



BOLETIN MENSUAL

LAS COSAS, CLARAS

Muchos y sabrosos comentarios se han hecho del *Auto de 3 de Octubre* (1) último, dictado por el Tribunal Contencioso-Administrativo, por el que se declaran suspendidos los efectos de la *R. O. de 6 de Diciembre de 1900*; y causa extrañeza que escritores médicos que se distinguen por su serenidad y claro criterio en toda clase de discusiones científico-profesionales, se hayan dejado influir de la pasión y quizás del encono personal, que aún sería peor, al tratar la debatida cuestión promovida ante dicho Tribunal por algunos señores Médicos que se han creído agraviados por la obligación que de Colegiarse les impone como á todos los demás médicos de España, el Real Decreto de 12 de Abril de 1898 y las Reales Ordenes de 3 de Noviembre y, en particular, *de 6 de Diciembre de 1900*.

Poco se ha dicho de esta última; y precisamente en su conocimiento estriba la interpretación del expresado *Auto* del Tribunal, pues sólo á ella, y *no á otra*, se refiere éste en sus resultandos, en los considerandos 1.º y 3.º y en su parte dispositiva. No deja de ser algo sospechosa esta reserva en los enemigos de la Colegiación Obligatoria, por ser éstos, á nuestro juicio, los más llamados á poner en claro el asunto; pero nosotros, que no tenemos por qué rehuir las consecuencias que pueden deducirse de la exposición verídica de los hechos, procuraremos desvanecer las dudas que con sus sofismas han podido

(1) Empleamos la letra bastardilla para llamar la atención del lector sobre determinados puntos que juzgamos de importancia.

hacer surgir aquéllos en algunos partidarios de la Colegiación Obligatoria, que no pretendemos ni nos hacemos la ilusión de influir, en el ánimo de los que la combaten, en el sentido que nos proponemos, por aquello de que "no hay peor sordo que el que no quiere oír."

Sabemos que el 21 de Noviembre de 1900, se reunieron en Madrid once distinguidos médicos que, contando con la adhesión de otros ausentes no menos dignos, que no alcanzaban el número de los presentes al acto, adoptaron algunos acuerdos encaminados á protestar contra la R. O. de 3 de Noviembre del mismo año.

También nos consta que el recurso entablado en alzada contra esta soberana disposición *está pendiente del fallo* del Tribunal Contencioso - Administrativo.

Pero hay algo más que parece no se quiere que se trasluzca y cuyo desconocimiento puede fácilmente inducir á error, y este algo es la R. O. que se comunicó á los señores D. Joaquín Pí Arsuaga, D. Manuel Iglesias y D. Pío Amando Valdivieso, que acudieron al señor Ministro de la Gobernación en solicitud de que declarase que no tenían el deber de Colegiarse.

Dice así la R. O.

« Ilmo. Sr. Director general de Sanidad. — Ilustrísimo Sr.: Vistas las instancias elevadas á este Ministerio por D. Joaquín Pí Arsuaga, D. Manuel Iglesias y D. Pío Amando Valdivieso, Médicos con ejercicio en esta Corte, en solicitud de que *se declare su perfecto derecho á ejercer la profesión sin la obligación de inscribirse en los Colegios Médicos*, como prescriben los Estatutos para el régimen de los mismos, aprobados por R. D. de 12 de Abril de 1898 y reformados por R. O. de 3 de Noviembre último, el Rey (q. D. g.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien resolver que siendo de carácter general lo dispuesto en los Estatutos aprobados por R. D. de 12 de Abril de 1898, modificados por R. O. de 3 de Noviembre último, para ejercer las profesiones médica y farmacéutica, *no procede hacer excepción del cumplimiento del R. D. referido en favor de persona alguna determinada*. — De R. O. lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos oportunos. »

Que ¿ qué impresión produjo esta R. O. en los *tres* interesados á quienes aludía la negativa en élla pronunciada? Por la resolución tomada más tarde por éstos, debemos creer que no sería muy satisfactoria.

En efecto; según se desprende de los resultandos del *Auto de 3 de Octubre*, que á continuación copiamos, interpusieron recurso Contencioso - Administrativo contra la *expresada disposición*, es decir, contra

la negativa del señor Ministro á exceptuarles del cumplimiento del R. D. de 12 de Abril de 1898, solicitando, *por medio de un otro sí, la suspensión de los efectos de la referida Real Orden.*

Hé aquí ahora el Decreto del Tribunal Contencioso-Administrativo dirigido al Sr. D. Pío Valdivieso y Prieto, uno de los tres recurrentes.

« Auto. — Resultando que en 5 de Enero de 1901, los doctores en Medicina y Cirugía, D. Manuel Iglesias y Díaz y D. Pío A. Valdivieso y Prieto, interpusieron recurso Contencioso-Administrativo, con el número 5.019, ante este Tribunal, *contra la R. O. del Ministro de la Gobernación de 6 de Diciembre de 1900, por la que se les negó la petición de no Colegiarse en esta Capital*, y por medio de un otro sí, solicitaron la suspensión de los efectos de dicha R. O., conforme al artículo 100 de la Ley reformada de 22 de Junio de 1894;

» Resultando que en 17 de Enero de 1901, los susodichos demandantes pidieron que se acumulara su recurso al señalado con el número 5.014, promovido por su compañero D. Joaquín Pi y Arsuaga en 2 de Enero del propio año y *contra igual soberana disposición*, á cuya acumulación, de conformidad con el ministerio fiscal, defirió el Tribunal en auto de 8 de Abril de 1901;

» Considerando que hoy *no se trata de otro punto que el de la suspensión de los efectos de la Real orden de 6 de Diciembre*, suspensión solicitada en 2 de Enero por el Sr. Pi y Arsuaga, y en 5 del mismo mes por los señores Iglesias y Valdivieso;

» Considerando que, comunicado el *incidente* al ministerio fiscal, como defensor nato de aquella soberana disposición y representante de la administración demandada, contestó en 6 de Julio, presentando una Real orden de 6 de Junio, por la cual, el Ministro de la Gobernación, opinando que no existen intereses de carácter general ó del Estado; en lo referente á la colegiación médica, entiende procedente la suspensión de los efectos de la citada Real orden, en lo que tiene de preceptiva y obligatoria: y en su virtud, el fiscal de Su Magestad, pide al Tribunal que teniéndole por allanado, se sirva decretar la suspensión mencionada;

» Considerando que *la ejecución inmediata de la Real orden de 6 de Diciembre de 1900* puede ocasionar el daño irreparable de obligar á ingresar en el Colegio, para ejercer su profesión, á los demandantes, según implícitamente viene á reconocer la misma Administración que la dictó;

» Considerando, en fin, que la suspensión por sí no prejuzga ni puede estimarse que prejuzgue la resolución que deba dictarse en su día sobre el fondo del asunto, para cuyo fallo conserva el Tribunal toda su libertad y reserva íntegro, sin perjuicio alguno, el criterio jurídico que la justicia le inspira;

» Se decreta de conformidad con el Ministerio Fiscal, la suspensión has-

» ta el fallo definitivo *de los efectos de la Real orden impugnada* (1) en
 » cuanto tiene de preceptivo y obligatorio, y requiérase á los *tres* demandan-
 » tes para que, á las resultas que se refiere el artículo 100 de la ley, y con-
 » forme al 192 del Reglamento constituyan como fianza en el Banco de Es-
 » paña la suma de mil pesetas en metálico ó en valores del Estado al precio
 » de cotización de este día. — Madrid 3 de Octubre de 1901. — Rubricado.
 » — Licenciado, José M.^a Argota. — Es copia. — Señores del margen: G.
 » Gomez, Conde de Pallarès, Alonso Castrillo, G. Blanco. — Sr. Pio Valdi-
 » vieso y Prieto.»

Resumiendo lo que precede, resulta: 1.º que *tres señores Médicos* elevaron una instancia al Ministro de Gobernación solicitando que se declarara que podían ejercer su profesión sin colegiarse como prescriben los Estatutos vigentes de los Colegios de Médicos de la Nación: 2.º que esta solicitud fué denegada por Real orden de 6 de Diciembre de 1900: 3.º que los referidos *tres señores* interpusieron recurso ante el Tribunal Contencioso-Administrativo contra la negativa del señor Ministro *pidiendo además en un otro sí la suspensión de los efectos de dicha Real orden*: y 4.º que el Tribunal Contencioso decreta sobre este último extremo en favor de los *tres*, hasta el fallo definitivo.

Quiere decirse que los señores: D. Manuel Iglesias, D. Pío A. Valdivieso y D. Joaquín Pí quedan en libertad de colegiarse ó no, hasta tanto que el Tribunal contencioso-administrativo falle en el litigio que se ventila ante este alto Tribunal.

Y no encontramos ningún contra sentido en lo decretado en el Auto de 3 de Octubre, como quiere hacer ver cierta parcialidad que pretende darle carácter general, porque, mostrándose parte, como demandantes, los señores Iglesias, Valdivieso y Pí en el pleito promovido contra la Colegiación obligatoria, no está fuera de razón que el Tribunal, apreciando excepcionales circunstancias, hubiere tenido á bien eximirles temporalmente de toda obligación, que ellos hayan podido considerar coercitiva, para que puedan litigar con entera libertad de acción.

A estos *tres señores* alcanza, pues, la resolución dictada por el Tribunal contencioso en Auto de 3 de Octubre de 1901.

Así lo ha comprendido la Junta de gobierno del Colegio de Médicos de esta Provincia, el mismo juicio ha merecido el Auto referido al señor Presidente del Colegio de Médicos de Madrid; y en igual sentido se ha expresado, según leemos en algunos periódicos que nada tienen de

(1) De 6 de Diciembre de 1900, ya expresada.

colegionistas, el señor Fiscal del Tribunal de lo contencioso al ser interrogado particularmente por el señor Director general de Sanidad sobre el alcance de esta disposición.

De manera que, interin recaiga el fallo definitivo en el pleito que se sigue ante el precitado Tribunal contencioso, el Colegio de Médicos de Guipúzcoa, como los demás de la Nación, seguirá funcionando como hasta el presente al amparo de la ley en vigor, si un nuevo mandato superior no dispone otra cosa.

Y,.... no va más.

C.

San Sebastián Noviembre.

(Del Boletín del Colegio de Médicos de la provincia de Guipúzcoa).

LA PRÁCTICA DE LA CIRUGÍA RURAL

Introducción

(Continuación)

Todo lo indicado hasta aquí no es suficiente para todos los casos, pues, son varias las ocasiones en que no basta la desinfección del tegumento externo, sino que la limpieza quirúrgica se ha de llevar hasta el tegumento interno, en las intervenciones en las cavidades y conductos naturales. Por consiguiente, es necesario decir, siquiera lo más importante y fijar los puntos culminantes de la desinfección del conducto auditivo externo, de la conjuntiva, de la membrana de Schneider, y de las mucosas buco-faringea, rectal, uretro-vesical y vagino-uterina.

La *asépsia auricular* no solamente se ha de practicar en las enfermedades del oído y en las operaciones de otología, sino también cuando se ha de intervenir en las regiones vecinas del pabellón y del conducto auditivo externo, y aún en las fracturas de la base del cráneo. Si existe cerúmen se extrae por medio de tapones de algodón esterilizado, ó se lava nuevamente, bien con agua bórica ó fenicada, bien con la disolución de sublimado ó de fenosalilo.

La *conjuntiva* se desinfecta comenzando por una jabonadura cui-

dadosa de la región palpebral, seguida de irrigaciones antisépticas, que, para esta mucosa más que para ninguna otra región, se necesita un agente á la vez activo y no irritante. En este sentido pueden emplearse la disolución algo caliente de sublimado al 1 por 5.000, el biyoduro de hidrargirio al 1 por 2.500, (Panas), el oxicianuro (1 por 2.000, Chibret) y el cianuro de mercurio, al 1 por 2.000 (Trousseau), así como la disolución de ácido bórico y borato de sosa, si bien su poder desinfectante es muy inferior á las anteriores.

Gayet, de Lyon, nos ha demostrado la dificultad de desinfectar el saco conjuntival, y para ello, después de cocainizar el ojo, se invierten los párpados y con una bolita de algodón se limpian cuidadosamente los fondos de saco conjuntivales y se hacen repetidas irrigaciones.

Por la considerable série de bacterias, algunas de ellas patógenas, que residen habitualmente en la *membrana de Schneider* y por las secreciones, á veces infectantes, de que es asiento en algunas ocasiones, al mismo tiempo que su intolerancia para con los agentes germicidas algo fuertes, es difícil una buena desinfección de las fosas nasales.

En general, se recurre á las irrigaciones con el sifón de Weber, que, obrando mecánicamente, arrastran la suciedad y por ende, dejan al descubierto la superficie limpia de la mucosa. Colocada la cánula del irrigador en una abertura nasal, la disolución lava la fosa nasal correspondiente y pasa enseguida á la del lado opuesto para salir por su orificio anterior sin caer ni una gota en el istmo de las fauces, ya que el mismo contacto del agua, por reflejismo, contrae y eleva el velo del paladar, cerrando así la comunicación que normalmente existe entre las fauces y la porción nasal de la laringe.

Entre las disoluciones comunmente empleadas para estos lavados, el agua hervida salada (7 por 1.000) y el agua bórica (40 por 1.000) son las preferibles, pues, las demás que se han recomendado, incluso el agua de fuente, son dolorosas por los cambios osmóticos que tienen lugar en la mucosa.

Si la cavidad nasal es apta para anidar micro-organismos, no es menos favorable para su albergue la *cavidad buco-faringea*, en la que moran, durante el estado fisiológico una porción de especies saprofíticas, que, gracias á determinadas circunstancias, se vuelven patógenas. Entre las diversas especies, que la micrografía nos ha revelado como huéspedes habituales de la mucosa bucal, es preciso

recordar al leptotrix bucalis, á los bacillus subtilis, bacterium termo, amilobacter, espírilos, etc., bacterias saprofíticas, algunas de ellas cromógenas, que juegan un papel más ó menos activo en la digestión salival. Pero si esta constituye su acción al parecer más importante, no debe olvidarse, como hace notar Roger, que también forman toxinas, en mayor cantidad en circunstancias determinadas, capaces de producir fermentaciones bucales y preparar el terreno á otras especies más nocivas. Entre estas últimas patógenas en su mayor parte, si bien momentáneamente desprovistas de virulencia, las investigaciones de Lewis, Rosenbach, Netter, Roux, Widal y Biondi, entre otros, nos han revelado la existencia en el medio bucal, como especies más interesantes, al neumococo de Fränkel, al estreptococo, al estafilococo, neumobacilo de Friedländer, colibacilo de de Escherich y, según Strauss, el bacilo de Koch. (?)

De estos datos se deduce la extraordinaria importancia que, ya en estado hígido, reviste el aseo de la boca, por otra parte difícil de limpiar en el sentido quirúrgico dada su especial conformación—(anfractuosidades y vertículos de la mucosa, criptas de las amígdalas, configuración de los dientes, cavidades de las cáries, depósitos de sarro).—

La mucosa bucal tolera perfectamente el frote con un cepillo mojado en agua de jabón. así como las fricciones con el jabón de marmol de Schleich, medios ambos por demás recomendables por su eficacia, ya que el jabón disuelve el mucus y el frote con el cepillo ó el polvo de marmol, practicado con más escrupulosidad delante y sobre todo detrás de los dientes, arrastra por acción mecánica los restos de alimentos retenidos en los intersticios dentarios. Terminada esta limpieza minuciosa, se lava la cavidad bucal por medio de irrigaciones abundantes con una disolución de permanganato de potasa (1 p. 2000), de fenosalilo (5 : 100), de sublimado (1 p. 5000) ó de timol (0'50 : 500, alcohol y glicerina, ãã, 4).

Por la natural dificultad de *desinfectar la mucosa rectal* y de mantenerla en buen estado de asépsia debido á la inmensa série de bacterias que en ella moran, por una parte, y por otra, á los productos extremiticos del trabajo digestivo que á intervalos circulan por el interior del recto; es preciso tomar ciertas precauciones, mediante las cuales disminuyen considerablemente las probabilidades de infección. En esta última porción del tramo intestinal, el ya citado jabón de marmol de Schleich puede prestar un gran servicio,

pues dada su plasticidad, se amolda muy bien á todos los repliegues y desigualdades de la mucosa, permitiendo alcanzar una buena limpieza mecánica, acto preliminar de la limpieza quirúrgica. Es tanto más aceptable, cuanto en este intestino no se pueden emplear agentes germicidas (químicos) en disoluciones fuertes, porque el poder absorbente de la mucosa expone á intoxicaciones. Por consiguiente, conseguida la limpieza mecánica bien por medio del jabón Scheleich, bien mezclando el jabón negro de potasa con polvo fino de marmol — lo que aconsejo por lo cómodo y fácil de obtener — se hacen irrigaciones rectales, sirviéndose de un boc ó irrigador, con el agua oxigenada, la disolución de sublimado (1 : 4000) ó la disolución de permangato (1 : 2000).

El ano se afeita, se jabona y se baña; su desinfección es conveniente preceda á la del recto.

El *meato urinario*, el *glande*, el *surco balano-prepucial* y el *prepucio* en el hombre; el *orificio vulvar*, el *vestíbulo* y el *meato* en la mujer, se lavan con agua jabonosa tibia, se frotan con una compresa esterilizada mojada en agua estéril, terminando la *toilette* con abluciones de sublimado al milésimo. La desinfección de la *uretra* se consigue mediante irrigaciones de cierta cantidad de ácido bórico en disolución saturada seguidas de una inyección de nitrato de plata (1 : 1000) por ser insuficiente el ácido bórico para destruir las bacterias que residen en el conducto uretral (Vassermann y Petit). Cuanto á la *vejiga urinaria*. Se refiere, se puede proceder de dos maneras diferentes, según que las orinas sean claras ó se presenten turbias, indicio de infección, fermentaciones, etc. En el primer caso basta el lavado con agua bórica (4 : 100), al paso que en el segundo al lavado de agua bórica le ha de seguir otro con el nitrato de plata (1 p. 500), dejando en la vejiga de 25 á 30 gr. de esta solución. Para las irrigaciones y lavados de la mucosa *uretro-vesical*, además de los apuntados, se han preconizado otros agentes químicos tales como el sublimado y el fenol (irritantes para la mucosa con las disoluciones usuales) el permanganato (1 p. 1000), el naftol (5 p. 1000), la cocolina (5 p. 1000) y, en fin, el yodoformo en la emulsión de Foey, cuya fórmula es como sigue:

| | | |
|---|-----------------|------|
| ℥ | Yodoformo | 30 |
| | Glicerina. | 40 |
| | Agua destilada. | 10 |
| | Goma | 0'25 |

una cucharada grande en medio litro de agua hervida ó de agua bórica (Pousson).

Debo llamar la atención sobre las pomadas lubricantes que se emplean en cirugía urinaria, difíciles de aseptizar casi todas, por cuyo motivo Forgue y Reclus prefieren los aceites á las pomadas á base de vaselina porque aquellos pueden esterilizarse á menudo calentándolos en tubos de ensayo sin llegar á la ebullición. El aceite yodoformado (3 p. 100) es el preferible, por ser al mismo tiempo analgésico. Guyon recomienda las siguientes pomadas á base de jabón y glicerina:

| | | | | | | | | |
|---|----------------|---------|----|---|----------------|-----------|---------|------|
| ℥ | Jabón en polvo | } a a } | 33 | ℥ | Polvo de jabón | 50 | | |
| | Glicerina | | | | | Glicerina | } a a } | 25 |
| | Agua | | | | | Agua | | |
| | Fenol | | | | 1 | Sublimado | | 0'20 |

La mucosa *vagino-uterina* contiene siempre micro-organismos, por lo menos en su porción inferior ó vaginal. Entre las diversas especies que deben tenerse siempre en cuenta, merecen una atención especial los microbios piójenos (estreptococos, estafilococos); el coli-bacilo, que se hallan desprovistos de virulencia, y aún, por la frecuencia de las afecciones gonocócicas, el gononococo de Neiser. Una vez desinfectada la vulva, por el ya conocido procedimiento de Fürbringer, se limpia la vagina la parte inferior del conducto cervical hasta donde sea accesible. Con jabón y agua tibia, por medio de una torunda de algodón esterilizado arrollada en los dedos índice y medio, se limpian sucesivamente las paredes y los fondos de saco vaginales y el cuello del útero; mediante un cepillo blando, de mango largo, puede completarse, por sucesivas frotaciones, la limpieza mecánica de la mucosa que también puede obtenerse por medio del jabón de marmol. Durante este lavado y para facilitarlo, con el auxilio de una valva se deprimen sucesivamente cada una de las paredes vaginales con el objeto de poner al descubierto las restantes en toda su extensión y facilitar de este modo en gran manera nuestra labor.

Aplicado el especulum de Sims para ensanchar la cavidad vaginal, con una pinza de gárfios se cogen los labios anterior y posterior del cuello uterino, á fin de llevarle á flor de vulva y poder lavar cuidadosamente el hocico de tenca y el conducto cervical de la misma manera que se ha hecho en las paredes vaginales.

En algunas ocasiones — cuando se practica la laparotomía vaginal, v. g. — á la loción jabonosa sigue otra con alcohol.

Se practican luego abundantes irrigaciones de sublimado.

Es de notar la conveniencia de hacer tomar al enfermo, en los dias anteriores á una intervenció, uno ó más baños generales tibios, precaució de primera necesidad en las comarcas rurales á causa de la poca limpieza de los aldeanos.

En suma, en las operaciones de cuantía y cuando nos sea posible, debemos hacer tomar al operando un baño general tibio, con jabón; aconsejaremos á la familia las fomentaciones antisépticas, en la forma ya indicada, y en el mismo dia de la operació desinfectaremos la parte afecta siguiendo los preceptos establecidos.

III. — Al establecer las reglas de asépsia concernientes el *medio operatorio* hay que distinguir tres casos: a) cuando la intervenció se practica á domicilio con medios suficientes; b) cuando el caso es de gran urgencia; c) cuando el enfermo puede ser trasladado á una casa de curación.

Bajo estos tres puntos de vista puede ser considerada la cuestió, susceptible en todos ellos de alcanzar resultados satisfactorios, pues, como dice el Dr. Cardenal “*La cirugía aséptica puede practicarse con éxito en todas partes y sin instalació especial ninguna, lo mismo en un centro hospitalario que en una casa particular.*” Añade luego aquel célebre cirujano, que el práctico del campo ó de provincia no debe acobardarse “creyendo que no le es posible obtener resultados perfectos en el medio en que vive”. Todo estriba en que el práctico sea instruido y tengan buena voluntad los que le rodean.

a) Las condiciones que debe reunir todo local utilizado para operar, son: *claridad, espacio y limpieza*. Escogeremos, por consiguiente, el aposento más iluminado, con buena orientació, si es posible.

Si urge operar durante la noche haremos encender cuantas luces podamos; nunca hay demasiadas y si están bien distribuídas no hay ningún peligro y la iluminació puede resultar más que suficiente. Para disponer del espacio necesario, á mi entender no hay nada más ilógico que el trastornar toda la casa levantando cortinas, separando muebles y transportándolos á otros aposentos, barriendo, etcétera, todo la cual no hace más que levantar el polvo pegado en las paredes y depositado en el suelo. Creo que es mucho más prefe-

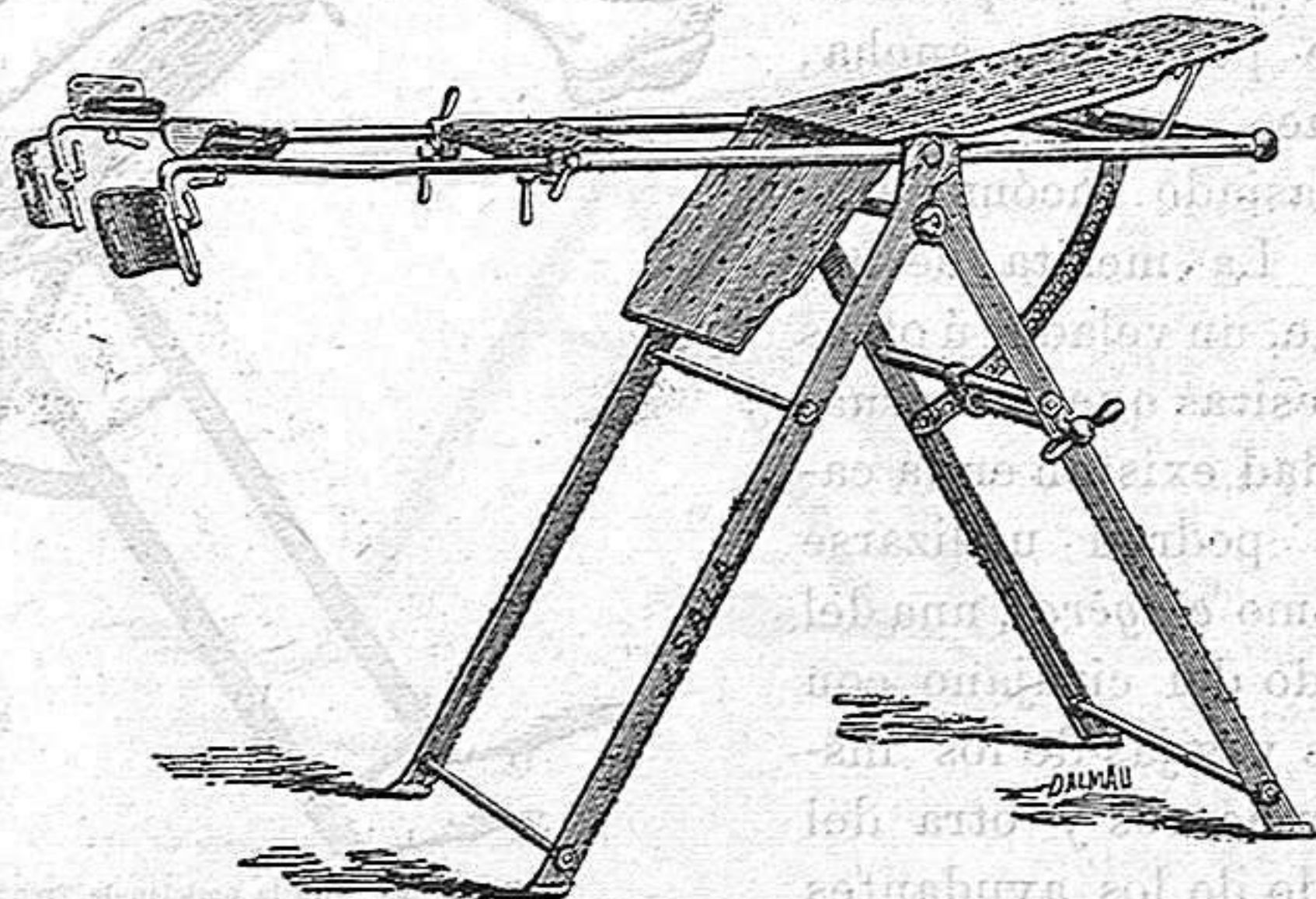
rible mi proceder, separando solo los muebles que estorben á fin de disponer de espacio suficiente para poder colocar con holgura la mesa de operaciones, sea ó no improvisada, dos mesitas, y el personal pueda trabajar con libertad. Además, hago rociar el suelo con agua ó pasarle una bayeta mojada.

La temperatura no es indiferente. Para obtener la calefacción extemporánea del local se vierte alcohol, ó espíritu de vino, en platos, jofainas, sartenes, cacerolas, en una palabra, en los recipientes que tengamos á mano y se prende fuego; de este modo se eleva la temperatura al grado conveniente. Si la temperatura desciende puede repetirse esta sencilla maniobra que, como se vé, con recursos insignificantes, de poco coste y adquisición muy fácil, permite mantener la temperatura al grado que nos acomode.

Nussbaum, de Munich, citado por Forgue, nos dá un excelente medio para purificar el aire de las habitaciones mal ventiladas, precaución muy digna de ser tenida en cuenta en las comarcas rurales. Para ello, aquel cirujano cuelga de los ángulos de la habitación unas tiras de papel ó de tela de algodón, de un metro de largo y ocho ó diez centímetros de ancho, empapadas en aceite esencial de trementina rectificado; el ozono que se desprende purifica el aire por medio muy económico.

Como mesa de operaciones, en los casos en que hay que intervenir en el mismo domicilio del enfermo, el modelo presentado por el Dr. Fargas,

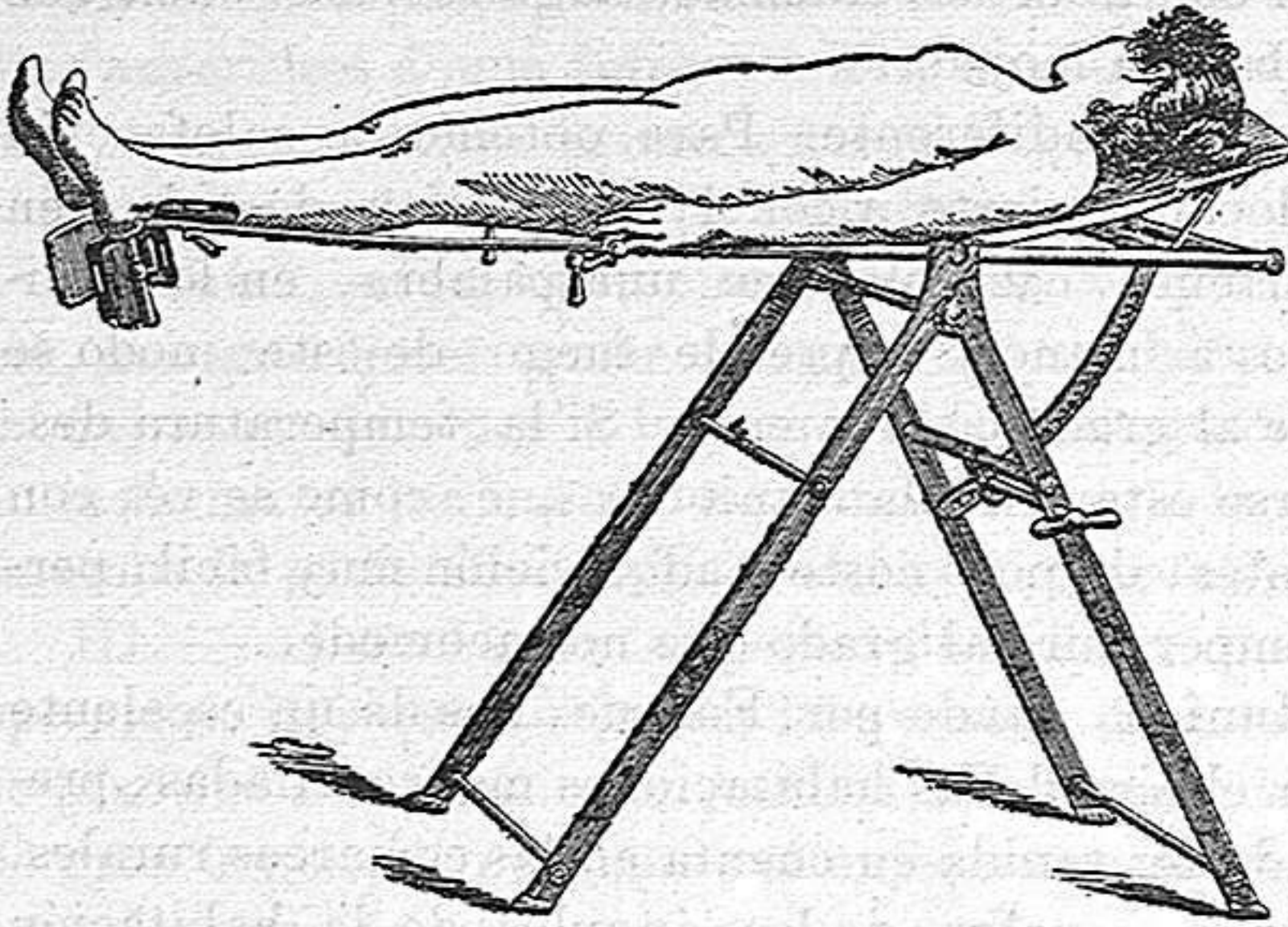
de Barcelona, es sin duda el que reúne condiciones más ventajosas: dimensiones reducidas para el transporte (long. 1 m.; ancho 0'52 m.; espesor 0'18 milímetros), poco peso (28 kilógr. peso



Mesa de operaciones transportable del Dr. Fargas.

total), no muy cara (375 ptas.), de fácil manejo, susceptible de to-

das las posiciones — como puede observarse en los grabados adjuntos — y la parte superior, la en que el enfermo descansa, puede utilizarse para transportarle á la cama.



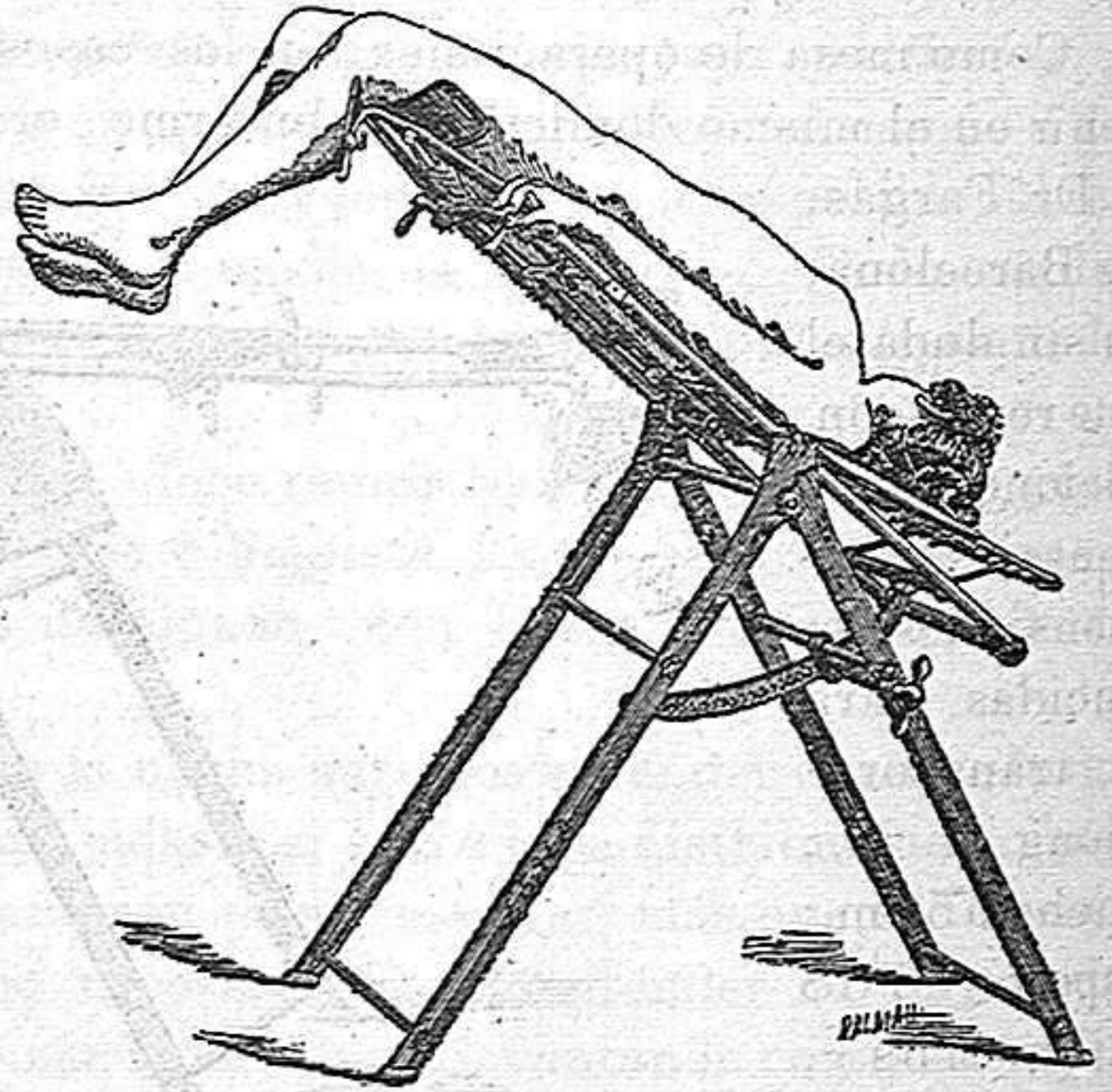
La misma, montada para el decúbito supino

Una tabla sobre caballetes, una mesa de cocina, la de comer, la misma cama del enfermo con los colchones cubiertos por una sábana limpia, recién salida de la colada, y protegida por una tela impermeable (tela encerada, de cautchú, hule,

pegamoïd), servirán divinamente para improvisar una mesa operatoria. Cualquiera que sea la utilizada no ha de ser ni muy alta, ni demasiado baja, en relación con la estatura y los hábitos del cirujano; tampoco ha de pecar de ancha, pues, resultaría demasiado incómoda.

La mesita de noche, un velador ú otras mesitas que por casualidad existan en la casa podrán utilizarse como *etagères*, una del lado del cirujano con las vasijas de los instrumentos y otra del lado de los ayudantes

con los recipientes de las compresas, torundas, hilos de sutura etcétera. Estas mesitas se cubrirán con servilletas recién hervidas momentos antes de emplearlas.



La misma, para la posición de Trendelenburg

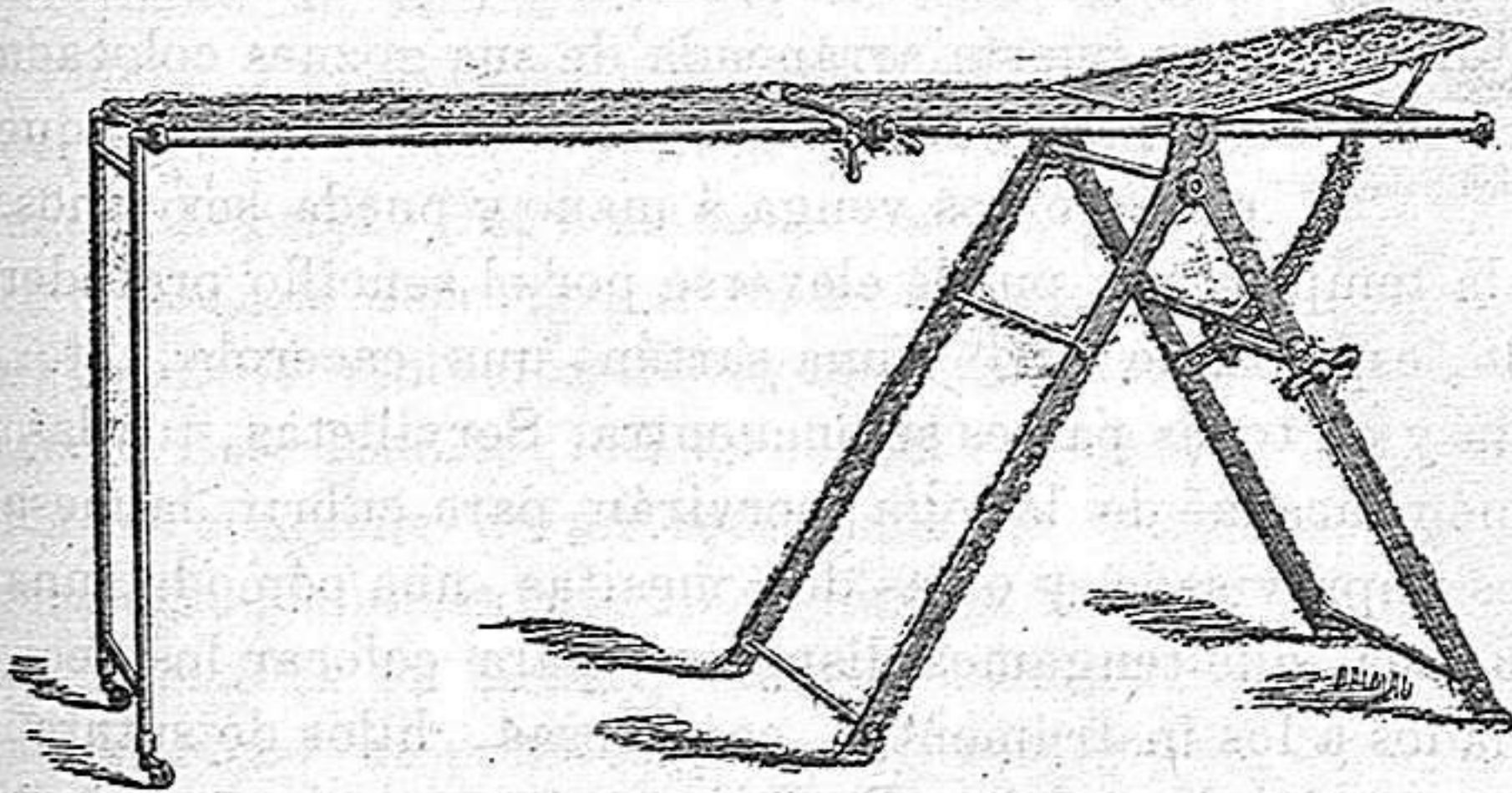
b) En casos de gran urgencia claro es que se opera donde se puede y como se pueda procurando, desde luego, cumplimentar las primordiales exigencias de la asépsia, que si el práctico conoce á fondo puede llevar á cabo por doquier y hacer buena cirujía honradamente: todo se reduce á instrucción y buena voluntad.

Si el caso clínico se ha de resolver con rapidéz y la demora pone en peligro la vida del paciente; si la rapidez de los socorros compensa en parte la falta de recursos; si no se puede disponer de una mesa transportable; si la falta de tiempo no permite arreglar la habitación con el esmero y pulcritud que fueran de desear, es entonces cuando surgen dificultades sin cuento, todo se ha de improvisar y en tal situación comprometida y de prueba, el cirujano puede sacar partido más que nunca de sus sazonados conocimientos en la materia.

Trabajar bien en tan malas condiciones tiene más mérito y dá más prestigio que dirigir con lucimiento la clínica más soberbia, ya



La misma, para la posición dorso-sacra



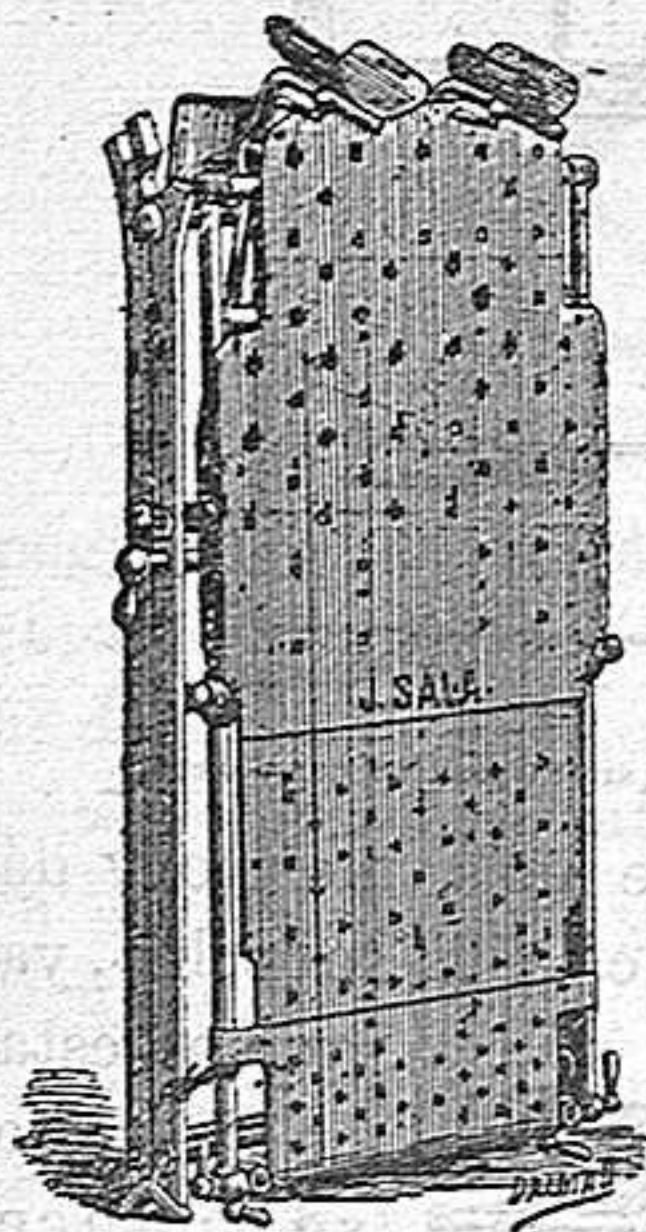
La misma, con su alargadera

que en esta casi todo se reduce (cuanto á asepsia se refiere) á manejar bien los complicados aparatos para que funcionen de bi-

damente, mientras que en aquel caso todo se debe á la iniciativa y buen sentido clínico del cirujano.

Quién haya frecuentado aldeas es seguro que habrá tenido ocasión de trabajar, alguna que otra vez, sin material apropiado y con personal inepto casi siempre. En estas condiciones se encuentra el práctico aislado, en general de rendimientos limitados que no le permiten adquirir aparatos é instrumentos de mucho coste, viéndose con escasos recursos, reducido á sus propias fuerzas, rodeado de peligros y dificultades, susceptibles de allanar solo para el que domine el asunto de la limpieza quirúrgica. No es posible fijar los diversos casos que en la práctica pueden presentarse, solo es dable trazar una característica de conjunto.

Aquí no puede prepararse el aposento habilitado como sala de operaciones, la improvisación es extemporánea, á veces se ha de



La misma, plegada para el transporte

operar rápidamente en una verdadera choza y la suerte del enfermo depende del práctico que primero le ha asistido (1). Por eso la responsabilidad hoy en día es extraordinaria, por cuyo motivo el práctico más modesto no puede desconocer siquiera lo más esencial del método.

Aún cuando la cama del enfermo en general no es aceptable por ser demasiado ancha, en caso de apuro y si no hay otra también puede utilizarse, pero si es posible elegiremos una mesa larga y estrecha, la de la cocina, la de comer, una tabla sobre caballetes, una puerta arrancada de sus goznes colocada encima de cajas de madera, en fin, lo que primero nos venga á mano y pueda servirnos.

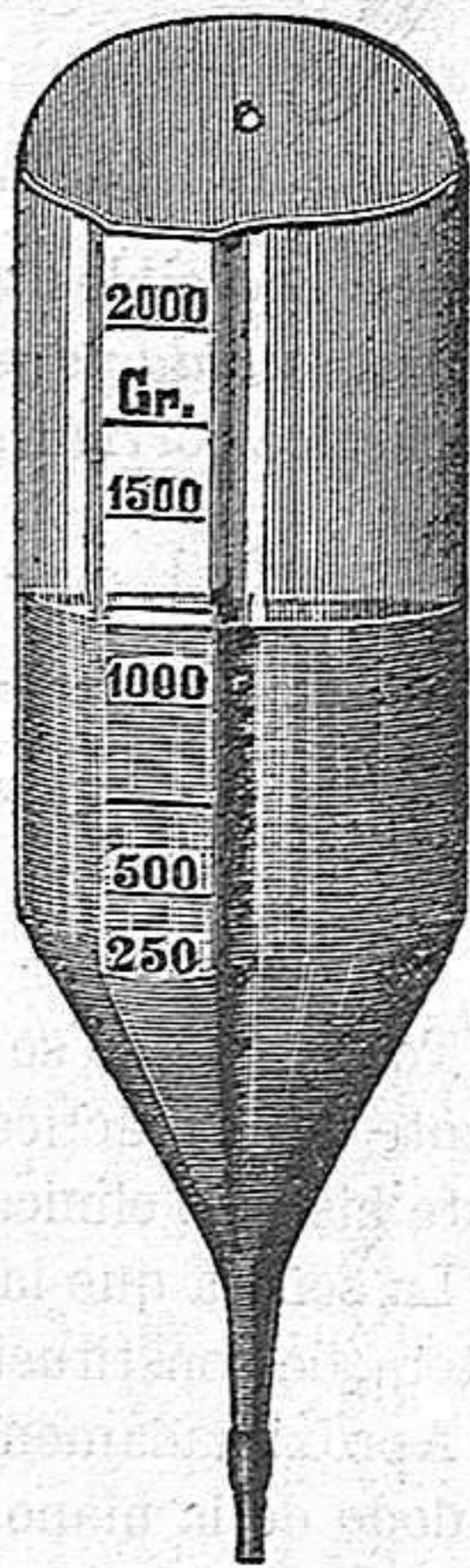
Si hace frío, la temperatura puede elevarse por el sencillo proceder antes indicado, espíritu de vino y una sartén, una cacerola, etc., es lo que basta y en todas partes se encuentra. Servilletas, toallas, y sábanas recién sacadas de la lejía, servirán para cubrir la mesa de operaciones improvisada y otras dos mesitas, una cómoda, una cama, ó lo que sea, que tengamos dispuesto para colocar los recipientes destinados á los instrumentos, compresas, hilos de sutura, etcétera, y el material de apósito. En fin, en este, como en el caso anterior (a), no puede prescindirse de claridad espacio y mucha limpieza.

(1) Löhlein, de Giessen, entre otros, ha practicado con éxito laparatomías en chozas.

c) Cuando el enfermo puede ser trasladado á una casa de curación, la sala de operaciones está ya dispuesta *ad hoc*. (Véase, sala de operaciones en una clínica comarcal).

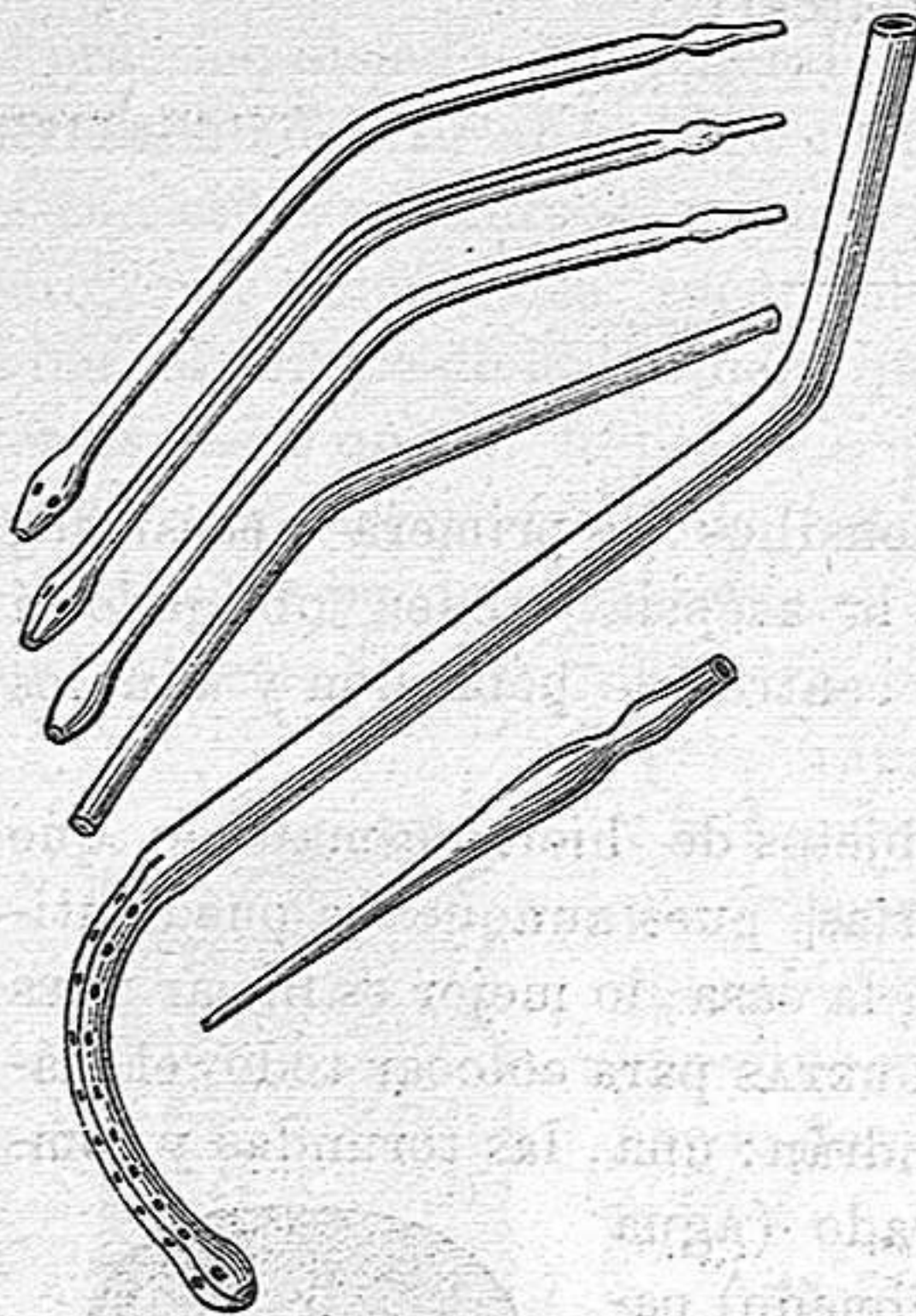
Veamos ahora cuáles son los utensilios de primera necesidad, que, para cumplir las exigencias de la asépsia, vienen obligados á poseer cuantos residen en pequeños centros de población y aún los que moran en determinadas aldeas.

En primer lugar, se necesitan objetos de hierro esmaltado que se encuentran en todas las cacharrerías, pues aunque se puede utilizar cualquier recipiente hallado en la casa, lo mejor es llevar TRES ó CUATRO JOFAINAS y otras tantas CUBETAS para colocar todo el material necesario. Las jofainas contendrán: una, las torundas y compresas; las otras los líquidos de lavado (agua hervida, alcohol, disolución de sublimado) para la *toilette* del personal. En las cubetas es buena costumbre colocar por separado los instrumentos de diéresis, los de hemostásia y el material de satura. Todos estos recipientes se esterilizan de antemano por el llamamiento (*flambage*), y, á fin de que para el transporte ocupen el menor sitio posible, se colocan unos dentro de otros. Entre estos artefactos de hierro esmaltado debe figurar también UNA MARMITA para la ebullición del agua y un IRRIGADOR. Este aparato, indispensable en la práctica, se compone de un recipiente de hierro esmaltado, tubo de cauchú y cánulas de cristal, variables en forma y tamaño. El tubo de cauchú rojo, de paredes gruesas, estará provisto en su parte exterior de un pinza especial para interrumpir ó dejar libre la salida por la cánula, del líquido contenido en el recipiente. Tanto las cánulas como el tubo se hervirán en



Irrigador

el agua, sola ó adicionada de sales, y el recipiente será flambleado. Además, en el *neceser* del médico que puede desarrollar con cierta esplendidéz sus aficiones á la cirujía, no pueden faltar las siguientes objetos:

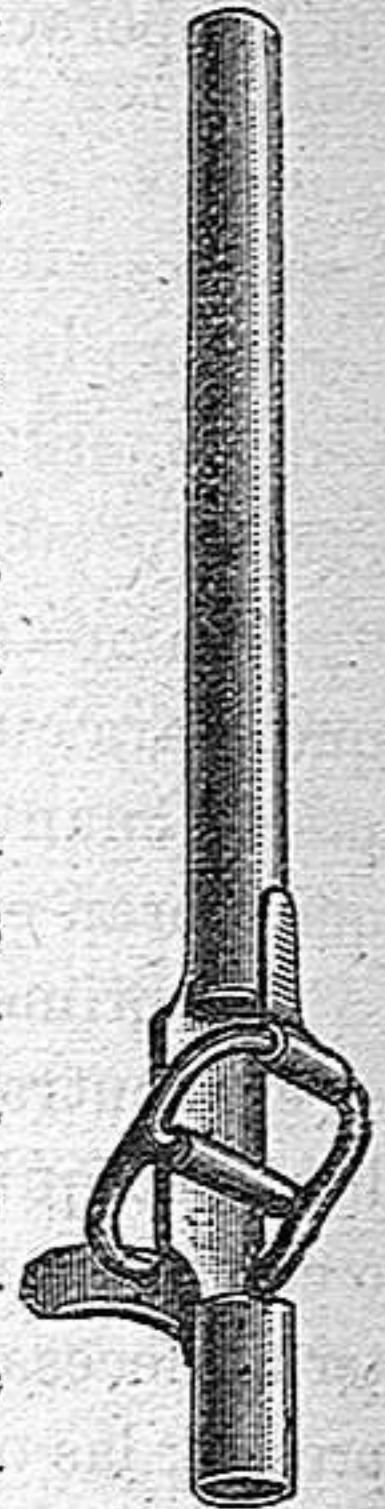


Cánulas de cristal para irrigador

ta esplendidéz sus aficiones á la cirujía, no pueden faltar las siguientes objetos:

CEPILLOS de fibras rígidas para la limpieza mecánica de las manos y de la región operatoria.

HILOS DE LIGADURA y SUTURA preparados previamente en frascos de reserva para cualquier eventualidad. El catgut es difícil de preparar y de esterilización entretenida; el hilo metálico y los crines no siem-



Pinza de presión para tubos de cauchú

pre son accesibles y su aplicación es limitada; así es que, cuando menos, la *seda no puede faltar*. Para las necesidades habituales de la práctica corriente me sirvo de unos frasquitos pequeños de cristal,

J. MAS CASAMADA.

(Se continuará).

CASO CLÍNICO DE HIDROFÓBIA

Toda vez que se trata de una enfermedad que es muy poco frecuente en la práctica, me permito proceder á la publicación de la presente historia clínica.

La señora que la motiva se llama R. C. y G. de 50 años de edad, soltera, de constitucion endeble y de temperamento linfático.

Aproximadamente van transcurridos 40 días que fué mordida, en un dedo de la mano derecha, por su perro al querer propinarle una droga que dispuso un profesor veterinario, por creerle enfermo de un empacho gástrico.

Como quiera que el mencionado animal, el mismo día, ó el anterior, sostuvo una viva pelea con un congénere suyo, saliendo este último muy mal parado en la contienda, la referida señora estaba intranquila, temiendo que su perro estuviera afecto de hidrofobia, la aconsejé partiese á Barcelona, al objeto de que el Dr. Ferrán la tratara por medio de las inyecciones de suero antirrábico. Así lo hizo, recibiendo varias en el intervalo de algunos días. A dicho Doctor le fué remitida la cabeza del perro.

A su regreso, dicha señora apareció tranquila de espíritu y cuando menos se lo esperaba, el día 2 del presente mes, empezó á sentir un dolor tensivo en el miembro torácico derecho seguido de anestesia de los dedos de la mano (sitio de la mordedura). A la mañana siguiente apareció un poco de disfagia, la cual fué acentuándose notablemente, acompañándola una incoordinación de los movimientos de la referida extremidad hasta el extremo de que inconscientemente, al querer practicar algún movimiento con ella, producíase violentos dolores en la cabeza.

La enferma sufrió un profundo cambio en su estado normal; aparecía inquieta, pálida, con la mirada extraviada é insomnio. Su facies era *sui generis*, produciéndome una sensación muy desagradable. El pulso y la temperatura se conservaban normales.

El espasmo faríngeo fué acentuándose hasta el extremo de no poder deglutir líquido alguno. Las inspiraciones eran profundas y suspirosas, comenzando á notarse algún fenómeno alucinatorio.

Llegado ya este momento y teniendo en cuenta el cuadro sindrómico que aparecía y los antecedentes que habían tenido lugar, no cabía duda alguna de que estaba en frente de un caso de hidrofobia.

Los ataques convulsivos de los músculos respiratorios se hicieron más frecuentes. Aparecían dilatadas las pupilas y la temperatura del cuerpo aumentó algo, haciéndose más frecuente el pulso.

Sobrevinieron luego perturbaciones psíquicas, delirio y ataques de rabia; la enferma pegaba é insultaba á las personas que la asistían; aparecieron convulsiones en las extremidades que se generalizaron pronto á todo el cuerpo. Los gritos que lanzaba la enferma eran continuos y estridentes. Pasado el ataque, la enferma recobraba el conocimiento. Fué un cuadro horroroso el que tuve que presenciar.

A medida que la muerte se aproximaba, iban escaseando más los ataques, apareciendo, en cambio, fenómenos de colapso que fueron acentuándose hasta que sobrevino la muerte, al cuarto día de haberse presentado los primeros síntomas.

Se hizo uso de la medicación que aconsejan los autores: (cloral en enemas, inhalaciones de nitrito de amilo, morfina en inyecciones hipodérmicas, etc.)

El día 3 consulté el caso al Dr. Ferrán y al día siguiente me dice que el día 4 murió de rabia el conejo inoculado con la pulpa cerebral del perro que mordió á la referida señora. No cabía, pues, otro diagnóstico que el de rabia; advirtiéndome, al propio tiempo, que en todos los Institutos antirábicos existe un tanto por mil de mortalidad que es inevitable, por más esfuerzos que se hagan; este tanto por mil es pequeño (un 8 y á veces un 10).

JOSÉ CARRERAS

Torroella de Montgri 16 Noviembre de 1901

MEDICINA PRÁCTICA

¿ CÓMO Y CUANDO DEBE SONDARSE Á LOS PROSTATICOS ?

por el Dr. Alfred Pousson

El cateterismo evacuativo en los prostaticos está indicado ó contraindicado según sea el período en el cual el cirujano es llamado para intervenir; es sabido que la sucesión de los síntomas engendrados por la hipertrofia de la prostata pueden reducirse á dos periodos, un periodo premonitorio y otro de enfermedad confirmada. En el primero los trastornos morbosos son de orden puramente dinámico, siendo un caso excepcional el que seamos llamados para sondar; en el segundo periodo los trastornos son á la vez dinámicos y mecánicos, y lo más común es tener que recurrir á la sonda para aliviar al enfermo.

Si bien es cierto que atormentados por frecuentes deseos de orinar, especialmente en la segunda mitad de la noche, y que orinan penosamente, á chorro intermitente y sin gran impulso, principalmente al despertarse por la mañana, ó durante el día despues de una larga permanencia de estar sentados, los prostaticos en el primer periodo, evacuan completamente la vegiga.

La cuestión del cateterismo en ellos debe resolverse por la negativa. La introducción de la sonda, que en todos ellos tendría poca utili-

dad, podría en algunos convertirse en perjudicial. El aparato urinario en esta clase de enfermos se infecta con mucha facilidad, por la propensión congestiva, y por minuciosas que sean las precauciones antisépticas que tomemos, las probabilidades de infección son eminentes cuando los sometemos al cateterismo repetido. Así pues debemos abstenernos de todo sondaje evacuativo en los prostaticus que espulsan en totalidad la orina clara, límpia y bacteriológicamente esteril. Mas si por el contrario, la orina se hace turbia, leucocítica y bacteriana, debe sondarse, no para vaciar la vejiga, sino para combatir por medio de inyecciones antisépticas el estado de la orina y la infección de la mucosa que esta revela.

Hay otra condición, en el primer periodo del prostatismo, que indica la precisión del cateterismo, es la retención aguda. Cuando de resultas de un enfriamiento, de una comilona, de actos venereos inmoderados, la prostata subitamente congestionada, borra el calibre de la uretra y hace inútiles los esfuerzos que la vejiga hace para entreabrir la, la evacuación artificial de la orina es el medio más eficaz no solo para poner término á los horribles sufrimientos que ocasiona la distensión de la vejiga si que también para lograr que esta recupere sus funciones y evitar su relajación. El segundo período de evolución de la hipertrofia de la prostata, empieza el dia que, la contracción de la vejiga no vence al obstáculo prostatico; la retención crónica incompleta sin distensión ó con ella, es el principal síntoma que la caracteriza.

No es raro en el curso de este periodo, ver que á las causas mecánicas que se oponen parcialmente á la emisión de la orina, se junten causas dinamicas que congestionan de repente la prostata, suprimiendo del todo la micción.

La retención completa aguda, es un episodio frecuente en el segundo periodo del prostatismo. Para los enfermos descuidados y para los médicos poco atentos, lo más frecuente es que el tal episodio sea el que revela la enfermedad. Al igual de la retención aguda del primer periodo está aquí indicado el cateterismo.

Avisados por los fenómenos locales y generales que engendran la retención incompleta con ó sin distensión (frecuencia diurna y nocturna de la micción. dificultad creciente en orinar, disminución progresiva de la cantidad emitida, percepción del globo vesical en el hipogastrio, inapetencia, sequedad de boca, sed viva. digestiones pesadas, estreñimiento) el médico no aguardara, á que el enfermo deje de orinar, pa-

ra sonarlo. La evacuación artificial de la orina, poniendo termino, á los accidentes enumerados, le devolverá por el momento la tranquilidad y la salud, y tendrá además la ventaja no menos preciosa de evitar para más adelante, las alteraciones del fondo de la vejiga, la que en contacto de una orina turbia, amenaza si persiste la estancacion invadir los ureteres y los riñones.

De lo expuesto, podría creerse que el cateterismo está indicado siempre en que hay retención con distensión y que se impone con necesidad tanto mayor cuanto la vejiga contiene mayor cantidad de orina. No hay tal cosa y lo contrario es la verdad clínica. Hay que abstenerse de sondar á los prostaticos, sin haberlos estudiado muy detenidamente, hay prostaticos que se presentan con una vejiga que llega al ombligo y se quejan de frecuentes deseos de orinar, hasta con micción involuntaria, pues orinan por rezumamiento. Por cada uno que tuviéramos probabilidad de salvar desembarazándole de su molestia corremos el riesgo de perjudicar á los más. En efecto, en esos viejos retencionarios, no es solamente la vejiga la que está distendida, sino que también lo están los ureteres y el riñón. Por precario que sea el funcionalismo de estos últimos, basta para la depuración sanguínea, pero si bruscamente, por consecuencia de disminuir la tensión intrarenal, sus condiciones circulatorias se modificán, veremos como se congestionan, hasta se inflaman y desfallecen en su funcionalismo. En este instante si el enfermo escapa á la infección, para la cual su aparato urinario está preparado, tendrá bien pocas probabilidades para sobrevivir á la intoxicación que necesariamente se presentara.

El profesor Guyon ha dado la fórmula para el tratamiento de los casos dificultosos. En los prostaticos cuya vejiga se halla muy distendida y los trastornos en la micción, son los únicos sintomas de la enfermedad y cuyo estado general no se halla alterado, el cateterismo evacuativo puede practicarse inmediatamente sin temor. Al contrario los que han enflaquecido, con decaecimiento del color, y perdida las fuerzas, se hallan sin apetito, atormentados por trastornos dispepticos, gastro-intestinales, la evacuación de la vejiga debe diferirse y en alguno no debe practicarse nunca. Antes de ocuparse de su retención es necesario, por un regimen lacteo mitigado, por medio de una medicación tónica y reparadora, disipar los primeros indicios del envenenamiento urinoso y rehacer las fuerzas vitales.

Y si bajo este regimen la salud general mejora y especialmente si

las funciones digestivas se restablecen, podrá intervenir con la sonda, con probabilidades de éxito. En el caso contrario más valdrá abstenerse que exponerse á romper el equilibrio en la salud del enfermo quien abandonado á sus propios recursos podrá vivir aun un lapso de tiempo.

Despues de haber indicado cuando conviene sondar á los prostáticos, es necesario demostrar como debe practicarse esta operación.

Antes de emprenderla precisa explorar el canal uretral desde el meato á la vejiga por medio de la varilla con bola olívar. Asegurándonos por este medio de que el obstáculo á la emisión de la orina no es debido á otras causas que á las modificaciones que experimenta el canal uretral á su paso por la prostata y por poco habituados que estemos, adquiriremos datos sobre la extensión, desviaciones, y calibre de la uretra en dicha región y de la resistencia de sus paredes. Los tales datos son de gran valor, pues nos guiarán para escoger los instrumentos que deberemos utilizar.

Veamos someramente los diferentes casos que pueden presentarse.

Si el explorador núm. 18 ó 20, despues de haber franqueado el fondo de saco del bulbo y la porción membranosa récorre sin dificultad la uretra posterior y penetra facilmente en la vejiga, podrá recurrirse con gran probabilidad de éxito á la sonda blanda de caoutchu llamada de Nelaton. Su flexibilidad le permite deslizarse por todas las inflexiones del canal, y hasta pasar en los casos de ligera desviación. Es necesario no obstante que las paredes de la uretra estén laxas y se dejen separar. Tal sucede casi siempre en los casos de retención crónica, pero en los casos de retención aguda, las paredes uretrales repletas de sangre, y por lo tanto rígidas, se oponen á la progresión de la sonda de caoutchu, entonces es cuando el empleo de las sondas inglesas, de tejido de seda, cuya flexibilidad sin igualar á las de caotchu es mucho mayor que la de las usuales de goma, nos prestará un buen servicio.

Cuando ninguna de las dos especies de sondas mencionadas ha podido penetrar, ó bien que el explorador de bola señala una gran resistencia de los lóbulos prostáticos, para dejarse separar debe recurrirse á las sondas de goma.

Dejando á parte las sondas cónicas ú olivares, que por razón de su extremidad aguda, podrían penetrar en los tejidos de la glándula y crear falsas vias, escojaremos las sondas cilíndricas, cuyo pico romo

y redondeado resbalará con facilidad por la mucosa uretral. Es preciso escogerlas algun tanto gruesas, puesto que el canal no está nunca estrechado en la hipertrofia de la prostata, únicamente sus paredes están más ó menos fuertemente pegadas una á otra.

Pudiendo comparar la uretra en los casos de estrechez á una puerta difícil de abrir por hallarse en parte tapiada, mientras que en la hipertrofia de la prostata, la resistencia se parecen á la que opone una puerta cuyas hojas se hallan entumecidas por la humedad.

En ciertos enfermos, cuyo canal está poco deformado por la hipertrofia, las sondas cilíndricas de goma, rectilíneas, penetran facilmente en la vejiga. Es á ellas que debemos dar la preferencia siempre que el explorador no revele una corvadura muy marcada en la uretra prostática. Pero como la existencia de tal corvadura no es fácil de apreciar por quien no esté habituado á las maniobras intra-uretrales, y como por otra parte es esta muy frecuente debemos abandonar en la inmensa mayoría de los casos las sondas rectilíneas para usar las sondas acodadas, ó bi-acodadas; las cuales hasta cuando el canal de la uretra no está deformado, son más fáciles de introducir que las sondas rectas pues mientras su pico levantado recorre la pared superior lisa y regular, su talon se desliza por la inferior sin riesgo de encallarse en el fondo de saco del bulbo, siempre muy desarrollado en los viejos. Hay pues una ventaja en tomar desde el primer momento, en todos los casos, sondas acodadas que, despues de haber franqueado sin desgarrar el fondo de saco del bulbo, pasarán igualmente sin gran trabajo por todos los obstáculos acumulados en la pared inferior de la uretra posterior, á condición de que, mantengamos la concavidad de la corvadura en contacto de la pared superior al introducir la sonda con movimiento lento y continuo con la mano derecha, mientras la izquierda aguanta con fuerza el pene.

Si bien es cierto que con ayuda de las sondas acodadas y bi-acodadas se llega casi siempre á penetrar en la vejiga, puede fracasarse en los casos en los cuales el canal de la uretra presenta por causa del desarrollo del lóbulo mediano de la prostata una incurvación muy pronunciada; en este caso, el canal reviste la forma de gancho, la pared inferior detiene el pico de la sonda antes de que haya franqueado el cuello y se opone á su progresión. Para que la introducción se realice, es necesario que el pico siga erguido mientras continúa avanzando.

Esto se consigue realizando la maniobra del mandril ideada por

Guyon. El mandril que este cirujano utiliza para tal efecto es una varilla metálica, rígida, acodada en ángulo obtuso en una de sus extremidades y dotada la otra de una pieza cónica provista de dos aletas en su base. Esta pieza cónica, perforada, goza de movimiento alrededor del mandril que la atraviesa, y puede sujetarse á voluntad por medio de un tornillo.

Para servirse de él se introduce el mandril por su extremo acodado hasta que alcanza el pico de la sonda, fijando la pieza cónica en el pabellón, de modo que mandril y sonda formen una sola pieza, evitando con ello el riesgo de que el mandril, al moverse, salga por los ojos de la sonda y pueda herir la uretra.

Tiene además el mandril la ventaja de convertir en el acto una sonda recta en acodada y una acodada en bi-acodada; podemos igualmente dar á la porción acodada la longitud que queramos, y por último, y esto es una de las más importantes ventajas del mandril, podemos, al retirarlo, movilizar la acodada ó la bi-acodadura de la sonda é imprimir á su pico un movimiento de elevación, que es el único que puede asegurarnos su introducción en la vejiga.

Para realizar la maniobra del mandril, se introduce el pico de la sonda hasta más allá de la porción membranosa, á la entrada por lo tanto de la porción prostática, y no más lejos.

No hay que repetir que habremos cuidado de llevar la concavidad de la corvadura hácia la pared superior de la uretra, las aletas de la pieza movil nos servirán en este caso de guía. En este instante se afianza entre el pulgar de una parte y el índice y dedo medio por la otra, de la mano izquierda el pabellón de la sonda, mientras la mano derecha coje el mandril al nivel de la pieza cónica. Por un movimiento simultáneo pero inverso de las dos manos, se empuja la sonda hacia la vejiga con la mano izquierda y se retira el mandril que aguanta la mano derecha. Nótase el éxito de la maniobra por la facilidad que tiene la sonda para adelantar. Si ofrece resistencia, por pequeña que sea, no hay que insistir; se retira la sonda y el mandril y se vuelve á empezar despues de haber modificado la corvadura y su longitud por un ligero desplazamiento de la pieza movil. Si estos tanteos varias veces repetidos fracasan, la introducción del índice en el resto, facilitando un punto de apoyo al talón de la sonda, cerca del lóbulo de la prostata, en el momento en que la empujamos hacia la vejiga, contribuirá por lo general á alcanzar el objeto. Pero en este caso como la mano

derecha está inmovilizada por tener el índice en el recto, es necesario recurrir á un ayudante.

Colócase éste frente al cirujano en el lado izquierdo del enfermo, y su misión es sostener con firmeza el pene con la mano derecha, al mismo tiempo que retira el mandril con la mano izquierda mientras que el cirujano empuja la sonda con la mano izquierda. Es el llamado catarismo á cuatro manos.

Una vez lograda la introducción de la sonda en la vejiga, nuestra misión no ha terminado aún, es preciso evacuar la orina siguiendo ciertas reglas. Si se trata de un prostático en el primer período, atacado de retención aguda y que data de algunas horas solamente, no hay inconveniente en vaciar completamente y de una sola vez la vejiga. Solo debe cuidarse de que la salida de la orina se haga lenta y gradualmente; para esto habremos tenido cuidado de escoger una sonda no muy gruesa, el núm. 18 es más que suficiente, y nos guardaremos muy bien de ejercer presión sobre el globo vesical, para activar la evacuación.

En presencia de un enfermo en el segundo ó tercer período, atacado de retención aguda, sobrevénida á una retención crónica incompleta con distensión, ó de retención completa con micción por rezumamiento, es necesario evacuar la vejiga en varias sesiones, para evitar, por su depleción brusca y rápida el aflujo de sangre en las paredes de la vejiga y la producción de una hemorragia *ex vacuo*. Otra precaución importante: al objeto de conservar la asepsia de la vejiga y remediar su infección, si se presenta, es necesario hacer seguir cada evacuación parcial de una inyección de agua boratada al 4 por 100 en el primer caso ó de nitrato de plata al 1/500 en el segundo. Repítase el catarismo evacuante cada 4 ó 6 horas; son necesarias de 24 á 48 horas para vaciar por completo una vejiga que remontaba hasta el ombligo, es decir, que contenía 1000 á 1200 gramos de orina. Si la introducción de la sonda fué difícil, tendremos la precaución de dejarla en permanencia obturando el pabellón con un tapón, pero entonces hay que redoblar los cuidados y la limpieza, para que la irritación que su permanencia en el canal determina, no sea causa inicial de accidentes infecciosos.

(*La Touraine médicale*.—Août 1901).