

LA CRONICA MEDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

ORGANO DE LA SOCIEDAD MEDICA UNION FERNANDINA

AÑO XV }

LIMA, DICIEMBRE 15 DE 1898.

{ N.° 239

TRABAJOS NACIONALES

La cistotomía suprapubiana y el cisto drenage hipogástrico.

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE BACHILLER EN LA FACULTAD DE MEDICINA.

Señor Decano,

Señores Catedráticos:

Todos vosotros habréis encontrado en vuestra clínica, viejos prostáticos que después de largos años de padecimientos continuos, llegan al último período de su enfermedad: retención absoluta de orina y por ende todo el pavoroso cuadro de la uremia. Se llama entonces con urgencia al médico para que preste sus cuidados á un hombre, que generalmente se encuentra en los últimos dinteles de la vida y que ansioso le pide que lo libre de sus atroces sufrimientos.

Pene edematozo, glande rojo amoratado, meato entreabierto, del que se escapan gotas de un pus sanguinolento, debido á las tentativas de cateterismo hechas por el mismo enfermo, ó por los médicos que os han precedido, vejiga alta, distendida y estado general urémico, he allí el cuadro que tenéis á la vista. Se os informa que el paciente no orina desde hacen 36 ó 48 horas, tratáis á vuestro turno de sondearlo, recorréis todos los números de la hilera de Charrière y todas las sondas inventadas.... y nada!.....todo es inútil; no valen ni la destreza, ni

las curvaturas dadas al instrumento, no conseguís mas que profundizar las falsas rutas existentes ó abrir nuevos focos de infección que martirizan al desgraciado prostático.

¿Qué hacer?—¿Qué conducta observar en semejantes casos?—He aquí señores á lo que voy á contraer el presente trabajo para cumplir con él, la prescripción reglamentaria que me obliga á ocupar esta tribuna, molestando vuestra atención.

Supliré pues, con la utilidad del punto que trato, mi escasez de conocimientos científicos y mi poca versación en los arduos problemas de la cirugía operatoria.—Reclamo vuestra benévola indulgencia.

En todos los países, los cirujanos de todos los tiempos se han preocupado de esta delicada cuestión. Difícil y fatigoso sería exponer los diversos procedimientos, las tentativas sin cuento que se han puesto en práctica para salvar á los enfermos de los inconvenientes de la retención urinaria por esclerosis prostática.

Desde 1701 Mery punciona la vejiga por encima del púbis en todos los casos en que el cateterismo era impracticable; aplica un trocar grueso sobre el borde externo del músculo recto y lo deja á permanencia para asegurar la libre emisión de la orina. Multitud de controversias se suscitan, la operación se acepta con repugnancia, hasta que Petit, en experiencias posteriores, declara que la inter-

vención es "tan inocente como un sablazo dado en el agua." Desde entonces entra de lleno en la práctica y reina por algún tiempo, cae después de un justo olvido para resucitar en 1892, modificada, en manos del profesor Lejars.

El profesor Dieulafoy publica en 18... su "Tratado de la aspiración" y aplica su aspirador á la punción vesical, capilar.

En sus numerosas experiencias sobre los animales y el hombre, comprueba la inocuidad y ventajas de su picadura capilar y el troquer grueso desaparece por completo. Pero no era bastante. La punción de Dieulafoy no se podía aplicar á todos los casos, y los esfuerzos de los cirujanos continúan. —Veamos sus resultados.

Existe en la Terapéutica operatoria un procedimiento, un método general, del que derivan el ano *contra natura*, la coleccistotomía, la uretrotomía externa, etc., método práctico al alcance de los cirujanos ménos hábiles y que dá casi siempre resultados positivos. Aplicarlo á la vejiga en los casos de impermeabilidad uretral, como se había aplicado en todos los casos de impermeabilidad de otros conductos excretores, he aquí la tendencia constante de los urologistas. Así vemos en 1856, al profesor Sédillot hacer por primera vez la cistotomía en un viejo prostático, cuya vejiga contenía gases y cuatro litros de sangre putrefacta; el enfermo se restablece, con admiración de los que creían imposible la abertura de este reservorio, y conserva una cánula permanente que lo pone al abrigo de nuevos accidentes de retención.

Alentado por esta primera experiencia continúa sus observaciones que reúne y describe en su "Tratado de Medicina Operatoria" publicado en 1866.

Posteriormente, en 1884, aparecen en LA GACETA MÉDICA de Estrasburgo, dos hechos de talla hipogástrica practicados por Boeckel, con el objeto de librar á sus enfermos de los accidentes de la reten-

ción de orina. Desgraciadamente sus dos operados murieron. Rohmer de Nancy presenta á la Sociedad de Cirujía una observación del mismo género, practica la talla hipogástrica y por el cateterismo retrógado coloca en la uretra una sonda á permanencia que no puede ser tolerada; crea entonces una fístula hipogástrica dejando entre los labios de la herida una cánula metálica asegurando así el derrame de la orina.

Tedeuaut en Montpellier y Richardson en 1887 siguen las huellas de Sédillot; públicanse sin cesar nuevas operaciones, la vejiga se abre ya sin miedo, sin reserva alguna, pero sin método, sin unidad de procedimiento, sin técnica precisa, hasta que aparece el profesor Poncet, miembro de la Facultad de Medicina de Lyon, en 1888.

Reune todas las observaciones, estudia las indicaciones, precisa la técnica operatoria, señala las consecuencias inmediatas y alejadas de la operación y constituye así un método racional que, desde entonces, lleva su nombre.

Su primera operación data del mes de abril de 1888; al año siguiente comunica cinco observaciones á la Sociedad de Medicina de Lyon y después de estudiar en una serie de publicaciones la operación y sus consecuencias, expone los beneficios de su método al Congreso de Cirujía de 1892, basándose sobre treinta y cinco cistotomías.

Aquí comienza señores la nueva era en el tratamiento de las retenciones de orina por esclerosis de la próstata. El profesor Diday, de Lyon, es operado el 23 de diciembre de 1891 y muy satisfecho con su meato hipogástrico, estudia su funcionamiento con el mayor cuidado, analiza las ventajas é inconvenientes de la operación y vulgariza, por decirlo así, el método de Poncet. Después de este ilustre cistotomizado, imposible sería seguir paso á paso los innumerables éxitos obtenidos con su auxilio.

Casi al mismo tiempo que la Es-

cuela de Lyon, con Poncet, revolucionaba la cirugía urinaria, Hunter Mac Guire, de Richmond (Virginia) publica una memoria en 1888, conteniendo la historia detallada de cuatro cistotomías, practicadas por él. En un segundo trabajo publicado en 1890 relata 21 cistotomías supra pubianas de las que 8 fueron hechas en viejos prostáticos.

Como se ve casi todos los casos de cistotomía hipogástrica realizados hasta 1890 son de origen lionés ó americano; en París la operación no se aceptó de buen grado, hasta que Vignard en dicho año 90, relata tres casos operados en la clínica de Guyon; y Boutan en 1893 escribe su tesis de recepción, basada en un célebre caso operado por el profesor Tillaux; desde este momento desaparecen las reservas y la nueva operación entra de lleno en el dominio de la cirugía urinaria.

Ya no se limita la intervención á sólo los casos de retención urinaria, se va más lejos, se cistotomiza á todos los que padecen de afecciones crónicas de la vejiga, ya no es sólo la operación de urgencia, la que se hace á título de excepcional sino que queda como Poncet y Mac Guire lo querían, como operación definitiva y permanente.

He aquí como la define su autor: "La cistotomía supra-pubiana es la operación por medio de la cual se crea en la región hipogástrica una vía de derivación permanente, ó temporal, de la orina, un meato, una "uretra contra natura", se hace la fistulización de la vejiga y según la expresión de Diday: "el desplazamiento del sitio de la excreción urinaria."

¿Cómo se llega á este resultado? Por medio de maniobras relativamente fáciles, declaradas de una gran benignidad y de una inocuidad completas. Los dos solos peligros de esta operación son en efecto, la herida del peritoneo y la infiltración urinosa, accidente y complicación que Poncet jamás ha tenido en más de 50 cistotomías que ha practicado y que tampoco he-

mos observado en los casos clínicos que tengo el honor de presentaros como base de la presente tesis. Aquí, como en todas las intervenciones modernas, el pronóstico está subordinado exclusivamente á las lesiones existentes de las vías urinarias y de ninguna manera á la operación misma.

Tomamos á Poncet la descripción del

MANUAL OPERATORIO.

Helo aquí: "La cistotomía supra-pubiana ó epicistotomía, cuyos tiempos operatorios son en su mayor parte los de la talla hipogástrica, exige como ella ciertos cuidados preliminares: evacuación del recto, toilette completa del campo operatorio, etc., precauciones todas que no ofrecen nada de particular digno de señalarse en este caso.

Los instrumentos son los mismos que los que se emplean en una talla no seguida de extracción de cálculos: un bisturí ordinario, un bisturí abotonado, algunas pinzas hemostáticas que, una vez aplicadas, servirán no tanto como agente para la hemostasia, sino de separadores, por cuanto no hay vasos de gran importancia que puedan ser seccionados; una buena aguja curva del género de la de Emmet, algunos hilos metálicos de solidez y calibre suficientes; he aquí todo el material instrumental verdaderamente necesario.

Es bueno, naturalmente, como en toda operación de las vías urinarias externas, tener á la mano una jeringa de hidrocele y sondas, sea para practicar, si se le juzga necesario, una inyección intravesical, á fin de hacer más abordable la vejiga, sea para hacer lavados uretro-vesicales post-operatorios. Como se ve el material instrumental no es mucho más complicado que el que se necesita para una punción de la vejiga. Estos instrumentos se pueden encontrar fácilmente, y á este título todavía, la cistotomía no pierde sus derechos de operación de urgencia en un cierto número de casos: retención con falsa ruta, cateteris-

mo imposible, envenenamiento urinoso agudo, etc.

Para volver la vejiga mas abordable se han propuesto diversos métodos cuyo valor es escaso y de ninguna manera indispensable. Desde luego el balón de Peterson es inútil y algunas veces peligroso. En cuanto á la inyección intravesical, que tiene por objeto distender y elevar así la vejiga hacia adelante es, bien entendido, no solamente imposible en las retenciones en que no se puede practicar el cateterismo sino completamente inútil.

Cuando se interviene por accidentes urinarios con canal libre para el pasaje de la sonda, no hay inconveniente en distender moderadamente la vejiga por una inyección previa de líquido aséptico (150 á 200 gramos, lo más á menudo); pero es un error creer que la vejiga no es abordable, sin peligro para el fondo de saco peritoneal, sino cuando ha sufrido un cierto grado de distención.

Yo he incindido, dice Poncet, vejigas casi vacías sin dificultad alguna y sin herida del peritoneo.

La posición en declive del tronco con la cabeza baja presta muy buenos servicios, se la puede realizar sea con un grueso cojín, suficientemente largo y ancho colocado por debajo de las nalgas y de la región lumbo-sacra, sea, mejor todavía, con el respaldo de una silla ó una plancha fuertemente inclinada sobre la cual será mantenido el enfermo.

En mi servicio, continúa diciendo, prefiero utilizar el lecho de Trendelenbourg que es verdaderamente para tales operaciones un excelente lecho.

La solá posición verdaderamente necesaria es el decúbito dorsal.

OPERACIÓN PROPIAMENTE DICHA.

—Los dos primeros puntos de mira son: la línea umbilico-pubiana y el borde superior del púbis. Un ayudante, provisto de un pequeño gancho puntiagudo, pincha el fondo de la cicatriz umbilical y la tira hacia arriba.

La línea umbilico-pubiana y la línea blanca subyacente, se vuelven así, sino mas aparentes, á lo menos más tensas, y el instrumento cortante tiene menos tendencia á resbalar á la derecha ó á la izquierda en las aponeurosis de los músculos rectos abdominales.

Pasamos sobre la investigación del borde superior del púbis, que no es algunas veces netamente apreciable con el dedo, sobre todo en individuos gordos, sino cuando la piel y la capa grasa subyacentes han sido incindidos.

El cirujano se coloca hacia fuera del enfermo: á la izquierda ó á la derecha, poco importa; pero si no quiere cambiar de lugar durante toda la duración de la operación, se colocará á la derecha del operado. Incindiendo los tejidos de arriba hacia abajo, podrá con la extremidad del índice izquierdo, levantar el fondo de saco peritoneal.

Un solo ayudante basta. Colocado enfrente del operador, del lado opuesto, hace desde luego resaltar la línea blanca, después se ocupa de la hemostasia y del pasaje de los hilos de sutura.

La operación comprende cinco tiempos.

Primer tiempo: Incisión cutánea. La incisión se hace según la dirección de la línea blanca. Comienza ó termina en el borde superior del púbis, mide 6 á 8 centímetros en el sentido vertical. Comprende la piel y la capa adiposa subcutánea, cuyo espesor es muy variable según los sujetos.

Segundo tiempo: Incisión de la línea blanca.—Se reconoce con la pulpa del índice izquierdo, la línea blanca que está tendida como una cuerda por el gancho implantado en la cicatriz umbilical, y que la mano del ayudante tira hacia arriba. Se la incinde con la punta del bisturí y se le puede dar la misma extensión que á la incisión cutánea, pero, con el objeto de cuidar mas seguramente el fondo de saco peritoneal y ulteriormente de evitar una pequeña eventración posible, es preferible detenerse, hacia arri-

ba, á algunos milímetros por debajo de la incisión superficial.

Tercer tiempo: Investigación de la pared anterior de la vejiga: desplazamiento del fondo de saco peritoneal. La línea blanca y la fascia transversalis incindidas, se penetra, con la extremidad de cada índice que hacen el oficio de gancho á través del ojal muscular que es más ó menos resistente según los individuos y que está constituido por los bordes internos de los músculos rectos abdominales. Cuando la aponeurosis no ha sido, lo que sucede ordinariamente, incindida hasta el borde superior del púbis, se completa la sección por abajo, sea con un bisturí ordinario sea con un bisturí abotonado.

Si la vejiga está profundamente situada, si su pared anterior no aparece en contacto mas ó menos inmediato con la pared abdominal, si sobre todo los músculos vecinos forman una hendidura estrecha al traves de la cual es difícil maniobrar, es necesario incindir con un bisturí abotonado, cada músculo recto del abdómen al nivel de su inserción al púbis.

Estas incisiones liberatrices serán poco extensas, medirán, por término medio de 3 á 4 milímetros, á fin de no comprometer para después el funcionamiento de la especie de esfínter que forman los dos músculos rectos y que debe cerrar el nuevo canal. Habitualmente, por lo demás, tal desbridamiento sobre cada recto da el espacio suficiente, que permite maniobrar con facilidad sobre la cara anterior de la vejiga. Cuando la vejiga está destendida por la orina ó por el líquido inyectado, se la percibe en el fondo de la herida, cuyos bordes cutáneos musculares se mantienen abiertos con ganchos obtusos. El dedo que va á su encuentro la siente todavía mejor, como un ballón de caucho hinchado, que el ojo no vé. En cuanto al fondo de saco peritoneal, habitualmente no se le vé y se le siente menos todavía, por el tacto.

Todo lo que se ha escrito y dicho

sobre sus relaciones con la vejiga, sobre todo después de las investigaciones hechas sobre el cadáver, no me parece, dice el autor citado, de una gran utilidad. Apoyándome sobre numerosas observaciones de cistotomía, puedo asegurar que estas relaciones varían con cada individuo. ¿El fondo de saco peritoneal está por ejemplo mas ó menos sobre cargado de grasa? puede entonces descender hasta el púbis. Aunque la vejiga esté distendida; puede según su laxitud, estar subordinada á una multitud de causas, avanzar hacia abajo mas ó menos lejos; en una palabra las relaciones del peritoneo con la vejiga son, bajo el punto de vista operatorio individuales. Quiero decir, que no se sabe jamás suficientemente la situación de este fondo de saco, para osar incindir la pared anterior de la vejiga sino se recurre previamente, esté llena ó vacía, á una maniobra que tiene aquí una gran importancia.

El índice de la mano izquierda penetra al través de la herida en el tejido celular prevesical, reconoce el borde superior del púbis, después, se desliza sobre su cara posterior y va hasta el cuello de la vejiga á donde siente mas ó menos netamente el anillo prostático anterior. A este nivel encorvado en forma de gancho, sigue la cara anterior de la vejiga, desprendiendo y levantando todo lo que no pertenece á esta pared. El fondo de saco peritoneal es así arrastrado hacia arriba y mantenido en esta posición por la extremidad del índice que no lo abandona mas hasta el momento en que la pared vesical anterior ha sido incindida.

Cuarto tiempo: Abertura de la vejiga. El índice izquierdo queda en su lugar. Inmediatamente por debajo de él, la uña sirviendo de jalón, se hace penetrar algunos milímetros la punta del bisturí en la pared vesical anterior, que se incinde así de arriba hacia abajo sobre la línea mediana. La incisión debe de tener de un vuelo de 10 á 12 milímetros. En todo caso debe ser

tal que la extremidad del índice penetre fácilmente en la vejiga mas ó menos vacía y por consiguiente replegada sobre si misma.

Es necesario en efecto, poder explorar la próstata así como la cavidad vesical, que puede encerrar cálculos cuya presencia no se hubiera sospechado. Un chorro de orina se escapa inmediatamente y la vejiga se vacía por completo.

Después que se hace la incisión, el índice izquierdo abandona el fondo de saco peritoneal, que ya no se le debe temer mas. Penetra entre los labios de la herida vesical y sirve de nuevo de conductor, sea para pasar un hilo tractor sobre cada labio, sea para cojer cada uno de ellos con la ayuda de una pinza hemostática.

Si la herida no parece suficiente se la ensancha de algunos milímetros, generalmente hacia abajo, del lado del cuello, con un bisturí abotonado.

Varios operadores y entre otros Lejars practican una pequeña maniobra antes de la abertura de la vejiga: pasan un hilo en el espesor de la pared vesical que no la atraviesan y sirven para fijarla; gracias á esta cistopexia preliminar, se evita que la orina ensucie la herida y no se infiltre en el espacio de Retzius. Cuando la vejiga se ha vaciado de su contenido, es necesario hacer una toilette perfecta de la herida hipogástrica que ha estado en contacto con la orina. Esta desinfección será practicada con tanto mas rigor cuanto que las orinas sean amoniacales, purulentas y por lo tanto sépticas.

La incisión de la vejiga en la vecindad del cuello tiene una gran importancia bajo el punto de vista de la creación de un canal continente, es decir de una verdadera urétra contra natura y no simplemente de un meato hipogástrico que deje, sin que la voluntad del enfermo participe, escurrir libremente la orina hacia afuera.

El espesor de las partes blandas abdominales al nivel de la cara anterior de la vejiga, es en efecto,

tanto mas grande cuanto mas se aproxima uno al cuello, y anatómicamente se encuentran así realizadas las mejores condiciones para tener un conductor de una cierta longitud: 3 á 4 centímetros y algunas veces más.

La altura de la capa grasa subcutánea, la resistencia de la pared abdominal ó mejor el espesor, la potencia de los músculos rectos, que forman así un canal más ó menos largo, más ó menos apretado juegan igualmente un gran rol en la continencia de la nueva uretra.

Quinto tiempo: Sutura de los bordes de la abertura vesical con los bordes de la herida abdominal.— Esta sutura debe ser hecha metódicamente y responde á un triple objeto: oponerse á la infiltración urinosa de los tejidos vecinos, mantener abierta la abertura vesical para que durante los primeros días la orina puede escurrirse libremente y en fin tapizar el canal artificial de una mucosa que deberá mas tarde oponerse á su oclusión cicatricial.

Las suturas se harán de preferencia con hilos metálicos de mediano grosor y habitualmente serán en número de seis. Cada hilo atraviesa de parte á parte la pared de la vejiga á 4 ó 5 milímetros del borde de la incisión; atraviesa después la aponeurosis, el borde interno de cada recto abdominal, el tejido celular y la piel para salir á 5 ó 6 milímetros de los bordes. A menudo esta maniobra presenta dificultades, y cuando el espesor de las partes blandas abdominales no permite poner en contacto fácilmente los bordes de la vejiga con los de la piel, es preferible no comprender sino la piel en las suturas. Los bordes cutáneos se movilizan fácilmente, á ellos les toca ir á encontrar á los de la vejiga, que son algunas veces friables y poco resistentes á las tracciones.

Los hilos serán moderadamente apretados y se espera para torcerlos que estén todos colocados en su sitio; se tendrá cuidado de hacer

además un afrontamiento directo de la piel con la mucosa vesical.

En fin, se estrecha, si hay lugar, por uno ó muchos puntos, la herida hipogástrica, sea hacia arriba, sea hacia abajo.

La operación está terminada. Debe conducirse rápidamente (diez ó doce minutos máximo), lo que es siempre una condición de éxito, sobre todo en los viejos y en sujetos debilitados.

Si las orinas están infectadas, si existen falsas rutas uretrales, es necesario practicar una larga irrigación uretro-vesical con una solución boricada esterilizada al 4%. En los casos de falsa ruta se inyecta en seguida en el canal el contenido de una pequeña jeringa de vidrio llena de aceite iodoformado.

Nada de sonda ni drain, en la uretra ó la vejiga, sonda ó drain á permanencia son siempre cuerpos estraños que no ofrecen sino inconvenientes y peligros.

En los cistotomizados, *el mejor apósito, es la ausencia de todo apósito*, es decir, que el orificio vesical debe quedar anchamente abierto durante los primeros días y que es necesario tomar todas las precauciones necesarias, para que nada se oponga á la evacuación de la orina. Se limitará pues el apósito,—el cual sobre todo tiene por objeto, absolver la orina que se escapa incesantemente por el meato hipogástrico—á compresas de gaza esterilizada ó mejor de algodón hidrófilo que se ha empapado previamente en una solución antiséptica y despues exprimido para evacuar el líquido; se impide así al algodón adherirse á la piel de la pared abdominal. Este apósito se renueva á medida que se ensucia con orina.

A partir de este momento, es necesario, en principio, considerar al cistotomizado como un *noli metantere*, como un enfermo al cual durante algunos días al menos, no se debe tocar. Los cuidados locales que reclama son de limpieza aséptica y nada más: estos cuidados

son mas necesarios durante las tres ó cuatro primeras semanas en las que la incontinenca es casi completa.

En cuanto á las inyecciones intravesicales pueden ser excelentes, pero mas tarde, en otro período.

Una vez asegurada la evacuación de la orina, y el aparato urinario puesto todo al reposo por la cistotomía, el operado debe gozar de una calma completa que no se turbará por nuevas maniobras quirúrgicas.

Tal es la operación de la cistotomía supra-pubiana, operación relativamente sencilla y al abrigo de los inconvenientes que ofrecen las heridas estrechas del reservorio vesical. Practicada según esta técnica el éxito es seguro. Veamos ahora cuáles son sus consecuencias.

Desde luego, ella puede quedar como operación definitiva y la nueva uretra acompañar al enfermo por el resto de su vida ó ser solamente temporal, mientras por maniobras posteriores se vuelve permeable el conducto uretral ó desaparece la causa del accidente agudo que obligó al cirujano á la intervención. Estos accidentes agudos en los prostáticos son bastante conocidos; si sobrevienen se les cistotomiza; pero si no hay estrechez infranqueable, si despues de cierto tiempo la orina recobra su curso normal, nada exige la permanencia del meato contra natura y se le cierra. En otros casos no menos numerosos las cosas se pasan de distinto modo: desde mucho tiempo atrás el prostático vacía mal su vejiga y aunque teóricamente no hay hipertrofia prostática tal que una sonda manejada con destreza no pueda contornearla, en clínica es distinto y entonces la operación queda como definitiva: si la uretra no está ya apta para llenar sus funciones se la suprime, dice Lejars.

¿Cuál es ahora, señores, la suerte de estos cistotomizados, *per omnia*? He aquí la gran cuestión, la que más controversias ha suscita.

do y que merece detenernos un momento.

Todos los operadores están acordes en dividirlos en tres clases: en la 1.^a entran los que guardan las orinas en su vejiga y son prevenidos por una sensación especial que la distensión vesical ha llegado á su máximo y en los que la micción es casi normal; en la 2.^a están los que con ayuda de un aparato obturador tienen una continencia casi completa y en la 3.^a categoría por último, se reúnen los más desgraciados, los que son incontinentes de una manera absoluta.

En la primera clase de los felices entra M. Diday que es el más bello ejemplo. "Desde el cuarto día de la operación, escribe, he recuperado el poder de orinar, no á voluntad, pero si de guardar mis orinas durante un tiempo, que según mi alimentación, mis ocupaciones y preocupaciones, la temperatura ambiente, etc. varía de una hora y media á cuatro horas y media, y lo que es mejor de todo aún, soy advertido de la necesidad de orinar medio minuto antes que la orina se escape; tres meses después, que me han operado la nueva punción es todavía más perfecta." Algunos días después M. Diday podía quedar cinco horas y media sin experimentar esta necesidad de orinar, necesidad que describe así: "Una sensación que me sobreviene medio minuto antes que la orina se escurra y que en cuanto á su naturaleza es el símil tan perfecto, como es posible, de la gana de orinar normal.

¿A qué atribuir esta micción intermitente? Como dice Diday aquí no hay esfínteres, ni cosa parecida, ¿de dónde pues proviene esta regularización que tan bien simula la función normal? En concepto de Lejars el principal papel lo desempeñan los músculos rectos abdominales cuyos bordes internos costando de cada lado los bordes del nuevo meato, se contraen para aproximarlos y cerrarlos; tan es esto así, dice: que, Mac Guire, pretende que el ano contra natura se

haga en la línea media, entre los dos rectos, para aprovechar así los beneficios de esta oclusión y Jaboulay propone practicar la cistotomía, no sobre la línea media, sino al través de uno de los músculos rectos anteriores, cuyas fibras se arrollarían al rededor del nuevo canal á la manera de un esfínter.

Se hace jugar también un gran papel á los caracteres anatómicos de la nueva uretra, á su diámetro, á su longitud, á su dirección y á las acodaduras de que esté provista. La longitud varía con el espesor de la pared abdominal y aumenta con el hecho de su retracción que alarga mas las adherencias vesicoparietales: mide por término medio en las casos antiguos 2 á 3 centímetros. En cuanto al calibre del nuevo canal, el trabajo de cicatrización tiende sin cesar á estrecharlo y en muchas ocasiones exige el pasaje diario de la sonda para evitar su obliteración.

En la piel termina ó se abre por un meato cuya forma varía mucho, tenemos así: el meato á flor de piel, meato vulvar, cuando está situado al nivel de la piel ambiente; meato umbilicado, en embudo, cuando es deprimido y profundo; meato de forma intermedia, cuando el orificio es mas ancho y en el que la mucosa hace hernia algunas veces. Además, y este es un punto muy importante, es necesario que la nueva uretra sea doblemente acodada, de una parte cerca de la vejiga y de la otra inmediatamente por encima del púbis.

En cuanto á su constitución anatómica, en la tesis presentada por Boutan, da la descripción de una pieza en la que el nuevo canal, estaba exclusivamente formado por la mucosa vesical y una túnica externa conjuntiva. "Resulta, dice, que la nueva uretra posee como la antigua, un esfínter liso, formado por las fibras musculares vesicales que rodean el orificio visceral y un esfínter estriado formado por los músculos rectos."

Desde luego es fácil comprender, que en nada interviene el arte ni la voluntad del cirujano para obtener el espléndido resultado, de una uretra artificial protegida por sus dos esfínteres, interno y externo, tal como la presentada por Bontan. Este resultado es relativamente raro y así en la estadística de Poncet, sobre sus trece primeros cistotomizados, sólo cinco tienen una uretra contra natura, que les permite conservar sus orinas durante muchas horas, uno de estos la guarda de seis á siete horas, de los otros nueve, cuatro tienen una incontinencia casi completa y en los restantes la continencia es perfecta con la ayuda de un aparato obturador.

Es en verdad imposible sacar conclusiones precisas, radicales, de la primera estadística publicada por el inventor del método, sería necesario para ello mayor número de datos al respecto; pero esto sólo basta sí, para alentar á cualquier cirujano á la intervención, toda vez que de los trece cistotomizados sólo cuatro con incontinentes absolutos; si, como dice Lejars, practicando la operación se olvidara fatalmente y de una manera absoluta la vía uretral fisiológica, entonces habría lugar para abstenerse y dudar; pero justamente las cosas se pasan de muy distinto modo y la uretra fisiológica aun acompañada de una gruesa próstata, recobra sus funciones, después que pasan los accidentes agudos, se establece un *modus vivendi* tolerable y la vía artificial, vuelta inútil, se cierra con una gran facilidad. De aquí nacen las indicaciones de la cistotomía temporaria.

¿Qué se ha pasado del lado del aparato urinario, una vez que las orinas se escapan por la vía artificial, creada por el cirujano? ¿Por qué vuelven las orinas por una uretra cuya impermeabilidad era tal, que todo cateterismo era imposible? Ensayemos de contestar estas preguntas.

Guyon distingue así los accidentes de retención de orina; por cau-

sa inflamatoria, congestiva y espasmódica; las retenciones de orina en los estrechos, las retenciones de orina en los prostáticos, las retenciones de orina de origen traumático y las retenciones de orina de causa mecánica.

Ahora bien en los prostáticos, de que me ocupo, el ataque agudo de retención, que es el más común y el más importante, es provocado por el obstáculo debido á la hipertrófia de la próstata y por un estado congestivo que viene lo más á menudo á super-agregarse. De allí, retención absoluta, y como consecuencia lesiones ascendentes en todo el aparato urinario, lesiones que comienzan en la dilatación de los uréteres, de los cálices y basinetes, para terminarse en la distensión y en la atrofia de la sustancia renal. Esta nefritis ascendente ó pielonefritis ascendente, consiste bajo el punto de vista microscópico en una esclerosis del tejido conjuntivo que principia en las pirámides é invade de capa en capa la sustancia cortical.

La vejiga se despoja de su capa epitelial aislante y se vuelve capaz de absorber. Los microbios que existen en la uretra, por la supuración de las falsas rutas, llegan por vía ascendente también, á esta cavidad cerrada, acrecen, ó mejor dicho, exaltan su virulencia (Dieulafoy) y provocan y determinan todo el cuadro de uremia é infección que os he descrito, al principio.

Esta serie de procesos patológicos no sólo mantienen el volumen que ha adquirido la próstata por la esclerosis de sus tejidos, sino que lo aumentan por congestión y contribuyen á cerrar el cuello. Una vez abierta la vejiga y evacuada la orina, desaparece la colección líquida que obraba á la manera de un cuerpo extraño; desinfectada anchamente y habiendo desaparecido la cavidad cerrada, cesa el proceso inflamatorio, la próstata se descongiona, los uréteres se vacían, y todo entra en el orden. "Todo órgano que no funciona se

atrofia" y la próstata por lo tanto pierde algo de su volumen; la misma sangre que ha perdido en la operación el aparato urinario, contribuye á este proceso descongestivo y como consecuencia la vía natural se vuelve permeable.

(Continuará.)

CLINICA GINECOLOGICA

Tratamiento de la estenosis del cuello uterino, por la estomatoplastia con resección comisural.

La frecuencia de la estenosis del cuello del útero y los accidentes mórbidos originados por tal vicio de conformación, han dado margen á un gran número de tratamientos, cuyo perfeccionamiento ha ido realizándose poco á poco.

Se invocaba la fecundación y el parto como el medio natural de curación. ¿Pero como en un útero estenosado es posible la fecundación; cuando la esterilidad es su consecuencia necesaria?

Comenzó por hacerse la dilatación simple del cuello, ya sea rápida como la practicaba Ducke, ya progresiva como Gibb.

Siguió la dilatación cruenta de Mund y Fritsch de Breslau. El primero hacía dos incisiones laterales ó cruciales. El segundo, después de la incisión crucial, separaba con las tijeras los cuatro colgajos así formados.

Tales prácticas podrían remediar la esterilidad, dilatando el orificio externo; pero la dismenorrea subsistente, necesitaba también de la dilatación del orificio interno.

Simpson, Borissowicz, Lwof y Sims dividieron todo el canal cervical, á fin de obtener una dilatación mas perfecta.

Peaslee, con auxilio del metrótomo, incidía los orificios externo é interno, y dejaba, en seguida, un dilatador cónico de calibre conveniente; el mismo que continuaba usando cada dos días, durante una quin-

cena, y una vez por semana el mismo tiempo.

Seelmann inventó un nuevo instrumento, destinado á dilatar el cuello uterino. Ese instrumento, especie de lima, tenía la forma de tronco de cono y lo juzgaba muy útil para destruir el tejido denso, frecuentemente cicatricial, en las estenosis congenitas ó adquiridas.

Se obtenía una dilatación mas ó menos completa, no duradera en la mayor parte de los casos, y con complicaciones graves muchas veces.

Vinieron después los procedimientos autoplásticos: las estomatoplastias de Simon—Markwald y Schroeder, muy conocidas para que sea necesario insistir. Procedimientos que suprimiendo la mucosa, en todo ó en parte, privaban al canal cervical de su epitelium, muy necesario á su buen funcionamiento.

La dilatación debe dejar al cuello en las condiciones del de una multipara, sin desgarradura.

Es para satisfacer esos desiderata que Mr. Pozzi ha imaginado su nuevo procedimiento de estomatoplastia puesto en práctica entre nosotros, por primera vez, por el ilustrado profesor de Clínica Ginecológica Dr. Carvallo.

Vamos á describirlo á grandes rasgos.

Operación. En la enferma, cuya historia clínica insertamos después, existiendo una endometritis, hubo necesidad de preparar el terreno mediante un curetaje, que puso á la paciente en condiciones asépticas, necesarias para toda intervención.

Previa anestesia, fué colocada la enferma en posición adecuada: pelvis levantada, sacro reposando sobre el borde de la mesa, las piernas en flexión y sostenidas por los ayudantes.

Practicado un nuevo lavado vaginal, se hizo el cateterismo de la vejiga.

Primer tiempo. Separadas las paredes inferior y lateral derecha

de la vagina por las valvas respectivas, fueron confiadas á un ayudante, colocado del mismo lado. Igual cosa hacia otro ayudante á la izquierda de la enferma, sosteniendo la valva irrigadora de Frisch con la mano derecha, y la valva lateral con la izquierda.

El cirujano con dos pinzas de prehensión de Pozzi, tomó los labios anterior y posterior del cuello, y dejando la del labio inferior, fijó el cuello con la otra.

Por medio de las tijeras rectas, introdujo una de las ramas en el orificio del cuello; y llevando la otra hasta la inserción de la vagina en el mismo, practicó su discisión bilateral.

La sección se hizo primero en el lado izquierdo, de manera que los labios de la herida fueran perfectamente iguales. Lo mismo sucedió con el otro lado.

La pinza del labio anterior fué entregada al ayudante del lado izquierdo, que dejó la valva anterior inútil.

Traído ligeramente el labio posterior, el cuello se separó en dos mitades una superior y otra inferior; en medio de las cuales se notaba dos canales semi-circulares, correspondientes al conducto cervical.

La discisión bilateral fué llevada lo mas lejos posible hasta el interior del orificio interno.

Con una compresión, por breves instantes, de las superficies seccionadas, terminó el primer tiempo, que no es otra cosa que el procedimiento de Sims.

Segundo tiempo. Cada segmento del cuello tiene tres partes: una media y dos laterales. La media corresponde á la mucosa del canal cervical; los dos segmentos laterales son dos triángulos rectángulos. Uno de los lados del ángulo recto es el borde de la mucosa del conducto, el otro es el límite de la sección y la hipotenuza, el borde de la mucosa vaginal del cuello.

En esas condiciones, abandonada á su propia suerte la herida, como sucede en el procedimiento de Sims, las comisuras acababan por

soldarse y el resultado era negativo.

Pozzi para remediar esos inconvenientes, ha imaginado reunir la mucosa del conducto cervical á la mucosa de la vagina; pero para ser esto posible, no siendo una ni otra extensibles, era necesario escavar un surco en su espesor. Y como la forma de dichos segmentos, hemos dicho, es triangular, la forma de los colgajos extraídos debe ser semejante.

Con el auxilio de un bisturí, de punta aguda, se incidió á un milímetro, más ó menos, del borde de la mucosa vaginal. Se practicó otra incisión paralela al borde de la mucosa cervical, yendo, como en la anterior, de delante atrás.

El bisturí es llevado de arriba abajo y de fuera adentro, penetrando más, á medida que se aleja del orificio del cuello, hasta un milímetro del ángulo de reunión de las dos valvas. Las dos incisiones se encuentran en la profundidad de manera de labrar un prisma triangular, que queda libre con una última incisión, á un milímetro también, y paralela á la línea de intersección de las comisuras.

Este segundo tiempo debe renovarse sobre cada uno de los cuatro segmentos triangulares. Es necesario tener cuidado de no herir las mucosas y evitar esos pequeños rebordes que quedan entre las mucosas y las incisiones.

En ese tiempo se basan los resultados buscados, como son: una cicatrización conveniente, la permeabilidad aumentada del conducto y la transformación completa del cuello.

Tercer tiempo.—Este tiempo está constituido por las suturas que reunirán las dos mucosas, para cerrar el espacio vacío que queda entre ellas.

Su autor se sirve de hilos de plata, bastante finos, para no lastimar demasiado los labios de la herida, pero suficientemente sólidos para fijar sus bordes.

Muy bien pueden reemplazarse,

como lo hizo el doctor Carvallo, los hilos de plata con el crin de Florencia de escasa capilaridad y fácilmente aseptizable.

El catgut, á causa de su reabsorción rápida, debe proscribirse.

Se puso un primer punto de sutura cerca del ángulo de las dos valvas, tomando primero la mucosa vaginal, pasando debajo de la arista profunda del prisma y cogiendo en seguida la mucosa del conducto cervical.

Un segundo punto y un tercero, fueron colocados adelante.

Lo mismo se hizo con cada uno de los segmentos, agregando dos más laterales al nivel de los ángulos de las comisuras, para mantener más segura la mucosa vaginal.

La operación queda así terminada. Se hizo un lavado del campo operatorio con una solución de sublimado al 1/4000; se exploró el orificio interno; y se colocó, tanto por antisepsia, como para tener abierto dicho orificio, una delgada mecha yodoformada.

Los cuidados consecutivos son los consignados en la historia y el modo de cicatrización se hace, quedando primero el cuello con el aspecto particular, que gráficamente compara Pozzi, á un pico de pato.

Después, por los progresos de la retracción, el cuello se acorta y engrosa, hasta quedar limitado por dos labios belfos, como dice el mismo autor.

Resultados operatorios.—La incisión comisural es una verdadera resección del cuello, que deja intactas la mucosa y sus elementos más importantes.

Siendo permanente la dilatación son eficazmente curadas la desmenorrea y la esterilidad.

Las ventajas del nuevo procedimiento son pues evidentes. Estando la mucosa enferma es excusable recurrir al procedimiento de Schroeder, estando sana, es injustificable.

Además, la duración y hasta elegancia de su técnica operatoria, tan bien ejecutada por nuestro profesor de clínica, nos pone al lado de esa estomatoplastia; que ojalá, generalizándose entre nosotros, se palpén sus benéficos resultados.

La observación que va después, ha sido seguida por el alumno de la clínica don Daniel Mackehenie.

HISTORIA CLÍNICA

N. N. nacida en el Callao, de 19 años, temperamento sanguíneo, constitución fuerte, ocupó la cama N.º 8 de la sala de la Merced; servicio de Clínica Ginecológica del doctor Constantino T. Carvallo.

Sin antecedentes mórbidos hereditarios, sólo mencionaremos entre los personales, una blenorragia año y medio antes de su ingreso al hospital de Santa Ana, el día 15 del mes de octubre del presente año.

Reglada á los doce años, su menstruación fué siempre irregular y acompañada de fuertes dolores. Antes de cada época menstrual la enferma tenía tres ó cuatro días de sufrimientos que se prolongaban á los siete siguientes, de duración de sus reglas.

No ha tenido embarazo, ni aborto.

Además de los signos enumerados, se quejaba la enferma de pérdidas abundantes, amarillentas y espesas.

Exploración externa.—En el abdomen, pelvis y senos, no había nada de particular; todo correspondía á una nulipara.

Exploración interna.—Colocada la enferma en decúbito dorsal, nada se notó en los órganos genitales externos.

Al tacto vaginal, se observó algo de hiperestesia en la vagina. Un cuello largo, de pequeño orificio circular y con labios desiguales, predominando el anterior. El dedo salió cubierto por una secreción abundante, grumosa, adherente á las superficies en contacto.

Hecho el análisis microscópico, de ese líquido, en el sentido de una infección gonocócica, el resultado fué negativo.

Por medio del especulum, se comprobó una estenosis muy marcada del orificio del cuello, con prominencia del labio anterior y alargamiento total del cuello.—Cuello tapiroide.

El color de la mucosa era rojovioláceo y entre la cavidad y el orificio interno del cuello habian grumos de moco-pus, que también se esparcían en la vagina.—Metritis del cuello y cuerpo del útero.

Útero infantil, de siete y medio centímetros de cavidad; más de tres y medio para el cuello.

Hecho el diagnostico de una estenosis congénita, puesto que el cortejo de síntomas enumerados, se inició desde la pubertad, eligió el doctor Carvallo, como intervención más adecuada, el novísimo tratamiento de Pozzi ó sea la resección comisural del cuello. Fué puesto en práctica una vez pasado el período menstrual, previo un curetaje curativo de su endometritis, para mantener la asepsia del campo operatorio.

Los detalles del procedimiento han sido ya descritos; veamos la marcha post-operatoria de nuestra enferma.

Noviembre 12. A las 48 horas fué renovada la gaza vaginal.—Durante ese tiempo, nauseas, 3 ó 4 vómitos clorofórmicos y ligeros dolores constituyeron todos los accidentes de la operada. Temperatura 37° 2 t. y 37 m.

Noviembre 14. 2.ª curación, se retiró la mecha yodoformada que se colocó después de la operación, en la cavidad uterina; y se siguió dejando un poco de gaza en la vagina para absolver cualquiera exsudado.

Cada dos días siguió haciéndose lo mismo hasta el 15º día en que se quitaron las suturas.

Noviembre 28. El cuello dividido en dos valvas, ha sufrido una re-

tracción manifiesta.—La enferma, por circunstancias especiales, exige su alta y promete volver cada ocho días.

Efectivamente hemos podido verla hace diez días y la retracción continúa; su menstruación no ha tenido lugar hasta ahora, pero ella se siente y se dice curada.

La permeabilidad del útero es la suficiente para permitir el pasaje de un cateter de calibre mediano.

En resumen:

1.º La metritis cervical y del cuerpo ha sido curada.

2.º La estenosis no existe y la curación de la dismenoreia tiene que realizarse.

3.º Por las dos consideraciones precedentes, la esterilidad tendrá que desaparecer.

OBSERVACIONES

Las enfermas de esa clase son muy frecuentes y desgraciadamente no se les somete á un tratamiento racional. Visitan el mayor número de consultorios y sólo se les atiende paliativamente; si hay tratamiento que merezca ese nombre.

Son tan frecuentes las estenosis que en los pocos casos, tratados en la clínica de Ginecología, recientemente instalada, hay una proporción de 22 por ciento.

La resección comisural del cuello del útero, está llamada á ser el procedimiento de elección. Sin destruir la mucosa se alcanza el fin deseado, la dilatación del orificio uterino.

En algunos casos puede combinarse con el de Simón-Markwald, sobre todo tratándose de un cuello de longitud considerable, en que la retracción puede resultar deficiente. Esperamos que su aplicación, en nuevos casos, confirmen ampliamente nuestras aserciones.

PABLO S. MIMBELA.

ANALISIS

Peste Bubónica

LA PESTE DE BUBONES
EN VIENA (1)

Uno de los últimos números de LA PRESSE MEDICALE, el N.º 89, es algo explícito al respecto, lo que nos permite dar á los lectores de LA CRÓNICA MÉDICA los siguientes datos á este asunto referentes:

El el curso de un estudio experimental sobre animales inoculados con el bacilo de Yersin, en el Instituto anátomo-patológico de la Universidad de Viena, se infectó el mozo del laboratorio encargado del cuidado de esos animales, F. Barisch.

Por el aspecto clínico del enfermo, se le juzgó, al principio, atacado por una neumonia gripal. Pero se comprobó después la presencia de bacilos de Yersin en los esputos y, pronto, muy pronto, á los tres días, Barisch era la primera víctima con que se iniciaba la epidemia pestilencial en Viena y tal vez en Europa. Para legitimar mas los temores que inspiró este acontecimiento, sobrevino el contagio de las enfermeras Pecha y Hocheger y, luego, el de F. Muller asistente de la clínica del profesor Nothnagel, que prestó sus atenciones médicas á las enfermeras y á Barisch.

Acometió á Muller profundísimo malestar, hipertermia brusca y persistente, pulso rápido, postración extrema, disnea, expectoración de sangre, en la que se demostró al temido bacilo. En menos de 50 horas evolucionó hácia un trágico desenlace el desgraciado Muller, (2) cuando ya en otra ocasión escapó á los peligros de la epidemia de Bombay, en donde formó parte de la misión austriaca enviada á las Indias para hacer

(1) Prof. Landouzi.

(2) Pecha falleció el 29 de Octubre á las 3 a. m. 7 días después de la muerte de Muller.

estudios bacteriológicos sobre la peste.

Despertose entonces en todo el Imperio Austro-Hungaro justa y aterradora zozobra por la extensión que pudiese alcanzar la epidemia; ansiedad lejitimada por el hecho de que el laboratorio colindaba con el Hospital del Emperador Francisco José, vía que se consideró naturalísima para la propagación del flagelo.

Pero precedieron á la alarma pública, laudables, oportunas y enérgicas medidas profilácticas dictadas por el consejo de salubridad, inspiradas en cuanto hay de mas científico dentro de la etiología de la peste: circunscripción estrechísima del foco, por el aislamiento bien vigilado de las personas atacadas ó sospechosas, vacunación preventiva de las mismas con el suero antipestilencial; extinción radical de cuanto pudiese alentar al coco-bacilo en su mortífera difusión, en las culturas experimentales y en los animales inoculados; clausura del instituto anátomo patológico, *foco de esa peste experimental*.

Verdad que estas bien meditadas precauciones no constituyen una profilaxia que pueda titularse absoluta: el contagio directo, humano, en ocaciones, lo es en muchas mas indirecto, difundido por las ratas, los ratones y las moscas. En los dos primeros animales, sobre todo, puede desarrollarse una epizootia que mantiene latentes todas las amenazas pestilenciales. Habría que exterminar uno á uno todos esos sospechosos que viven dentro del foco, no vayan á huir llevando lejos el peligro, y engendrar una epidemia, que sin esta razón etiológica, no se atinaría á explicar.

A pesar de estos azahares de reviviscencia de la peste, Viena está ya tranquila: cuenta con las medidas empleadas, con la circunscripción de la epidemia á tres casos y con la declaración del Conde de Thun, Presidente del Consejo Austriaco. Se vigilará con toda se-

guridad la salud pública y se proseguirá, sin peligro, las experiencias de laboratorio porque hoy no es posible prescindir de los trabajos bacteriológicos ni de ciertas experiencias; la Medicina debe á tales estudios y trabajos, la salvación de millares de personas.

Precisaba gran firmeza de espíritu, inagotable sed de ciencia y sagrada abnegación humanitaria, para cumplir, hasta el fin, como Muller, sereno, sin vacilaciones, con la conciencia llena por la convicción del peligro. También la ciencia ilustra sus anales con deplorable martirologio.

Y entre esos mártires debemos inscribir otro, como Muller, abnegado y sereno, y, como Muller también, víctima de la infección que desafiaron: Mr. Fadel, médico de un buque mercante, el *Mehalla*. (1)

El *Mehalla*, vapor postal que hace su servicio en el Mar Rojo, llegó con patente limpia, á Suez, por los comienzos de Mayo de este año. Se le autorizó á *libre platica*, saltaron á tierra algunos de sus tripulantes, pero á poco uno de ellos solicitó la atención médica del doctor Fadel, quien vió inmediatamente en su enfermo con aterradora claridad un caso de Peste; luego le dió la razón el microscopio, mas tarde su propio contagio.

El médico cumplió su deber: no se separó del enfermo, y el enfermo curó.

Por mas que el Concejo de Alejandria ordenó y ejecutó medidas profilácticas rigurosas, el 9 de mayo se presentó una adenitis sospechosa en un marineró. Se doblaron las precauciones, el médico vigiló personalmente cuanto se hacía abordo, no se arredró, no desfalleció un instante, hasta el 22 de mayo, fecha en que él mismo se vió obligado á guardar cama: en adelante no sería el esforzado campeón contra la epidemia; sería una de sus víctimas. Así lo comprendió el doctor Fadel, así lo declaró re-

signado y así ocurrió el 26 de mayo cuatro dias después de iniciada su aterradora dolencia

Después, aumentaron los casos epidémicos; pero entonces se llevó el rigor profiláctico hasta el punto de desarmar gran parte del buque, se desclavó los suelos y los techos, se descubrió los espacios que entre sí ocultaban los tabiques dobles, todo se escudriñó, todo se desinfectó, todo. Después de tan radicales y prolijas precauciones cesó la epidemia.

En el curso de la gran tarea profiláctica se observó un hecho que merece apuntarse: hubo necesidad de destruir *muchos cadáveres de ratas*.

Porqué no hacer á estos animales culpables en la generación de la epidemia? Porqué acusar temerariamente—como lo hizo el vulgo—á la comisión científica encargada del estudio de la Peste, que condujo en otra ocasión el *Mehalla*?

Felizmente, á atenernos á los favorables informes que registra "The Bristish Medical Journal"—1898 pág. 856—mucho, muchísimo se lleva adelantado en cuanto, á medios profilácticos contra la peste.

Las ratas, animales preferentemente dispuestos para adquirir la enfermedad, sirvieron á Hafkine para ensayar una inoculación preventiva.

Para escapar á toda crítica sobre indemnidad anterior, se recojió ejemplares de animales perfectamente sanos de un buque europeo recién llegado.

Se infectó con el bacilo de Yersin dos series de ratas, una de las que habia recibido la vacunación preventiva: los testigos tuvieron una mortalidad de diez por ciento, los vacunados no encontraron una sola defunción, a lo mas tuvieron un enfermo por cada diez inoculados.

Experiencias tan decisivas alentaron á muchas de las personas ilustradas de Bombay, en donde se corria los graves riesgos de la epi-

(1) "Prese Medicale" N.º 91-1898.

demia, á solicitar la inoculación preventiva para si mismos y para las personas que los rodeaban.

La dificultad residía principalmente en la repugnancia que ofreciesen las mazas hacia esa práctica, aparentemente plagada de peligros.

Para vencerla, 12 personas, entre profesores y estudiantes, se vacunaron preventivamente delante de los presos de una cárcel de Bombay donde había estallado una epidemia; la mitad de los presos siguió el ejemplo.

Pues, en estas condiciones, se observó lo siguiente: 173 no vacunados tuvieron 12 enfermos y 6 defunciones; 148 inoculados preventivamente solo arrojaron dos enfermos, que curaron.

En los meses siguientes se generalizaron las inoculaciones de Bombay, y sobre una cifra de 8.200 vacunados hubo 18 personas atacadas por la peste y solo diez defunciones. En otras poblaciones, en Mora, en Kirkie, en Khoja, en las colonias portuguesas, se ha observado una disminución real del número de enfermos, y en ellos, una mortalidad mínima.

Es decir que si la vacunación preventiva no confiere inmunidad absoluta, por lo menos, reduce notablemente el número de probabilidades de enfermarse y acrecenta, en muy halagadoras proporciones los éxitos curativos.

ENRIQUE LEÓN GARCÍA.

NECROLOGÍA

El 29 de Noviembre de este año dejó de existir en la hacienda de Cayaltí, el alumno de medicina, don Manuel D. Salazar á la edad de 21 años, víctima de una de aquellas infecciones maláricas que tanto diezman la población de nuestras provincias de la costa del norte.

Tan desgraciado y prematuro suceso ha impresionado hondamente á sus compañeros de la Facultad y á sus profesores, quienes

ya tenían la medida de lo que podía ser Salazar en el porvenir.

La redacción de LA CRÓNICA MÉDICA cumple con el deber de asociarse á los que tan justamente deploran el lamentable acontecimiento.

Publicaciones Recibidas

Formulaire Hipodermique et Opothérapique.—Injections sous-cutanées d'huiles médicamentées, d'essences, de substances minérales, d'alcaloïdes, de sucs animaux, de glandes, d'organes et de muscles, par le Dr. E. BOISSON et J. MOUSNIER, pharmacien de 1^{er} classe, 1 vol. in-18 de 261 pages, avec 21 figures, cartonné... 3 fr.

LIBRAIRIE J. B. BAILLIÈRE ET FILS—19, RUE HAULEFEUILLE, A PARIS.

EL CORREO DE AMÉRICA, que acabamos de recibir, viene como siempre repleto de gráficas ilustraciones y artículos interesantísimos. Los nuevos inventos, los episodios de la guerra, retratos de personajes ilustres, artículos de gran interés para los médicos, otro concurso provechosísimo... todo esto y mucho más hallarán nuestros lectores en las columnas del ilustrado colega neoyorkino.

EL CORREO DE AMÉRICA se halla en todas las boticas y droguerías al por mayor á la disposición de todo el que se tome la molestia de pedirlo. El presente número revisite especial interés por ser el que decide la distribución de premios con motivo del concurso en que tantas personas han tomado parte haciendo cálculos sobre el número de veces que aparecerán en él las palabras: Emulsión—Scott—Salvación—Niños.