



BOLETIN MENSUAL

UN CASO DE ECTOPIA GENITAL

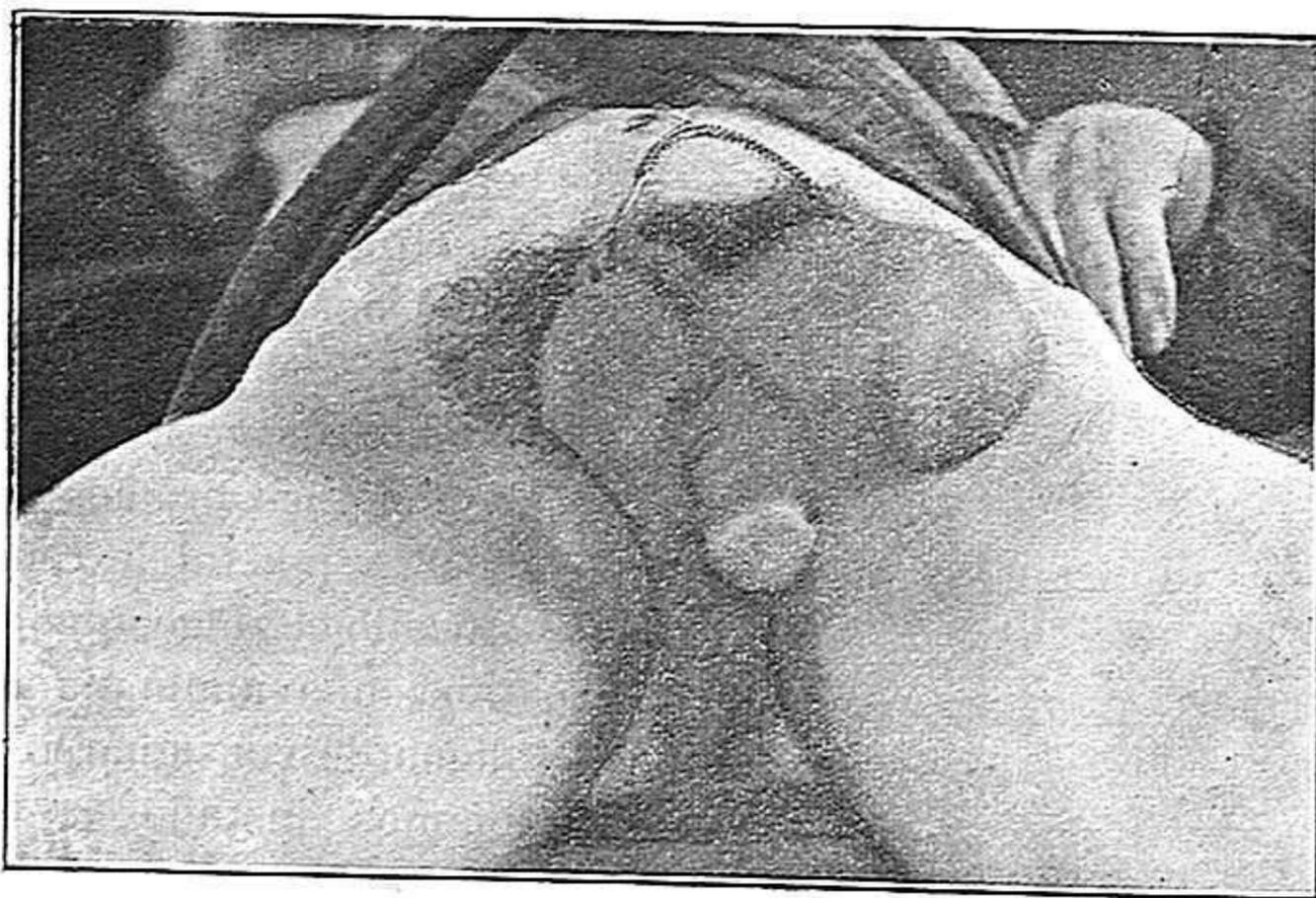


En diversas épocas había pasado por nuestra clínica del Hospital Provincial un sujeto J. M. de unos 45 á 50 años de edad, de escasa estatura, con los rasgos fisiognomónicos y escaso desarrollo Psíquico propios del imbecil, y por tal le tenía clasificado el vulgo, que presentaba una anomalia genital digna de consignarse. Le habíamos instado se dejase fotografiar su rareza y no había accedido, había también rehusado contestar sobre detalles de su funcionalismo genital, que por mera curiosidad deseábamos inquirir, pues no los necesitábamos para tratarle debidamente las dolencias que ha-

bían motivado su ingreso en el Hospital (bronquitis, catarros gástricos) y de las que salió curado.

El hecho de haber sido hallado el cadáver del mentado sujeto en la Acequia Monar de esta ciudad, hizo necesaria la autopsia (*) y á ella asistimos á invitación del Médico Forense cuidando antes de proceder á ella, de obtener las dos fotografías que publicamos, dándonos con ello motivo á dar á conocer detalladamente un caso raro de ectopia genital.

Las dos fotografías dan idea del conjunto pero no de ciertos detalles que son importantes. En la posición vertical, (figura 1.^a) notábase la falta de pene, ello era debido á que la bolsa escrotal que arrancaba directamente del pubis cabalgaba sobre el pene, a modo de una bolsa, floja, medio llena, que estuviese sostenida por un travesaño, y hasta á simple vista parecía habia dos bolsas tan delgada era la piel que se apoyaba sobre el miembro viril, más no era así por cuanto al levantar el escroto veíase que estaban unidas por una porción de



piel de unos 14 centímetros de largo por 4 de ancho. Este puente ó tira de piel presentaba escasos folículos pilosos, era fina, elástica, igual á la que recubre el pene diferenciándose de las de las bolsas cuyo aspecto era el común de la piel escrotal. La línea de unión no estaba constituida por una superficie igual y el cambio de caracter de la piel imperceptible, sino que el tránsito era brusco formando á modo de una cicatriz,

(*) Las lesiones halladas en el examen macroscópico revelaron que la causa de la muerte había sido la asfixia por submersión y las circunstancias que precedieron á ella, constadas en el sumario, evidenciaron que el sujeto se había suicidado.

casi recta, rugosa y algo elevada como la cicatriz de una quemadura y se continuaba dicho puente de piel hacia la parte inferior de las bolsas (en donde no se vé el rafe escrotal) hasta el sitio en que sobresale el pene; de unos seis centímetros de longitud y que por su cara inferior se continuá ya con el períne. Este pene carece de prepucio y en sus dos tercios anteriores ofrece la mucosa endurecida y casi epidérmica que ordinariamente presentan los individuos de prepucio muy corto. El balano, normal en forma y dimensiones, aunque poco marcado el vallecito, ésta imperforado; á 4 centímetros de su punta y en su cara inferior existe la abertura de la uretra. Desde este punto á la cúspide hay marcada una canal ó depresión semicilíndrica; existe pues hipospadias. La uretra tenía la curvadura normal y fisiológica que permitió el paso de la sonda metálica hasta llegar á la vejiga dando salida á unos 100 gramos de orina.

Disecado el escroto, encontrose el lado izquierdo mas prominente y con los caracteres típicos del Hidrocele; incindidas las capas ó túnica dartroidea, muscular y fibrosa llegamos á la vaginal saliendo unos 100 gramos de líquido transparente amarillo verdoso propio de estos derrames. El testículo estaba adherido á la cara interna de la vaginal, ofreciéndose atrofiado y degenerado el tejido propio, vestígios del cordón espermático, obliteración del conducto inginal, vesícula seminal izquierda atrofiada como el conducto eyaculador, pero con los caracteres normales. En el lado derecho tambien las diversas capas eran normales hasta la vaginal que contenía pequeña cantidad de líquido, el testículo con los caracteres macroscópicos normales igual que el cordón espermático, (vena, conductos deferentes etc.) que se continuaba por el conducto inginal hasta la vesícula seminal y conducto eyaculador normales, así como la vejiga y prostata.

El pene estaba formado por los dos cuerpos cavernosos de longitud diámetro y estructura normales, insertos en las ramas de la arcada púbiana, unidos delante de la sínfisis, con el ligero sarco de su cara superior y la uretra alojada en la inferior; con su tabique central, y su trama fibrosa limitando las celdillas de paredes elásticas. La cubierta fibrosa, los dos ligamentos suspensorios y los musculos bulbo é isquio cavernosos, normales.

¿Cómo se realizó la anomalia?

Imaginémonos que se diseca la piel del escroto de un pene incindiendo el rafe y separándola de la cubierta fibrosa; que luego se incin de la piel del escroto por su rafe y se satura el borde derecho de la

piel del pene con el borde ó labio derecho de la incisión del escroto y el otro borde izquierdo de la piel del pene con el labio izquierdo de la incisión escrotal: Quedaría á modo de un delantal y debajo del escroto el pene desnudo. Hé ahí lo que hizo la naturaleza en un momento de perversión. El puente de piel que existe en su escroto tomando en su unión el aspecto de una cicatriz quirúrgica debía recubrir el pene y unirse sus bordes por su cara inferior formando el rafe peneal y el trozo cutáneo de la parte anterior de la uretra que en el sujeto no existe; y entonces la piel del escroto se hubiera unido por debajo del pene formando el rafe escrotal y este trabajo que debió hacer la naturaleza y se suspendió por una causa fortuita, intrauterina, inesplicable, hubiera podido realizarlo el cirujano en las primeras edades de la vida y quedara corregida la deformidad. Que este depende unicamente de la piel lo demuestra la uretra que ya hemos dicho se abre á 4 centímetros del vértice del balano y está marcada en este sitio por una canal ó semicilindro faltando la otra canal externa por no existir la piel, sino hasta cerca del perineo donde queda ya formado el conducto uretral.

No corrigiendo la deformidad, el pene fué bajando por la presión de la bolsa escrotal. No existe pues otra cosa que una ectopia ó inversión.

El Hidrocele izquierdo se esplica por no estar debidamente protegidos los testiculos, antes bien expuestos á compresiones y violencias, máxime si el sujeto cohabitaba cuyo dato no podemos precisar así como tampoco el modus faciendi, que no debía ser el ordinario; algo habría cuando este *individuo estuvo casado y viudo después, vivia aman- cebado.*

Esta deformidad no podía reconocer por causa estados inflamatorios, ni adherencia, ni bridas, en las membranas del huevo, ni compresiones ni estados morales maternos; sencillamente la obliteración normal de la piel del pene no se llevó á cabo interponiéndose entre los bordes de la hendidura fetal del escroto antes de verificarse su unión. Basta recordar que la oclusión completa de la pared abdominal se verifica á la octava semana de vida intra uterina y si esta oclusión no se verifica por debajo del cordón umbilical, queda la fisura vesico abdominal (extrofia de la vejiga), entonces el pubis no está cerrado y los genitales externos son incompletos. En el Hermafrodisimo verdadero existen glandulas genitales pertenecientes á los dos sexos. El Hermafrodisimo falso ó aparente; si es masculino, se caracteriza por la atrofia é imperforación del pene, persistiendo la división escrotal con anorqui-

dia, etc., si femenino; por hipertrofia del clitoris, soldadura de los labios, imperforación de la vagina etc., lo cual dista muchísimo del caso actual como lo demuestra la descripción y el grabado, ni tan siquiera nos permitiríamos calificarlo de «Pseudo-Hermafroditismo». (*)

¿Existía relación entre la imbecilidad, la deformidad genital y el suicidio?

Generalmente los imbéciles tienen bien desarrollado el instinto genésico, algunas veces exagerado, pero pocos pervertido; (si se entregan al onanismo es por falta de ocasión para el coito) por esto, los imbéciles no son los que presentan mayores aberraciones ó perversiones genésicas; estas son más bien producto de la civilización, del refinamiento, del exceso de intelectualidad; Grecia, Roma, Bizancio, La Ville Lumiere, todas las grandes Capitales lo comprueban. Elevado es el número de imbéciles que hemos tenido ocasión de observar y nunca hemos encontrado deformidades genitales como la descrita, ni parecida. En los casos publicados de Hermafroditismo verdadero ó aparente, no coincide este, con alteraciones psíquicas, ni detención del desarrollo intelectual; la deformidad que estudiamos no podía influir sobre el instinto genésico como lo prueban los datos anatómicos señalados y los otros pocos que ya hemos apuntado acerca su potencia sexual; enviudó y vivía amancebado, aunque creemos no tuvo hijos, se comprendería la esterilidad por la imposibilidad de practicar el coito ordinario. Los mismos eunucos ya lo sean desde la primera edad ya por haber sufrido la mutilación después, aunque presentan caracteres intelectuales y morales *sui generis*, distan mucho de parecerse á los imbéciles.

Witkowski en su *Generacion humana* dice: «La Anomalia más frecuente es el hermafroditismo aparente que hace considerar como mujeres á individuos pertenecientes al otro sexo. Un curioso ejemplo

En prensa este artículo se nos ha mostrado el número 571, de la *Gaceta Médica Catalana*, correspondiente al 15 de abril de 1901, en el que se publicó: «Un caso de monstruosidad del aparato genital masculino.—Situación del pene detrás del escroto.—División de este. Por el doctor don José Carreras y Ribas, y en el que se lee.

«El sugeto que motiva esta pequeña descripción, es un hombre de unos cuarenta años de edad, de escaso desarrollo físico é intelectual y muy aficionado á las bebidas alcohólicas. Es un verdadero degenerado.—La anomalia que presenta en su aparato genital es congénita y no le impide verificar el coito, como parece debiera ocurrir dada la especial situación del pene = (las dos expresivas fotografías que se publican indican la anomalia) en una de ellas aparecen las cubiertas ó bolsas testiculares de tamaño natural sin que asome el pene por algún sitio. Aparte de esto se nota la

de este género de anomalías es el de Alexina B. que se educó en Colegios de Señoritas hasta la edad de 22 años y se suicidó después de una sentencia de La Rochella que rectificaba un estado civil devolviéndole su verdadero sexo; presentaba un pene rudimentario y una depresión en el fondo de la cual se habrían los conductos eyaculadores de las vesículas seminales». Lastima que no hable de sus instintos genésicos (masculinos ó femeninos), y de su desarrollo psíquico; la circunstancia del suicidio podría dar cierta analogía con este caso aunque bien juzgado no cabe la comparación, bastando fijarse en la diferencia de la edad y de la deformidad.

En nuestro caso creemos que la deformidad y frenopatía no influyeron directamente en el suicidio. Este es frecuente en el curso de diversas psicosis ó como epifenómeno (sea inconscientemente en un acceso de delirio, (precipitación por ejemplo; sea en un acceso de frenalgia en el Maniaco depresivo, sea producto del especial razonamiento del perseguido etc.) ó como terminación fatal de la Psicopatía, llámasele obsesión consciente ó Monomanía impulsiva suicida; pero el imbécil que con su defectuoso desarrollo Psíquico tiene más desarrollados los instintos, no tiende al suicidio, tiene apego á la vida y á sus goces materiales, sí bien puede desarrollarse en un imbécil (como degenerado que es) y con mayor facilidad, una Psicosis de las señaladas con tendencia suicida.

¿Si la imbecilidad no fué causa ocasional del suicidio, pudo influir la deformidad? Creemos también que nó, esta no impedía los goces sexuales como nos demostró la Anatomía y la Anamnesis; de haber influido, hubiera sido en la pubertad ó poco después, y no en la edad en que las energías disminuyen y el instinto genésico tiende á desaparecer. ¿Cual fué la causa del suicidio? Nos faltan datos para

particularidad de que las bolsas están completamente separadas una de otra. Levantándolas tal como indica la segunda fotografía, no solamente se aprecia la división á que me he referido, si que se ve también, en un plano postero inferior un pene atrofiado y de unos dos ó tres centímetros de longitud.

Indudablemente el caso descrito por el señor Carreras es el mismo que hoy publicamos pues solo difiere en lo de la *división* de las bolsas y la menor longitud del pene, (en nuestro caso el sujeto había permanecido en el agua y medía el pene 6 centímetros), coincidiendo en todo lo demás pues la fisionomía que revelan las fotografías (que son de cuerpo entero en la *Gaceta Médica Catalana*) el nombre y naturaleza del sujeto son las mismas del individuo del caso que hoy publicamos. Creemos necesaria esta aclaración para evitar figure en la literatura médica, como doble un caso raro de ectopiagenital. *N. de la R.*

fijarla; cualquiera; ya que en el suicidio no existe nunca causa poderosa que lo explique, si no es la enajenación mental. Las mismas causas que el vulgo señala como inductoras ú ocasionales, aquí no existen: los disgustos de familia cuyos vínculos no podían aquí ser muy fuertes, su posición social (era limpia botas), no permite pensar en reveses de fortuna, la autopsia no demostró lesión orgánica, ni vestigio de enfermedad productora de grandes sufrimientos físicos etc..... La *vox populi* dijo que se suicidó porque su amiga no quiso darle de cenar aquella noche; he ahí una causa moral tan poderosa ó simple como cualquier otra pero tal vez lo suficiente para hacer germinar la Psicosis. Fué pues un caso de suicidio simple, Obsesión consciente, Monomanía impulsiva suicida, pero sin relación directa con su deformidad, ni con su Imbecilidad.

¿Influyó la Herencia? Para el suicidio ó la imbecilidad ignoramos los antecedentes paternos; si la deformidad era hereditaria, solo demostraría que no producía impotencia, ni esterilidad.

PEDRO ROCA Y PLANAS.

Gerona Octubre de 1910.

La raqui-estovainización en la cirugía génito-urinaria

18 CASOS DE OBSERVACIÓN PERSONAL

Admirado de los efectos de la raquianestesia en los operados por Albarran en la clínica de Neker, al ver su inocuidad y sencillez, y sobre todo la suma ventaja que representa el poder prescindir del indispensable cloroformizador y no tener que estar constantemente con la atención dividida entre el estado general del operado y el campo operatorio, me propuse no dejar de ponerla en práctica; y desde Noviembre pasado en que no se que se hubiera empleado aún en esta Provincia, llevo practicadas una serie cuyo resultado mencionaré.

En Noviembre de 1908, Albarran afirmaba en una de sus lecciones de Neker, que la raquiestovainización en las intervenciones sobre el perine igualaba en absoluto por sus efectos anestésicos al cloroformo; y que en las practicadas en la vejiga la hemorragia era mucho menor. Pero que donde este método anestésico demostraba su superioridad

en la cirugía urinaria era en la litotricia. La cloroformización aún llevada á un grado extremo, difícilmente consigue apagar en absoluto la sensibilidad y contractilidad refleja del reservorio urinario, mientras que la raquistovainización las suprime por completo, aumentando considerablemente su capacidad, circunstancia de gran valor en aquella bella intervención. Con la raquistovainización, decía Albarran textualmente, parece que el litotritor maniobra dentro la vejiga de un cadáver.

Nos ofreció una estadística de 137 raquistovainizaciones, de las que sólo 7 fracasaron por sus efectos anestésicos teniendo que recurrir al cloroformo; y 2 solamente dieron lugar á serios accidentes que no llegaron á ser mortales.

Solamente le achacaba una acción más intensa que el cloroformo sobre el parenquima renal. Produce, decía, una albuminuria pasajera bastante mayor que la muy ligera determinada por el cloroformo. Sin embargo, no aumenta su cifra en los casos en que la albumina ya existe en las orinas, lo que hace que no tengamos que apreciar aquella circunstancia como una contraindicación del método anestésico en la cirugía renal ó en los demás casos de cirugía urinaria en que haya cierto grado de nefritis.

El primer paso en el descubrimiento de la raqui-anestesia fué dado por el neurólogo americano Leonardo Corning. Su primera Memoria fué publicada en New-York en 1885, y sus primeros experimentos fueron practicados en el perro, empleando como agente la cocaina. Más tarde lo aplicó al hombre empleando una solución de ésta al 3 por 100 que inyectaba entre la once y doce vértebras dorsales.

Temiendo al principio Corning, penetrar en la dura madre sin herir la médula, se concretaba á practicar la inyección en los espacios inter-espinosos cuyos vasos se encargaban de transportar el anestésico hasta la médula. Pero en 1888, habiendo observado que la cara posterior de las apofisis transversas, sobre todo el nivel de las últimas dorsales y primeras lumbares, venía al nivel ó un poco más atrás de la pared posterior del canal raquideo, dedujo que introduciendo la aguja á una profundidad igual á la distancia que separa la piel de la cara posterior de la apofisis transversa, la punta se encontraba en el canal medular quedando la médula intacta. Entonces publicó una tercera Memoria explicando la nueva técnica.

Posteriormente la hizo objeto de mayor grado de perfección: Practicaba la inyección mediante una larga aguja que atravesando el ligamento amarillo entre la 2.^a y 3.^a lumbar penetraba en la cola de ca-

ballo. En ésta se sirvió de una mezcla de cocaína y tintura de acónito.

Todos estos trabajos de Corning, puede decirse que pasaron desapercibidos hasta de sus mismos compatriotas de América ó cuando menos no le dispensaron la atención y estudio que se merecía.

Pero es el caso que Tuffier, que si no ha sido el inventor, ha sido un gran perfeccionador y propagandista del método anestésico, al aplicarlo en su servicio de París ante numerosos cirujanos cuando el Congreso internacional de 1900, fué cuando algunos norte-americanos reclamaron la prioridad para su compatriota.

No obstante Bier de Kiel y Sicard habían ya con anterioridad á Tuffier utilizado con fines quirúrgicos las inyecciones intraraquídeas; habiendo sido los trabajos del primero tan notables y de tan reconocida originalidad, que apesar de haber sido posteriores á los de Corning se ha convenido en denominar la raquí-anestesia método de Corning-Bier.

Este método, naturalmente, al través de su perfeccionamiento ha pasado por etapas verdaderamente críticas, en que sus desastres han estado á punto de borrarlo de entre el número de los métodos anestésicos: Casos de muerte citados por el mismo Tuffier, Julliard, Dumont, Goilax, Jonnesco, Proust y Bousquet, sobrevinida horas y aún días después de la inyección; los dos casos citados por Legueu en que la muerte sobrevino en la misma mesa de operaciones y otros, hicieron decaer tanto el ánimo de los operadores, que cuando en 1902 apareció la notable tesis de Kendirdjy, la raquí-anestesia había casi caído en el olvido, contaba con rarísimos partidarios. Y sin embargo teniendo en cuenta que en los citados fracasos fué el método aplicado á enfermos cuyo estado sumamente precario hizo temible en grado sumo la clorformización, hay que reconocer que se le condenó con alguna injusticia.

En este estado las cosas, Guinard basándose en estudios hechos por sus discípulos Ravaud y Aubourg, demostró que los accidentes de la raquí-anestesia eran en gran parte producidos por el agua de vehículo de la cocaína, que determinaba fenómenos de irritación meníngea. Considerando esto fácil de corregir empleando de vehículo el mismo líquido céfalo raquídeo, ú otro que tuviera su mismo punto de congelación. De aquí nacieron los dos métodos: el de las *soluciones concentradas* y el de las *soluciones isotónicas*. Y con esto puede decirse que se llegó á la fase capital que podría marcarse con letras de oro en la historia de la raquí-anestesia. Del empleo de estas soluciones, puede decirse afirma Kendirdjy, parten los beneficios de que hoy disfruta la estovaina en la raquí-anestesia.

Desechado el primer método por engorroso y expuesto á peligrosas imperfecciones de asepsia, y puesto en práctica el de las soluciones isotónicas, desaparecieron de la clínica casi por completo los accidentes de la raquí cocainización. Los vómitos, la cefalea intensa, y la hipertermia apenas se observaban, habiéndose de consiguiente llegado al grado de perfección casi apetecible, dando lugar á la interesante monografía que sobre raquí-cocainización publicó Tuffier en 1904.

En esta misma época vino Chaput con sus estadísticas presentadas á la sociedad de Biología y á la de Cirujía, no sólo enumerando sus casos personales, sino que detallando todos los fenómenos acompañantes de las inyecciones raquí-anestésicas con la *estovaina*.

Resultaron de tal efecto las manifestaciones de Chaput, que bien puede calificarse sus comunicaciones de la más elocuente apología de la estovaina al extremo de substituir de un modo absoluto y definitivo á la cocaina.

Después de esta reasumida historia, no se explica bien satisfactoriamente la brusca postergación de la cocaina, y el rápido encumbramiento de la estovaina. Kendirdjy lo atribuye más á razones de orden moral que científico: Antes de llegar la cocaina tanto en su aplicación local como en la raquídea al perfeccionamiento que acabamos de ver ha pasado por una laboriosa evolución plagada de negros fracasos que le crearon un concepto fatídico; mientras que la estovaina ha nacido y vivido vírgen de culpa alguna pudiendo lucir las perfecciones con tanta pena adquiridas por aquella.

No obstante son innegables dos cualidades de la estovaina: y son su acción nula sobre los vaso-motores y su algo menor toxicidad; que aunque no representa ni de mucho, como hemos podido apreciar por la historia apuntada, la medición justa de las grandes ventajas que se le atribuyen sobre la cocaina, deben bastarnos para su adopción en un acto como la anestesia cuyo ideal es despojarla de todo peligro.

Llevada á tal grado de perfección, es como ya he manifestado ví emplear la raquí-anestesia en la clínica de vías urinarias del Hospital Neker.

Mi estadística personal no es numerosa, ni me he atrevido á aplicar el método en niños ni en intervenciones de cuya corta duración no podía responder de antemano; pero los resultados no pueden ser mas halagüeños no solo para que prosiga empleándolo, sino para que con el mas vivo entusiasmo lo recomiende.

OBSERVACIÓN 1.^a M. P. de 50 años, pescador; antiguo blenorragico y alcohólico con infarto del hígado.

Diagnóstico: Estrechez uretral múltiple. Absceso urinoso crónico con fístulas urinosos.

Operación: Día 22 Noviembre 1909. Uretrotomía externa y uretrectomía parcial.

Raqui anestesia: Punción en el tercer espacio lumbar, salida del líquido céfalo raquídeo con mediano impulso. Cantidad extraída 12 c. c.

Solución de estovaina Billón inyectado á cantidad de $\frac{3}{4}$ de c. c.

Anestesia y paraplegia á los 5 minutos.

Accidentes anestésicos: nulos.

OBSERVACION 2.^a J. T. 57 años, comerciante. En Cuba sufrió paludismo y perdió la visión por atrofia del nervio óptico. Actualmente está afectado de miocarditis esclerosica con cardiectasia.

Diagnóstico: Absceso isquio-rectal con retención completa de orina. Hidrocele doble.

1.^a operación: Día 11 Diciembre 1909. Dilatación del absceso y destridamiento fístula de ano.

Raqui anestesia: Punción en el 3.^o espacio lumbar. Salida algo lenta del líquido cefalo-raquídeo. Cantidad extraída: 10 c. c.

Solución de estovaina Billón inyectada. $\frac{1}{2}$ c. c.

Anestesia y paraplegia á los cinco minutos.

Accidentes y trastornos anestésicos, nulos.

OBSERVACIÓN 3.^a y 2.^a operación: Día 12 Marzo de 1910. Cura radical del hidrocele doble.

Raqui anestesia: Punción en el 4.^o espacio lumbar. Salida bastante lenta del líquido cefalo raquídeo que sale teñido de sangre; se retira un poco la aguja y sale perfectamente acuoso.

Cantidad extraída: unos 6 c. c.

Solución de estovaina Billón inyectada: $\frac{3}{4}$ de c. c.

Anestesia y paraplegia, á poco más de los cinco minutos.

Accidentes y transtornos anestésicos: Durante la operación acusa desfallecimiento, mareo, sudores y el semblante palidece. El pulso se pone pequeño y depresible. Se le inyecta 150 gramos de suero fisiológico y 25 centigramos de cafeina y el corazón reacciona desapareciendo el mencionado cuadro.

En los dos primeros días que siguen á la operación acusa ligera raquialgia y algún vómito.

OBSERVACIÓN 4.^a P. C. 39 años, labrador, constitución robusta; su padre murió neoplásico.

Diagnóstico: Hematocele de origen traumático.

Operación: 31 Marzo 1910. Castración.

Raquianestesia: Punción en el 3.º espacio lumbar. Salida rápida del líquido cefalo-raquídeo.

Cantidad extraída: 15 c. c.

Solución de estovaina Billon inyectada $\frac{3}{4}$ de c. c.

Anestesia y paraplegia, antes de los 10 minutos.

Accidentes y trastornos anestésicos: raquialgia durante el 1.º día.

OBSERVACIÓN 5.ª P. J. 40 años, minero, con antecedentes blenorragicos de 15 años atrás.

Diagnóstico: Estrechez blenorragica con retención de orina é infección urinosa.

Operación: 11 Abril 1910. Uretrotomía interna.

Raquianestesia: Punción en el 4.º espacio lumbar. Salida rápida del líquido c. r.

Cantidad extraída: 15 c. c.

Solución estovaina Billon inyectada $\frac{1}{2}$ c. c.

Anestesia y paraplegia antes de los 10 minutos.

Accidentes y trastornos anestésicos nulos.

OBSERVACIÓN 6.ª F. H. 17 años, herrero. Sin antecedentes de importancia.

Diagnóstico: Epididimitis agudísima.

Operación: 16 Mayo 1910. Epididimotomía.

Raquianestesia: Punción en el 3.º espacio lumbar. Salida lenta del líquido c. r. Cantidad extraída 8 c. c.

Solución de estovaina Billon inyectada $\frac{1}{2}$ c. c.

Anestesia y paraplegia á los 5 minutos.

Accidentes y trastornos anestésicos nulos.

JOAQUÍN MASSA.

(Continuará)

Apuntes para la Flora de La Sella y su comarca

(Continuación)

Tricholoma Georgii. — *N. v.* MOXERNÓ. MOXERNÓ DE PRIMAVERA. Comestible. En márgenes y prados de buen fondo hacia Las Planas, San Feliu de Pallarols y Collsacabra. Es uno de los hongos más rebuscados llegándose á pagar secos hasta diez pesetas la libra. En Barcelona se confunde á menudo este hongo con el *Marasmius oreades*, CAMASECH, que si bien su aroma recuerda el MOXERNÓ dista mucho de ser tan delicado y agradable como este último. Primavera.

Tricholoma Russula. — *N. v.* ESCARLET VERMELL. Comestible. En los bosques. Otoño. Se conserva bien en agua salada.

Tricholoma lencocephalum. — *N. v.* ESCARLET BLANCH. Comestible. Bosques y lugares descubiertos. Otoño. Se conserva bien como el anterior.

Collybia dryophila. — Comestible bien que aquí no se aprovecha. Prados y bordes de caminos. Primavera. Otoño.

Collybia fusipes. — *N. v.* BOLETS DE ROURA, FLOTA DE ROURA (1). Comestible. Como indica su nombre vulgar vive asociado formando ramillete ó matas en tocones podridos de roble y encina ó en sus inmediaciones. El pié es bastante duro. Primavera. Otoño.

Laccaria laccata. — En los bosques, castañares, umbrias etc. No lo comen.

Clitocybe infundibuliformis. — *N. v.* POLLARENCA, en Empalme, (Aranzadi). Bosques de Brezos. Otoño.

Clitocybe gyranopodia. — *N. v.* BOLET D' ALSINA, FLOTA D' ALSINA. Comestible. Vive agrupado en troncos viejos de encina. Otoño.

Phylloporus Pelletieri. — Raro. En bosques de suelo silúrico ó granítico. Es de reducidas dimensiones. Otoño.

(1) Acá suele darse el nombre de FLOTA á la agrupación de varios individuos con pié y sombrero distintos unidos por su base y el de GÍRBULA á la unión de varios hongos que por regla general carecen de pié ó bien éste es común á todos ó se inserta lateralmente en el sombrero.

Pleurotus ostreatus. — *N. v.* AURIANAS, GÍRBULAS D' ABRA; ORELLANAS DE POLL en Empalme y San Celoni. (Aranzadi). Comestible. Tocones de chopo. Otoño. Es muy buscado y bueno para sazonar guisos.

Pleurotus olearius. — Venenoso. Común en los bosques. Primavera. Otoño. Este hongo de color anaranjado subido fosforece en la oscuridad según reza el Atlas de Costantín; no he podido observar tal fenomeno. Según referencias, un sujeto que comió esta especie experimentó fuertes dolores de tripas sin más consecuencias.

Hygrophorus conicus. — *N. v.* PIXACUNILL en Empalme (Aranzadi). En los bosques. Otoño.

Nyctalis asterophora. — Parásito sobre la *Russula nigricans*. Otoño.

Cantharellus cibarius. — *N. v.* ROSSINYOL; VAQUETAS en Olot. Comestible. Bosques, castañares etc. Primavera. Otoño. Esta seta conocida de todo el mundo es muy solicitada por reunir la apreciable cualidad de no agusanarse y poderse reconocer facilmente por su forma, color y aroma.

Lactarius vellereus. — Venenoso ó solamente indigesto. Bosques de brezos. Primavera. Otoño. Se confunde con la especie siguiente.

Lactarius piperatus. — *N. v.* TARRANDÓS en ésta y Olot; LLETEROLAS BLANCAS en Caldas de Malavella; PEBRAZOS, PEBRASA BLANCA en Empalme, Badalona y San Cugat. (Aranzadi). Comestible bien que poco solicitado y en verdad, yo lo he comido varias veces y lo he hallado poco apetecible. Primavera. Otoño. Crece abundantemente en los bosques de brezos asociado á la especie anterior. El sombrero del *Lactarius vellereus* es afelpado y el jugo lechoso blanco al principio, se torna amarillo pálido, mientras que el *Lactarius piperatus* tiene el sombrero liso y el jugo lechoso resta enteramente blanco. Otro detalle para distinguir las dos especies consiste en que las láminas del *L. piperatus* son mucho más numerosas, apretadas y finas que las del *L. vellereus*. Las dos especies crudas tienen sabor marcadamente picante que desaparece por la cocción.

Lactarius torminosus. — *N. v.* CABRAS. Venenoso. En los bosques aunque raro. Otoño.

Lactarius lactifluus. — *N. v.* LLETEROLA. Comestible. Bosques y lugares descubiertos. Primavera. Otoño. El jugo lechoso no es picante.

Lactarius azonites. — Venenoso. Bosques de brezos. Verano. Otoño. El jugo lechoso es picante y torna color rojizo al cabo de algún rato.

Lactarius deliciosus. — *N. v.* PINATELL; PINENCA en San Hilario;

RUBEYOLA en Badalona, á los ejemplares sin láminas. (Aranzadi). Comestible. Bosques de pinos. Otoño.

Lactarius sanguifluus. — *N. v.* ROVELLÓ. Comestible. Bosques de pinos. Otoño. Esta especie muy afine de la anterior se distingue por las zonas en el sombrero y tomar las magulladuras un color verdoso.

Lactarius pyrogalus. — Venenoso. En avellanares. Otoño. Sabor muy picante.

Russula aurata (1). — *N. v.* LORO en Olot. (Aranzadi). Comestible aunque no se aprovecha. Bosques. Verano. Otoño.

Russula fragilis. — *N. v.* ESCALDABECH; CUABRAS VERMELLAS; CUALBRAS; LLETEROLAS BORDAS; PEBRASES VERMELLES en Empalme; TERNES DOLSES en Badalona; PUAGRAS en San Cugat (Aranzadi). Venenoso ó solamente indigesto. Bosques. Verano. Otoño. Tiene sabor picante.

Russula fætens. — Venenoso ó indigesto. Abundante en bosques. Verano. Otoño.

Russula virescens. — *N. v.* CUALBRA LLORA. Comestible. Bosques frescos. Verano. Otoño.

Russula heterophylla. — *N. v.* CUALBRA; PUAGRA (Aranzadi). Comestible. Bosques de brezos. Otoño.

Russula nigricans. — El Dr. Aranzadi señala con du-la el nombre vulgar de PEBRASA dado á esta especie en algunas localidades; efectivamente esta especie se parece mucho al *Lactarius piperatus*. Es venenoso. Hállase en el Otoño en bosques de brezos. Al entrar en descomposición es cuando se desarrolla en el sombrero el *Nictalis asterophora*.

Marasmius oreades. — *N. v.* CAMA-SECH. Comestible. Crece entre la hierba en los prados y bordes de caminos. Primavera. Otoño. En los parajes herbosos de San Martín Sacalm, observé á mediados de Junio de este año unos círculos en que donde vegetaba esta especie la hierba tomaba un color más oscuro.

Panus stipticus. — En tocones de encina la mayor parte del año.

Panus rudís. — Muy escaso en traviesas de roble. Verano.

Lentínus tígrinus. — En los mismos lugares y época que el anterior pero más frecuente. Aunque se cita como comestible, no lo comen en ésta.

Schizophyllum commune — Sobre troncos secos y podridos de

(1) A todas las especies de este género suele darse el nombre vulgar de CUALBRAS, CUALBAS ó PUAGRAS.

varios árboles especialmente álamo y castaño. Esta especie abunda la mayor parte del año.

Pholiota præcox. — Huertas y campos cultivados. Junio. No es tan frecuente como la

Pholiota dura. — Que vejeta en los mismos lugares y época que el anterior.

Pholiota ægerita. — *N. v.* FLOTA D' ABRA, POLLANERONS. Comestible. Tocones de álamo y chopo. Primavera, Otoño. Tiene el defecto de agusanarse con facilidad.

Cortinarius collinitus. — *N. v.* PULLARENCAS en Empalme (ARANZADI). Comestible bien que aquí no se aprovecha. Bosques de suelo silúrico. Otoño.

Hebeloma crustiliniformis. — Sospechoso. Bosques secos de suelo arcillo calcáreo de S. Julián del Llor. Verano.

Galera tenera. — *Var.* OVALIS. En los prados. Primavera.

Paxillus involutus. — Comestible no usado en esta. Muy raro en los bosques y lugares sombríos. Otoño.

Hypholoma fasciculare. — *N. v.* BOLETS D' ALSINA en Badalona. BOLETS DE PÍ en Empalme (Aranzadi). Venenoso. Frecuente en los troncos de varias clases de árboles y aun en tierra formando matas. Otoño.

Hypholoma Candolleianum. — Bordes de caminos. Primavera. Verano.

Coprinus comatus. — Comestible no utilizado. En los prados. bordes de caminos en suelo fértil. Primavera, Verano. Raro.

Coprinus atramentarius. — Mas frecuente que el anterior y en los mismos lugares. Primavera. Verano. También es comestible pero tampoco se usa.

Coprinus micaceus. — Venenoso. Muy frecuente en tocones de chopo. Primavera, Verano. Para que no dañen los Coprinus comestibles se recomienda cocerlos una hora á lo mas tarde de haberlos recolectado ya que entran rápidamente en descomposición.

JOAQUIN CODINA

(Concilurá)