LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

LA REDACCIÓN DE "LA CRÓNICA MÉDICA"

dejando á cada cual emitir libremente sus ideas científicas, no patrocina, ni es responsable de las que contengan los artículos firmados.

AÑO XI }

LIMA, MAYO 31 DE 1894.

} N.º 130.

SECCION NACIONAL

BREVES CONSIDERACIONES

sobre algunos casos de lesiones traumáticas de la médula

(Tesis para el bachillerato en medicina.)

Señor Decano,
Señores Catedráticos,

De todos los grandes sistemas que entran en la formación del organismo humano, el sistema nervioso, por sus muchas y variadas manifestaciones, es uno de los que llaman preferentemente la atención y despierta desde muy temprano la curiosidad del que consagra sus estudios á las ciencias médicas. ¿En qué acto fisiológico, en qué estado patológico no interviene la acción del elemento nervioso? ¿Cuál es el fenómeno psíquico que no encuentre en él la razón última de su ser? Esta transcendencia del sistema nervioso hace que su patología sea de lo más interesante y variada. La gran masa de substancia nerviosa acumulada en los centros cerebral y espinal, da á éstos el predominio que tienen sobre casi todas las manifestaciones nerviosas biológicas, y da á las lesiones de esos centros la gran importancia que tienen en

el cuadro de las manifestaciones patológicas.

Algunas consideraciones sobre las lesiones traumáticas de uno de esos grandes centros, es lo que he escogido como tema del presente trabajo, que someto á vuestro ilustrado criterio, para obtener el grado de Bachiller.

Durante el tiempo que he frecuentado las salas quirúrgicas del hospital "Dos de Mayo," han llamado mi atención varios casos de traumatismos medulares, en los cuales he notado particularidades cuya importancia es bastante para hacer interesante, en mi concepto, el tema que he elegido.

I

Las observaciones en que me fundo son las siguientes:

I.—En la tarde del 10 de mayo de 1891, fué conducido al hospital "Dos de Mayo" y colocado en la cama n.º 19^b de la sala de Santo Domingo, el italiano Ambrosio Picardo, de 47 años de edad, de profesión herrero, el cual acababa de sufrir una fuerte contusión en la nuca, con motivo de haber soporado todo el peso de una caldera que incidentalmente cayó sobre él; este accidente le privó completamente del conocimiento, permaneciendo en tal estado casi toda la

noche. Al día siguiente en la mañana, interrogado sobre sus antecedentes, manifestó que su salud había sido perfecta hasta el día anterior, que sentía en ese momento dolor en el cuello, en donde se observó que había tumefacción y su fusión sanguínea bastante pronunciada. La exploración de la región no pudo dar á conocer si había ó nó crepitación ósea profunda; pero la idea de una lesión medular, sea por fractura de alguna vértebra en esa parte, sea por hemorragia de la médula á esa nivel, se imponía con toda claridad al observar la impotencia en que se hallaba para practicar cualquier movimiento que no fuese el de la cabeza, el cual, dicho sea de paso, era sumamente doloroso. La sensibilidad táctil, la dolorosa y la calorífica se hallaban igualmente suprimidas en todo el cuerpo, menos en la cabeza, cara y partes del tronco circunvecinas al cuello. La respiración era superficial, solamente diafragmática; nó tomaban parte en ella ni los músculos abdominales, ni los intercostales; las pupilas estaban contraídas, pero iguales. Le fueron prescritos derivativos intestinales, el cateterismo, para evacuar la orina, y la inmovilidad. Sin embargo, este desgraciado dejó de existir en la tarde del segundo día; es decir, á las 24 horas después del traumatismo.

Un fenómeno agónico digno de atención se observó en el momento de la muerte: los movimientos respiratorios se hacían cada vez más raros, en tanto que el corazón y las arterias de grueso calibre continuaban latiendo con bastante regularidad; por fin, definitivamente suspendidos los movimientos respiratorios, continuaron por algún tiempo aún, con toda claridad, los latidos cardíacos, los que se hacían perceptibles también en las arterias de gran magnitud.

Verificada la autopsia, se observó que el arco de la quinta vérte-

bra cervical estaba fracturado en tres pedazos y que este arco había perdido al mismo tiempo sus relaciones articulares con el arco de la sexta; pudiéndose ver perfectamente las superficies articulares, no sólo en diástasis, sino luxadas. En contacto con la médula había, sobre todo hacia adelante, coágulos sanguíneos que alcanzaban hasta la parte inferior del bulbo.

Extraído el pedazo de médula que correspondía á esa circunscripción traumática, se observó una estrangulación con signos de contusión y de desorganización al nivel de la vértebra fracturada; seccionada longitudinalmente la médula, se vió que el canal del epéndimo contenía sangre y pequeños coágulos; la superficie externa y las partes internas del cerebro, nada digno de llamar la atención revelaban á la simple vista.

II.—Antonio Calle, natural del Cerro de Pasco, ingresó al mismo hospital el día 21 de agosto de 1891, y ocupó la cama n.º 27^A de la sala de Santo Domingo. El paciente refirió haber sufrido algunos días antes una caída sobre las nalgas, mientras estaba trabajando en la estación de Matucana del ferrocarril trasandino. Tenía paraplegia y paranestesia; al nivel de las últimas vértebras dorsales y de las primeras lumbares había algo de tumefacción, pero la exploración manual no percibía allí crepitación ósea; la vejiga estaba enormemente distendida, y la defecación no se había verificado desde el día del accidente; inquietaba además al enfermo una sensación dolorosa que partiendo de la región lumbar, se extendía hacia adelante y un poco hacia abajo. Fué colocado en una gotiera de Bonnet, teniendo cuidado de hacerle el cateterismo cuantas veces era necesario y de estimularle el recto con la aplicación de enemas apropiados; pero desgraciadamente aparecieron desde muy temprano los

síntomas de una cistitis purulenta, la que juntamente con las escaras que se desarrollaron al nivel del sacro y trocánteres, acabaron con la vida del enfermo, el 13 de octubre.

A la autopsia, se encontró fracturado el cuerpo y arco de la primera vértebra lumbar, junto con hemorragia, contusión y coartación de la porción medular correspondiente.

III.—El día 5 de enero del año 1892, ocupó la cama n.º 12^a de la sala de San Andrés, el asiático Auy, el cual dos días antes había sido derribado por un caballo, sufriendo á causa de esto una fuerte contusión sobre piedras. El cuadro sintomático del enfermo era el siguiente: decúbito supino, pierna y brazo derecho en extensión, pierna y brazo izquierdo en flexión mediana, imposibilidad absoluta para mover la pierna derecha y casi absoluta para mover el brazo del mismo lado, mientras que la pierna y brazo izquierdos podían moverse con bastante libertad. Por el contrario, la sensibilidad era muy manifiesta en el lado derecho del cuerpo, muy obtusa en el brazo izquierdo, y anulada en el lado izquierdo del tronco y pierna correspondiente. Presentaba en la región dorsal varios equimosis de poca importancia, é inmediatamente encima de la vértebra prominente un punto doloroso á la presión, con irradiaciones hacia el brazo y mano derecha, cuando se comprimía el punto indicado; el reflejo rotuliano y también el plantar existían muy pronunciados en el lado izquierdo; en el lado derecho estos reflejos estaban casi suprimidos. La temperatura local era sensiblemente más considerable en la mano derecha que en la izquierda; el pene estuvo por varios días alternativamente en erección y flacidez, con las particularidades siguientes: la erección se producía ó aumentaba considerablemente á la menor excitación del hipogastro y periné, las

bolsas se contraían con energía y rapidez cuando se excitaba el lado interno de los muslos, á pesar de la anestesia completa del muslo izquierdo. Había parálisis vesical y la eliminación de la orina se verificaba mediante la sonda, teniendo antes cuidado de asepticarla del modo que más tarde diré; la reacción eléctrica (electro-farádica) permanecía sensiblemente igual en los dos lados; la temperatura general se mantuvo dentro de límites casi normales, durante todo el tiempo de la enfermedad. El tratamiento consistió en reposo absoluto, en aplicaciones de revulsivos en la columna vertebral y en la de corrientes eléctricas. La terminación fué feliz. Poco á poco reapareció la sensibilidad en el lado izquierdo y después la motilidad en el derecho, de modo que en el mes de marzo del mismo año el individuo en cuestión salía del hospital casi completamente sano.

IV.—José Vázquez, de 40 años, de profesión zapatero, ingresó al hospital "Dos de Mayo" el 2 de julio de 1893, y se le asignó la cama n.º 23 de la sala de Santo Domingo. Había sufrido una caída, á consecuencia de la que quedó privado totalmente del movimiento de las extremidades inferiores con anestesia casi completa de las mismas.

La lesión parecía haberse asentado al nivel de las últimas vértebras dorsales, en las que había un abultamiento doloroso á la presión; de este mismo punto partía una zona algésica que circuía al tronco avanzando hacia adelante. En este caso también, como era natural, se sometió el enfermo al reposo, haciendo variar de vez en cuando la posición en que se había colocado, para evitar la formación de escaras. La sonda se asepticaba, manteniéndola constantemente en un baño de solución fenicada. La mejoría se manifestó pronto; la defecación sólo encontró dificultades en los primeros días; la mic-

ción fué haciéndose cada vez menos difícil, y la anestesia que había al principio, desapareció del todo después de dos semanas. A pesar de esto, no dejaron de presentarse síntomas de mielitis localizada, que se manifestaron por hormigueos y calambres en las piernas, sensaciones de frío y de calor que no estaban en relación alguna con la temperatura ambiente, y exageración de los reflejos plantar y rotuliano. Este último, sobre todo, era tan manifiesto, que apenas se tocaba con un lápiz uno de los tendones patelares, se verificaba una gran contracción espasmódica de la pierna correspondiente, y muchas veces la contracción se manifestaba también en la otra de un modo extraordinariamente exagerado. Olvidados estos síntomas, el enfermo pudo salir á la calle el 2 de noviembre del mismo año, sirviéndose de un bastón para marchar.

II

En los casos referidos, merece tenerse en consideración: las causas que los han producido, la sintomatología con que se han manifestado y la marcha que han seguido.

Traumatismos directos obrando respectivamente sobre diferentes puntos del raquis, han producido las lesiones medulares en los casos primero, tercero y cuarto. Pero en el segundo se verificó una fractura del cuerpo de la primera vértebra-lumbar, por una caída sobre las nalgas. El traumatismo, pues, ha desarrollado su acción de un modo indirecto; y como las primeras vértebras lumbares constituyen los centros de flexión, torsión y lateralidad del tronco, una exageración de cualquiera de esos movimientos, verificada al caer sobre las nalgas, ha podido producir la fractura. En rigor, la exageración de un movimiento articular debe tener por consecuencia la luxación

y no la fractura; pero si se tiene en cuenta la solidez del aparato ligamentoso que une entre sí las vértebras, se notará que es mucho más fácil que se produzca lo segundo y no lo primero. Las luxaciones de la columna vertebral son rarísimas, y las pocas que se observan se localizan sobre todo en la región cervical, es decir, en el punto donde los movimientos de flexión y de extensión son más amplios y los ligamentos menos fuertes.

En el examen de los síntomas presentados por los enfermos, merece particular atención la historia n.º 3. Un traumatismo en la región cervical da lugar á una hemiplegia del lado derecho y á una hemianestesia en el lado izquierdo del cuerpo. Desde luego, hay necesidad de suponer que la lesión de la médula cervical en este caso ha sido lateral, y que esa lesión ha tenido lugar á la derecha, que es donde se encuentran, por una parte, las fibras motrices que van al lado derecho del cuerpo y que aún no se han entrecruzado, y, por otra, las fibras sensitivas del lado izquierdo que se han entrecruzado ya á medida que han penetrado en la substancia gris medular. El agente inmediato de esa lesión no ha podido ser una contusión de la médula á ese nivel, porque si así fuera, se habrían desarrollado más tarde los síntomas de una mielitis por lo menos localizada al sitio del traumatismo; no ha podido ser tampoco un simple *shoc* de la médula, porque los síntomas, además de su carácter hemilateral, persistieron por muchos días. Parece, sí, muy probable, que se haya verificado á ese nivel una compresión medular, merced á algún fragmento óseo ó á algún coágulo producido por hemorragia en el canal raquídeo, á consecuencia de la contusión violenta originada por la caída sobre cuerpos duros.

Llama también muchísimo la atención, en este caso, la gran exageración de los reflejos cutáneos y tendíneos: hemos dicho que el simple tocamiento de la región hipogástrica hacía entrar el pene en erección, y que las bolsas se contraían enérgicamente al menor rozamiento de la parte interna de cualquiera de los muslos. Esto indudablemente demuestra que sin haber sección medular, como es evidente que no la había en el individuo á que me refiero, puede, sin embargo, disminuir y casi suprimirse la acción moderadora de los centros superiores sobre la médula y aumentar considerablemente el automatismo de ésta. La fisiología enseña que la reflectibilidad medular puede ser aumentada por las siguientes causas: 1.º por la ingestión de ciertas sustancias tóxicas (estricnina, opio, codeína, cafeína, etc.); 2.º por ciertas inflamaciones medulares; y 3.º por las secciones que solucionan la continuidad entre la médula y el cerebro, y, en general, por todas las secciones de la médula; pues éstas, como lo ha hecho ver Schiff, aumentan progresivamente la excitabilidad de las partes situadas hacia abajo ó hacia atrás de la sección, de modo que cuanto más pequeña es la parte de médula situada hacia atrás ó abajo del corte, más excitable es esa parte. En el caso que nos ocupa, la médula indudablemente no había sido seccionada, como lo demuestra de un modo perentorio el restablecimiento completo que ha sobrevenido después; por consiguiente, es necesario creer que hubo una causa que interrumpió, si no la continuidad fisiológica, por lo menos la continuidad funcional con el cerebro, y que de allí haya resultado la cesación de la acción moderadora de este órgano sobre la médula. Esta causa, como se deduce de la marcha que posteriormente siguió la enfermedad,

no ha sido otra que la compresión.

Parece, pues, que en ciertas circunstancias, la compresión *unilateral* puede obrar del mismo modo que la sección, aumentando de una manera notable el poder excitatorio-reflejo de la parte de médula situada hacia abajo.

Otro de los fenómenos que no carecen de importancia es el que se ha anotado en la observación n.º 1. Momentos antes de la muerte se observó una parálisis completa de la respiración, continuando los latidos del corazón y de los gruesos vasos con una regularidad nada común en esos casos.

Para explicar esto, me parece necesario apelar á la parálisis previa del centro respiratorio ó más bien de sus dependencias, seguida sólo después de algún tiempo de la de los centros nerviosos circulatorios. Habiendo habido fractura ósea en la quinta vértebra cervical, y encontrándose en las vecindades el origen del nervio frénico, es natural creer que sea este nervio y no el mismo centro respiratorio, el que ha sufrido por efecto de alguna lesión consecutiva al traumatismo y que el compromiso también consecutivo del frénico haya dado lugar á la suspensión prematura de la función respiratoria. La causa inmediata de la muerte ha sido, pues, la parálisis de la respiración y no la parálisis cardíaca.

Respecto á la terminación, es digno de observarse, que el primer caso era casi necesariamente fatal; fractura del arco de la 5.ª vértebra cervical, contusión, compresión y hemorragia de la médula en esa parte, todo esto justifica el éxito desgraciado que tuvo.

En la segunda observación la causa inmediata de la muerte ha sido en parte la infección consecutiva á la formación de escaras; accidente que es muy común en las lesiones medulares.

En el 3.º y 4.º caso las escaras se

evitaron cambiando dos veces al día la posición que ocupaba el enfermo. Si bien las gotieras de Bonnet son muy oportunas en los casos de simple fractura del raquis sin compromiso de la médula y, por consiguiente, sin alteraciones de trofismo del tegumento cutáneo, no lo son cuando la fractura de la columna está acompañada de lesión medular. En tales casos se ha encomiado mucho la conveniencia de los colchones de agua. Su gran ventaja consiste, en que reparten equitativamente la presión en todos los puntos sobre los cuales descansa el paciente, pues es sabido, que los líquidos transmiten igualmente en todo sentido la presión ejercida en un punto cualquiera de su masa. No sucede lo mismo con los colchones de lana ó de cualquiera otra substancia esponjosa (colchones ordinarios, gotieras de Bonnet), los cuales se aplastan más en los puntos en que la presión es más considerable ofreciendo allí mayor resistencia, y de esa manera ahogan en las partes que descansan sobre ellos, la nutrición de los tejidos ya bastante comprometida por las alteraciones de trofismo de la piel.

Otra de las causas que han contribuido también á hacer fatal el caso N.º 2, es la cistitis purulenta y uremia consecutiva, sobrevvenida algún tiempo después de su permanencia en el hospital. Estas complicaciones de parte del aparato urinario son frecuentes en los traumatismos de la médula y se desarrollan por el siguiente proceso: la vejiga experimenta á la vez perturbaciones tróficas, como sucede en los otros órganos que están innervados por la porción inferior de la sección medular, y además desórdenes consecutivos á la acumulación y estancamiento de la orina, á los que hay que agregar los que son consecutivos al cateterismo, indispensable en esas circunstancias; estas tres causas obrando de

consuno, dan lugar á la cistitis, y ésta con el concurso de las mismas produce la pielitis y la pielonefritis, lo cual de un modo natural conduce á la uremia. Una buena práctica para obviar en lo posible estas complicaciones, parece ser la de dejar constantemente la sonda que sirve para vaciar la vejiga, en un baño de ácido fénico (por ejemplo, en un frasco lleno de solución fenicada al 2 %) y no sacarla sino cuando se necesita introducirla en la vejiga. Este modo de proceder ha dado excelentes resultados en los casos últimos. Verdad es que las sondas ordinarias sufren un tanto por la acción del ácido fénico, pero es preferible que una sonda dure menos tiempo á que lleve elementos sépticos á la vejiga. No es esto todo; en la gran mayoría de los casos de lesión medular, el canal de la uretra es insensible; falta, pues, para dirigir el catéter un guía importante, cual es, el gran dolor que se provoca cuando la sonda abandona el recto camino. No es difícil entonces hacer un trayecto falso, sobre todo si se ha tenido el mal tino de elegir una sonda de pequeño calibre. En general, como lo ha hecho notar muchas veces nuestro eminente profesor de clínica quirúrgica, DR. LINO ALARCO, las dificultades del cateterismo aumentan con la pequeñez de la sonda. Cuando ésta es de calibre diminuto, encuentra fácil obstáculo principalmente al nivel del fondo de saco del bulbo, y entonces el falso paso es muy hacedero; máxime si se cuenta, como en estos casos, con la insensibilidad del canal uretral. Si, por el contrario, la sonda es de grueso calibre, distiende perfectamente el canal y es más difícil que se encuentre atajada por los pliegues de la uretra. Por estos motivos, en los cateterismos que se hacen en las lesiones medulares, debe emplearse siempre una sonda de mediano ó de grueso calibre, á no ser que los antecedentes del en-

fermo hagan suponer la existencia de una estrechez.

Las escaras y los desórdenes urinarios son, pues, las complicaciones más graves que pueden sobrevenir en las lesiones medulares. Ellas son las que hicieron terminar fatalmente el caso n.º 2; la ausencia de ellas ha permitido una marcha feliz en los casos 3.º y 4.º. Evitarlas es el desideratum que debe proponerse el que asiste enfermos afectados de traumatismos medulares, y muchas veces no es imposible obtenerlo poniendo en ejecución ciertas prácticas que son triales.

He concluído, señores catedráticos, la exposición de las breves consideraciones que me ha sugerido el estudio de la sintomatología, marcha y terminación de los cuatro casos de traumatismo medular que he descrito.

Al terminar, me hago un deber expresando mi profunda gratitud á la Facultad que me confirió el alto honor de asignarme la Contenta de Bachiller; premio que considero más como un testimonio de vuestra bondad que como una recompensa al interés y provecho con que he seguido vuestras lecciones.

Lima, abril de 1894.

ESTEBAN CAMPODÓNICO.

SECCION EXTRANJERA

ROTURA DE LA URETRA POR ESTRECHEZ;

absceso urinario y gangrena del escroto; pérdida de cinco centímetros de uretra; uretrotomía interna, por la electrolisis.—Curación

POR EL DR. R. MARTÍN GIL,

Médico-director del Hospital Noble de Málaga

Mr., natural de Carlskona (Suecia), maquinista, de 48 años de edad, soltero, sufrió una retención de orina tres días antes de llegar á

este puerto, el 21 de enero de 1892, y después de esfuerzos extraordinarios sintió como si se le hubiera roto algo—según expresión del enfermo—lo que produjo ligero alivio; pero al cabo de poco tiempo los sufrimientos se acrecentaron, porque á los dolores de la distensión vexical se asociaron los fenómenos inflamatorios del absceso que se fraguaba en el escroto, á consecuencia de la infiltración urinaria que se estaba verificando por la rotura de la uretra, producida durante los esfuerzos. Ésta y no otra debió ser la causa del bienestar pasajero que el enfermo sintió.

Según los fenómenos inflamatorios se desarrollaban, los dolores se hacían más intensos, y aparecieron síntomas generales: altas temperaturas, fríos, sudores abundantísimos y delirios. En tal estado ingresó en el Hospital, donde le reconocí una gangrena de más de las dos terceras partes de la bolsa escrotal, que comenzaba en la raíz del pene y seguía en una ancha faja hasta el periné. La infiltración había hecho que estos órganos tuvieran grandes dimensiones, como la cabeza de un adulto el escroto, y el pene cuatro ó cinco veces mayor de su volumen normal.

Por la raíz, y hacia el lado derecho, manaban algunas gotas de un líquido claro, sero-purulento, que me pareció la orina alterada y mezclada con pus. Aunque el enfermo sufría gran tenesmo, no se apreciaba prominencia en el hipogastrio, ni siquiera dolor á la presión, lo cual me hizo suponer que la vejiga se vaciaba, si bien de un modo incompleto, por la abertura de la raíz del pene, y que los dolores vexicales eran el resultado de la absoluta retención anterior, y algo de estado moral del enfermo, quién no concebía fuese orina lo que se escapaba por la herida. Intenté el cateterismo con sondas flexibles, y aunque penetraban sin el menor obstáculo, hasta unos veinte y ocho centímetros, no salía orina, y sí, al extremo en su interior, cierta cantidad de pus. Por el tacto rectal no se apreciaba aumento de volumen de

la próstata, no se producía dolor, ni se reconocía distensión vexical.

Ante la imposibilidad de penetrar por la uretra en la vejiga y la falta de indicación para punzarla, me decidí por limitar la gangrena, cortando los tejidos esclerados con el bisturí y las tijeras, para no dejar ancho espacio á la salida de las orinas derramándose en aquellos no necrosados todavía, á la vez que aseguraba el libre paso de las que vinieran de la vejiga.

Después, empleé lociones de sublimado al 1 por 2,000, iodoformo *larga mano*, glicerina bórica y gasa fenicada al 5 por 100, en curas cada 6 horas. Al interior, le administré dos gramos de clorhidrato de quinina en 12 horas de intervalo; además, 2 gramos de ácido benzoico y 6 de glicerina neutra en 150 de julepe gomoso, para cuatro dosis al día, á fin de evitar la alcalinidad de las orinas (que era mucha), según aconsejan Gosselin y Robin.

Al día siguiente de este tratamiento, salían libremente por la herida, y la fiebre cedió, á mi entender, más bien que debido á la quinina que tomó, á que cesó la infección general que se había estado verificando.

Los antecedentes del enfermo, relacionados con este padecimiento, eran tan lejanos como suficientes para explicarse tamaño proceso: había sufrido una blenorragia durante unos tres meses, diez y ocho ó veinte años antes, de la cual quedó *curado sin síntomas de estrechez*, hasta que el año último observó necesitaba invertir más tiempo en las micciones; tiempo, que fué prolongándose por muchos minutos, expeliendo, últimamente, escasas porciones ayudado de grandísimos esfuerzos. En las repetidas veces que he indagado su historia patológica, no he podido averiguar alguna otra causa de la oclusión vexical.

Las orinas continuaron saliendo sin cesar después de las incisiones, y la inflamación del pene y del escroto disminuyeron con rapidez, segregándose una supuración muy

fétida, mientras se eliminaba la gangrena. El enfermo nunca sentía deseos de orinar, ni su vejiga resultaba llena; había una incontinen- cia que no se podía distinguir suficientemente porque se reunían el pus, las orinas procedentes de la vejiga y las que habían estado derramándose en los tejidos. En este período del mal provoqué una consulta con mi ilustrado y querido compañero el señor Cendra, en la que convenimos que debíamos concretarnos á tratar la lesión escrotal, y esperar pacientemente á que se descubriera la rotura para intervenir con eficacia en el origen de aquel proceso. Tal conducta exponía á la reabsorción purulenta ó urinaria, pero era un peligro que por el pronto no podíamos conjurar.

Volvió á aparecer la fiebre con delirio, frío y sudor, mas otra dosis de quinina la yuguló; terminándose mientras tanto la eliminación de todos los tejidos esclerados, y por nuestra parte cuidando mucho de que no se detuvieran materias sépticas en la herida.

La pérdida de substancia fué tan grande, como que desapareció toda la parte anterior del escroto, quedando los tejidos restantes muy mortificados.

Las sondas que penetraban por el meato, salían por una fístula que había al nivel de la raíz del pene. El resto de la uretra que se veía, estaba como disecado, de color rojo-escarlata, duro, con cinturas y dilataciones, y encorvado hacia el lado izquierdo. Muchas fueron nuestras tentativas para penetrar por esta porción; pero todo fué inútil. No había medio de introducir sondas, candelillas ni estiletos. La uretra aparecía impermeable y, sin embargo, el enfermo orinaba.

La incontinen- cia que al principio hubo, desapareció á los 5 días de estar en el Hospital; pero el enfermo no podía orinar sino se sentaba en el sillico, en cuya posición, precisamente, me era imposible observar por donde aparecían las orinas. Entonces le hice comprender

la necesidad que había de que yo *las viera salir*; para lo cual estaba dispuesto á esperar todo el tiempo que se necesitara hasta que hiciera él una micción. Aguardé bastante porque en los primeros esfuerzos no conseguía orinar, hasta que al fin, llena la vejiga, logró vencer la dificultad que sintiera tendido en decúbito dorsal, con el sacro sobre una escupidera de cama. Me había provisto de varias sondas y al aparecer las orinas á borbotones, como podría salir por una boca de riego que tuviera tan reducido diámetro, sin fuerzas para formar chorro, introduje una sonda de goma blanda, por la cual se terminó la micción, tal como aparece en la oleografía adjunta. Existían, pues, dos roturas: una casi peniana, de la porción esponjosa, y otra perineal, entre las porciones membranosa y prostática. ¿Cómo se habían formado estas dos fistulas? Esta es una pregunta que todavía no me he podido satisfactoriamente contestar.

Mi primer intento fué rehabilitar los cinco centímetros de uretra, que tal era, justamente, la porción que existía entre las dos fistulas, en la esperanza de que se reunieran ambas soluciones de continuidad; y, al efecto, procuré introducir un estilete para, después con dilatadores, obtener un diámetro conveniente; mas nada pude conseguir. En unos sitios apareció extremadamente dura, en otros era tan friable que se corría el estilete hasta atravesar sus paredes. Creí que con la cauterización química de la corriente galvánica podría introducir una aguja de electrolisis, y lentamente practicar un conducto; pero tampoco lograba que la aguja penetrara directamente, siguiendo paralela á las paredes de la uretra, porque como aquel *cordón* era de diámetros distintos y de consistencia desigual, del mismo modo que el estilete, la aguja en unas porciones apenas avanzaba y en otras tomaba direcciones tan oblicuas, que me hicieron comprender no sería el medio de rehabilitar el canal

uretral. Un intento más creía de mi deber experimentar, y al efecto empleé la galvano caustia, con un cauterio muy delgado, esperando que si tenía la fortuna de dirigirlo por el eje de la uretra, sobre todo en los sitios más estrechos, conseguiría atravesarla de uno á otro extremo. Varias sesiones empleé, y aunque el objeto lo conseguía, por algunos puntos quedaban tan delgadas las paredes, que me convencí que con las supuraciones se perforarían en distintos sitios, de modo que no habría de servir jamás aquel trayecto para conducir las orinas.

Había que resignarse á que el enfermo viviera con una fistula perineal, y ésta, además de ser molesta, y algunas veces peligrosa, era una verdadera desgracia para él, que tenía que renunciar á su oficio de maquinista y á la vida de marino, cuando eran sus únicos medios de subsistencia.

Declaro que estas consideraciones fueron un gran acicate de mi voluntad, que me estimularon doblemente los deberes de cirujano á intentar una *restitutio ad integrum*, y pensé que la naturaleza dispusiera un tejido impermeable en grande extensión, una película cicatricial que evitara la infección urinaria; no resultándome este fenómeno, después de todo, más sorprendente que el de producirse la voz en los enfermos á quienes se les ha extirpado la laringe (1). Ciertamente que no había paridad en mi recuerdo, porque no tienen nada de semejante las infecciones urinarias ó las sépticas, con la emisión de la palabra; pero tampoco me podían servir de ejemplos las pérdidas de medio ó un centímetro de uretra, rehabilitadas con tejidos inmediatos, de los casos raros que habla Thomson (2) y Guyon (3); porque el resultado de estas pequeñas restauraciones no me decidieron á procurar la formación de to-

(1) Dr. Cisneros, "Revista clinica de los Hospitales," pág. 298, t. II.—Madrid.

(2) "Traité pratique des maladies des voies urinaires," pág. 533.

(3) "Gazette hebdomadaire," París, 1892.

da la porción de uretra interes-crotal. Entonces concebí la idea de formar un conducto á expensas de la aponeurosis externa, del tabique del dartos y de los tejidos inmediatos, aproximando ambos testículos y favoreciendo la cicatrización desde el periné hacia el pene.

Como para nada había de servir el trozo de uretra existente entre las dos fístulas, y podía constituir un riesgo de infección ó de supuraciones prolongadas, lo extirpé, disecándolo sin gran dificultad ni hemorragia.

Coloqué una sonda blanda permanente, introduciéndola primero por los dos centímetros de uretra que había hasta la vejiga (cuya uretra estaba muy dilatada y desigual, en señal de que en ella se había fraguado parte del absceso urinario), y la punta libre la introduje de atrás á adelante, como se hace en un cateterismo retrógrado, por el trozo de uretra peniana. Esta era la única manera en que podía realizarlo.

Al principio soportaba bien la sonda, durante 6 horas cada día, y en el resto se le hacían cateterismos cada dos, tres ó cuatro horas, porque el enfermo no podía esperar intervalos mayores. Sólo por una semana toleró la vejiga la permanencia de la sonda; aparecieron dolores, se enturbiaron las orinas y sobrevino un tenesmo que reclamaba el cateterismo cada 30 ó 45 minutos, para extraer las escasísimas orinas que se reunían en la vejiga. Desistí de colocar sondas de modo permanente, concretándome á los cateterismos, retrasándolos cuanto podía. Este sistema, por otro lado, es el que recomiendan algunos autores, creyendo, y tal vez con razón, que como en las micciones se suelen escapar algunas gotas de orina entre la sonda y la uretra, no se evita que esto acontezca dejándola por largo tiempo. Por lo demás, en este enfermo había que sujetarse á las imposiciones que sobrevinieran y obtener de ellas el mejor partido posible.

El foco de supuración del escroto traté al

haciéndole una cura cada ocho horas, que consistía: en lavados con el irrigador de disoluciones de cloruro de sodio, glicerina bórica, iodoforno, alternando con aristol, insuflados por un tubo de cristal para que alcanzaran á todos los repliegues y colocándole en seguida un compresor escrotal de White, para afrontar los bordes de la herida; terminando la cura por cubrir toda la región con gasa fenicada y algodón salicílico al 5 por 100. En las caras internas de los muslos, periné y pliegues inguinales, le aplicaba vaselina creolinada, para evitar la irritación de la piel que la orina ó la supuración pudieran ocasionar.

Al principio le extraía las orinas introduciendo la sonda blanda en la vejiga por la abertura que comunicaba con la porción perineal, hasta que pude lograr que una sonda de caucho vulcanizado, penetrando por el meato, enfilara la porción prostática hasta la vejiga. No siempre lograba hacer este cateterismo y entonces tenía que atrevesar solamente el pequeño trozo de uretra inferior; pero al cabo de algunos días se hizo fácil, y pude aumentar el diámetro de las sondas hasta el número 20 de la escala de Charrière.

Las orinas salían turbias, con corpúsculos de pus y de moco; mas bien pronto se hicieron claras y limpias á beneficio del sándalo que le administré. La herida cicatrizaba con rapidez en toda su periferia, y particularmente desde el periné hacia el pene, gracias á la coaptación que ejercía. La supuración disminuyó gradualmente.

Al mes de ingresado el enfermo en el Hospital se paseaba, comenzó á nutrirse y se le despertó buen apetito.

No ocurrieron nuevos accidentes, la herida continuaba cicatrizando hasta que cuando quedaba una abertura exterior como de un centímetro de diámetro, muy cerca de la raíz del pene, pero en el escroto, observé que las sondas penetraban al principio con dificultad y más tarde de ningún modo, te-

niendo que emplear las de menores diámetros, hasta descender al número 12 de la misma escala francesa.

Había previsto la posibilidad de que siendo el conducto de nueva formación de mayores dimensiones que las de las porciones de uretra peniana y perineal, la cicatriz podría, al retraerse, estrechar tanto el calibre, que comprometiera el éxito de la curación.

Esto acaecía de tal modo, que en varias ocasiones no pude hacer el cateterismo con la misma sonda que lo había hecho el día anterior, necesitando usar otro de número más bajo.

Empecé unas sesiones de electrolisis con el uretrotomo eléctrico de Jardin, enlazado al polo negativo, para, á la vez que ensanchaba el conducto, sin producir una cicatriz retráctil, evitar nuevas infecciones, gracias á la película cicatricial impermeable que se forma. Con efecto, mediante 6 aplicaciones de corriente galvánica de 15 minutos de duración cada una, y con una intensidad de 30 á 50 miliamperes, según la tolerancia del enfermo, en 15 días, nuevamente franqué el conducto introduciendo con gran facilidad sondas de los números veintiuno y veintidos.

Quedaba una pequeña fistula como de 5 milímetros de largo por tres ó cuatro de ancho, y unas cuantas cauterizaciones con la barra de nitrato de plata fueron suficientes para que cicatrizara.

A los 72 días tuve la satisfacción de darlo de alta, sin haberse atrofiado nada sus testículos; sólo el escroto estaba más reducido, con una cicatriz muy profunda hacia el lado izquierdo del cordón, mas desconocía en qué estado quedaron el verumontano con sus conductos eyaculadores y los orificios de la próstata; pero el enfermo quedó dispuesto y útil para ocuparse de nuevo en sus rudos trabajos.

Al despedirse de mí, cruzó por mí mente esta idea: ¿Habrá quedado en condiciones de fecundar?

(Gac. méd. catalana.)

NOTAS CIENTÍFICAS

El hábito al mercurio y al ioduro

El mercurio y el ioduro son los dos medicamentos fundamentales de la sífilis. En la gran mayoría de casos, el médico, hábil en manejarlos, encontrará en ellos agentes fieles que le asegurarán la curación pronta de las manifestaciones sifilíticas. Sin ellos nos veríamos en cierto modo desarmados, que es lo que ocurre también en ciertos casos, precisamente por el mismo exceso y la continuidad demasiado prolongada de la medicación mercurial ó iodurada. El organismo se habitúa; ocurre entonces lo que se llama *hábito* en medicina.

Este hábito—dice el Sr. Wickam, jefe de clínica en el Hospital de San Luis de París—varía según los individuos, las dosis empleadas, etc.; pero en general puede decirse que hacia el quinto ó sexto mes de tratamiento por dosis cotidianamente iguales, no obran ya el mercurio ó el ioduro. Desde entonces la sífilis, en su lucha contra una terapéutica debilitada, recobrará fuerzas y hacia el quinto ó sexto mes podrán aparecer nuevas manifestaciones sifilíticas á pesar de la constancia y regularidad del tratamiento mercurial. En el Hospital de San Luis se observa bastante á menudo casos análogos al siguiente:

Un enfermo contrae la sífilis en enero. Tratamiento instituido hacia el trigésimo día del chancre: una píldora de 0,05 gramos de protoioduro de hidrargirio. Los accidentes desaparecen rápidamente. Continúase con regularidad el tratamiento, 1 píldora diaria. En junio aparecen algunos elementos papulosos. Se continúa con las píldoras. En julio aumentan las lesiones; se ensayá entonces alguna otra preparación mercurial (jarabe de Gilbert, píldoras de Dupuytren) y se aumenta la dosis. Alivio durante algunas semanas, después *statu quo* seguido de un nuevo brote, esta vez intenso. El enfermo se escaja

de San Luis después de siete á ocho meses de píldoras diarias.

Entonces suprime el tratamiento por espacio de tres ó cuatro semanas, al cabo de las cuales vuelve á tomar el mercurio á fuertes dosis, y las lesiones que parecían tan rebeldes, desaparecen en veinte ó treinta días.

Lo propio ocurre con el ioduro potásico: hé aquí un caso:

Atacado un militar por la sífilis, se le prescribe el tratamiento mercurial, mas no tolerándolo, se recurre al ioduro. El enfermo, por consejo propio, toma por espacio de seis años de 3 á 4 gramos diarios de ioduro. Pasado ese tiempo aparece una goma en la cara dorsal de la lengua: dobla la dosis de ioduro, y viendo que no da resultado, consulta al Sr. Wickam, quien suprime inmediatamente el ioduro durante tres semanas y ensaya en este tiempo el tratamiento mercurial (que hay que abandonar enseguida por intolerancia), los laxantes, diuréticos, tónicos. Al 22º día da bruscamente el ioduro potásico á la dosis de 8 gramos. Alivio y después *statu quo* al mes de tratamiento, descanso de otro mes, y después ioduro potásico á la dosis de 10 gramos. Gran mejoría; continuando de ese modo curó completamente el enfermo.

Hé aquí las conclusiones del Sr. Wickam:

1.ª Si ha de ser largo el tratamiento, deberá ser siempre *intermitente*. Se interrumpirá de vez en cuando por periodos de reposo que varíen cuando menos de uno á dos meses.

2.ª Cuando vuelva á principiarse la medicación, se administrará *dosis progresivamente crecientes*.

3.ª Cuando un enfermo en el curso del primer año presente *hábito* al mercurio, deberá interrumpirse el tratamiento durante quince ó veinte días, que se emplearán en modificar el terreno por el tratamiento local, el reposo, la higiene, los tónicos, los diuréticos ligeros y los laxantes. Después se volverá á administrar el mercurio: 1.º, bruscamente á *dosis altas*; 2.º, á *dosis*

superiores á las que el enfermo tenía costumbre de tomar; 3.º, para tener más garantías, *bajo otra forma y por otra vía*.

En el curso del segundo año estará indicado utilizar, durante el periodo de reposo, el ioduro potásico.

Si se tratase del hábito al ioduro, siempre que no hubiese intolerancia mercurial, deberá administrarse el mercurio.

(*El Siglo Médico*).

Desprendimiento retiniano

CAUTERIZACIÓN DE LA ESCLERÓTICA

En un artículo suscripto por el Sr. Presas, oculista del Hospital de Santa Cruz, de Barcelona, se hacen las siguientes consideraciones sobre la terapéutica del desprendimiento retiniano:

“Sabido es que en el estado fisiológico, la retina se halla completamente aplicada á la coroides; pero cuando por un accidente cualquiera aquélla se separa en una porción mayor ó menor de dicha coroides mediante la formación de un cuerpo líquido ó sólido, tiene lugar el desprendimiento de la retina. Enfermedad gravísima y que hasta hace poco tiempo era considerada incurable á pesar de los múltiples medios que se habían empleado para lograr siquiera un éxito mediano. Excuso decir que me refiero al desprendimiento retiniano espontáneo, debido á la formación de un líquido entre ambas membranas, ya que en el debido á la producción de un tumor, es evidente la pérdida del ojo.

Generalmente esta afección es patrimonio de la miopía; pero su causa eficiente escapa á nuestros sentidos, siendo este el principal motivo del atraso en que nos hallamos respecto á la terapéutica de enfermedad tan temible, que figura entre las causas de ceguera en 73 por 1.000 (73 por 1.000) (1) y ha dado lugar á gran número de ensayos terapéuticos que, después

(1) Estadística de Cohn.

de haber logrado cierta fama durante un tiempo mayor ó menor, han caído por fin en el olvido más profundo.

De entre los diferentes métodos terapéuticos, merecen especial mención la posición horizontal unida á la compresión del ojo verificada por medio de un vendaje, la medicación derivativa practicada sobre todo con las inyecciones de pilocarpina, las depleciones sanguíneas locales, las fricciones mercuriales y los revulsivos periorbitarios. Como procedimientos operatorios se ha practicado la punción de la esclerótica con el objeto de dar salida al líquido patológico que separa dichas membranas y facilitar su reaplicación; la iridectomía, la dislaceración de la porción desprendida de la retina, que tenía por objeto hacer pasar el líquido post-retiniano á la cámara vítrea; la inyección de líquidos irritativos como la tintura de yodo en el seno del derrame; la aspiración de éste por medio de una jeringuilla, el drenaje practicado por medio de un hilo metálico, y, finalmente, la aplicación de una sutura con la idea de reunir la retina á la coroides y esclerótica.

En la clínica del Hospital de Santa Cruz se han ensayado la mayor parte de estos tratamientos, y con ninguno de ellos se ha obtenido una curación verdadera.

No ha sucedido lo mismo con el que ha adoptado últimamente el doctor Barraquer, y que hemos practicado juntos en varios casos, y que consiste en la aplicación de un vendaje compresivo juntamente con las cauterizaciones punteadas de la esclerótica, practicadas con el termocauterio en la región que corresponde á la parte de retina desprendida.

Este tratamiento es sencillo, poco molesto, ya que no obliga á guardar cama y el enfermo puede dedicarse á algunas ocupaciones; el ojo está sujeto á la compresión durante todo el tratamiento, que suele durar unos tres meses. Las cauterizaciones se practican de la manera siguiente: previamente co-

caínizado el ojo, se pone á descubierto la parte inferior del mismo, sitio habitual del desprendimiento, haciendo dirigir la mirada hacia arriba y deprimiendo fuertemente el borde palpebral inferior; la anestesia permite privarnos del uso del blefarostato y de la pinza de sujeción. Luego se aplica la punta de un termo-cauterio delgado en el sitio designado anteriormente sobre el globo del ojo, hasta que se ha destruido la conjuntiva y las primeras capas escleróticas, repitiendo esas cauterizaciones puntiformes en diferentes puntos.

La reacción es muy moderada si se tiene cuidado en mantener el ojo limpio y al abrigo de toda infección.

Sigue á esto la exposición de tres historias clínicas que corroboran lo dicho por el autor, y termina el escrito con la apreciación siguiente:

“¿Cómo obran las cauterizaciones en el desprendimiento de la retina?”

A nuestro entender, la inflamación sustitutiva que éstas producen, aunque moderada, sería con probabilidad razón suficiente para explicar la reabsorción del derrame y por ende la reaplicación de la retina desprendida. El vendaje compresivo, coadyuvando al mismo fin, constituye uno de los factores importantes del tratamiento, ya que es el regulador por excelencia de la tensión intraocular en estos casos, como lo prueba la última observación.”

(*Rev. de cienc. med.*)

BIBLIOGRAFIA

Le phosphore injectable por el Dr J. ROUSSEL (de Genève), autor del método de las inyecciones oleasas. — Folleto de 28 páginas. — *Sceaux* (Francia)—año de 1894.

Principia el autor, reclamando la prioridad en el empleo de las inyecciones hipodérmicas de substancias medicamentosas. “La difu-

sión de la hipodermia en la práctica— dice—data indiscutiblemente desde el impulso que le he dada, en 1883, perfeccionando su manual operatorio y sus vehículos y promulgando más de veinte remedios nuevos; data sobre todo desde el día en que demostré la inyectabilidad del aceite vegetal y su transformación local en grasa humana: fenómenos tan desatendidos y notables como el de su función práctica de disolvente-vehículo de las esencias volátiles antisépticas, todo poderosos adversarios de los microbios animales, de los fermentos vegetales y de los miasmas telúricos.”

A esta introducción sigue el capítulo destinado á poner de manifiesto las ventajas de las inyecciones subcutáneas de *fosfato de soda*, principalmente contra la diarrea colicuativa de los tísicos; atribuyendo, con justicia, el efecto constipante de dicha substancia suministrada por la vía hipodérmica, á una *tonificación*, no sólo del tubo intestinal, sino del organismo entero: Activándose la circulación y elevándose la tensión sanguínea arterial, las venas se desingurgitan y la circulación se regulariza, se recupera el apetito y se facilita la digestión, en fin, normalizándose todas las funciones se obtiene en consecuencia el retorno total de las fuerzas. Tal es el resultado de la observación personal del autor; resultado bastante provechoso que también ha sido obtenido por nosotros, cuando ayudando al DR. J. A. Ríos (de la Facultad de Medicina de Lima), hicimos la aplicación de las inyecciones de Brown-Séguar (1). Desde 1884 el autor había usado el fosfato de soda por la vía hipodérmica, en un neurópata afecto de dispepsia hiperclorhídrica con incontinencia fecal intermitente, habiendo obtenido éxito brillante y definitivo después de practicada la quinta inyección. Ygualmente relata el hecho de haber conseguido siempre resultados

favorables en individuos gastados por excesos venéreos ó alcohólicos, por abusos de trabajo cerebral, por preocupaciones políticas, financieras, etc.

Continúa relatando notables casos de curación; entre los cuales figura el no poco curioso de una fractura conminuta complicada con heridas de las dos piernas, ocasionada por el paso de una rueda de un carro; en este individuo, que fué un carretero, después de agotarse todos los recursos comunmente empleados, al cabo de diez semanas se le instituyó el tratamiento hipodérmico del fosfato de soda, y después de sólo doce días se obtuvo la cicatrización y la formación definitiva del callo.

Termina este capítulo recomendando las inyecciones hipodérmicas de fosfato de soda en las osteítis de los niños y adolescentes, en las diabetes y en las lesiones nerviosas del eje cerebro-espinal y gran simpático.

El siguiente lo dedica al estudio de los líquidos animales en inyecciones subcutáneas.

El autor cree, y nosotros participamos de su opinión, que todo líquido animal, cualquiera que sea su origen (líquido testicular, ovárico, cerebral, medular, pancreático, etc.) produce siempre el mismo efecto: la dinamización general del enfermo.

La dosis empleada por el autor es de un gramo de soluciones tituladas por milígramo, dosis que aumenta progresivamente. Bajo su influencia, observa: que las inyecciones son indolentes y sin accidentes locales aun á la dosis de 5 centímetros cúbicos de solución; que el fósforo, como todo cuerpo volátil, se elimina por las vías pulmonares; que sólo á la dosis de 15 miligramos principia la inminente tóxica (embriaguez vertiginosa, náuseas, sensación de compresión en las sienas, disnea, exageración de los latidos cardíacos, aumento de la tensión arterial, calambres y lipotimias). No se ha comprobado excitación genésica, ni la producción de nefritis consecu-

(1)—Véase *La Crónica Médica*, números 67, 74 y 76.

tiva al paso del fósforo por los riñones.

El fenómeno terapéutico que tiene más importancia para el autor, y al cual da el nombre de *específico*, es el que tiene su asiento en el cerebro. A dicho fenómeno son debidos los efectos dinámicos generales.

El Dr. Roussel termina su trabajo con una serie de observaciones clínicas, bastante interesantes, y con las siguientes palabras.

“El fósforo, único vestigio de los animales anteriores, ha materializado sus armonías orgánicas y las fuerzas de su equilibrio vital instintivo; él nos restituye estas fuerzas y estas armonías, bajo la forma del equilibrio intelectual, por el cual llega el hombre á tener conciencia de lo Bello en la naturaleza, del Bien en la humanidad, de lo Justo en la sociedad, de la Verdad en la ciencia y de lo Noble en el *yo*, que es el patrimonio casi divino del alma humana.

“¿El fósforo sería la materialización del alma?”

Valientes palabras que pronto, tal vez, llegarán á ser un axioma en la ciencia biológica.

Lima, mayo 29 de 1894.

DR. MANUEL A. VELÁSQUEZ.

CRONICA

Academia Nacional de Medicina.

La nueva junta directiva de esta institución, ha quedado organizada con el siguiente personal:

Presidente, Dr. Rafael Benavidez;

Vice-Presidente, Dr. Celso Bambarén;

Secretario perpetuo, Dr. Manuel C. Barrios;

Secretarios anuales, doctores David Matto y Alfredo I. León;

Tesorero, Dr. Leonidas Avendaño;

Vocales de la Junta Directiva, doctores Juan C. Castillo y Francisco Almenara Butler;

Bibliotecario, Dr. Antonio Pérez-Roca.

Nuevos Médicos.—Previos los trámites reglamentarios, han recibido el diploma de Médico y Cirujano, los aprovechados alumnos de San Fernando, señores Estanislao Pardo Figueroa y Wenceslao Mayorga. Los felicitamos y les deseamos prosperidad en el ejercicio de la profesión.

Cátedra de Fisiología.—Después de algunos años de descanso ha empezado nuevamente á dictar este curso, el catedrático principal Dr. Francisco Rosas, actual Rector de la Universidad y uno de los pocos sobrevivientes de los fundadores de la Facultad en 1856.

Cátedra de Física Médica é Higiene.—Mientras el Dr. Dulanto permanece al frente del Ministerio de Instrucción, dictará este curso el adjunto titular Dr. Manuel A. Muñiz.

Obito.—El Dr. Pedro J. Tordoya, antiguo cirujano del ejército, ha fallecido en el Hospital Militar de Buenos Aires.

También ha dejado de existir el Sr. Farmacéutico M. Vargas, que ejercía en Chiclayo.

El uso del spray en nuestros hospitales.—Desde el año de 1890, en que Lister mismo, convertido, declaró ante el Congreso Internacional de Medicina de Berlín, que los cirujanos son independientes de la atmosfera y que se la puede considerar como una cantidad despreciable, desde entonces, decimos, todos han ido abandonando el *Spray*, y hoy ya nadie lo usa. Sin embargo, en algunos servicios de nuestros hospitales vemos todavía funcionar el pulverizador de Championnière,—práctica no sólo inútil sino perjudicial, por cuanto exige gastos innecesarios y turba el silencio que debe reinar en las clínicas, para poder examinar debidamente á los enfermos.

Si, pues, el uso del *Spray* no ofrece más que inconvenientes, en el día debemos abandonarlo.

Ayunadores.—Leemòs en el JORNAL DE PHARMACIA de Lisboa:

Un amateur de viejos pergaminos descubrió en la biblioteca del Vaticano un documento, que prue-

ba que muchos años antes que Succi, un francés ejerció el arte de ayunar con tal suceso, como ninguno de los otros ayunadores ha podido conseguir después.

Durante el reinado del papa Clemente V, en 1306, un francés, que estaba al servicio del Pontífice hizo una peregrinación á Jerusalem; y á su regreso de la Tierra Santa, dejó de comer: ó al menos nadie lo vió tomar el más ligero alimento.

Este ayunador, que quizo hacer creer que había vivido dos años sin comer un ápice, fué considerado como Santo. Después, por una brusca mutación, se le miró como hechicero, que usaba la brujería y la majia; lo azotaron en la plaza pública y lo desterraron de Roma.

Son las diferentes fases que recorren por lo general los intrusos y los charlatanes.

Hernias inguinales artificiales.—EL DR. SHULTZ, médico militar ruso, asegura que no es raro obser-

var en Rusia, hernias inguinales artificiales, para escapar al servicio militar. Existen aún especialistas que practican la operación siguiente: después de haber hecho un pliegue en la piel de las bolsas, se introduce en el canal inguinal un instrumento muy parecido al que se usa para ensanchar los dedos de los guantes; en seguida se abre con fuerza este instrumento, que dilata el canal produciendo dolor. No resta después de esto más que completar la hernia con ayuda de algunos ejercicios gimnásticos y de esfuerzos.

El Dr. Schultz pretende que estas hernias artificiales son fácilmente reconocibles, gracias á los caracteres siguientes: la forma irregular del anillo; la desproporción entre el diámetro del anillo y el pequeño volumen del intestino herniado, y, finalmente, por la exquisita sensibilidad de que gozan estas hernias.

Publicaciones recibidas

CUYA REMISIÓN AGRADECEMOS A SUS AUTORES Ó EDITORES

Teratología.—Quarterly contributions to antenatal pathology with reviews of the current literature of the subject, by J. W. BALLANTYNE, M. D.—*Edimburgo* (Escocia).—Hemos recibido el primer número.

Guía Práctica de las Ciencias Médicas (con un suplemento), publicada bajo la dirección científica del DR. LETULLE, profesor agregado á la Facultad de medicina de Paris, Médico de los Hospitales. Traducida por los doctores FRANCISCO CARBÓ y PALOU y VICTORIANO PALOU y DACHS. Consta de 2 tomos. Precio: 20 pesetas. Los pedidos deberán dirigirse á Don Francisco Carbó y Palou, Puerta del Angel, número 16, 1.^o—*Barcelona* (España).

Primer Congreso Médico-Farmacéutico Regional celebrado en Valencia, del 26 al 31 de enero de 1891, para conmemorar el año de la fundación del Instituto Médico. Actas y detalles publicados bajo la dirección del DR. FAUSTINO BARBERÁ, Secretario general de dicho Congreso. Un volumen de 720 páginas con láminas, obsequiado por el autor.—*Valencia* (España). Imprenta de F. Domenech, Mar 65.—Año de 1894.

I.—*De l'empyème du sinus sphénoïdal*, II.—*Un cas d'angiokératome de la corde vocale droite*, por el DR. E. J. MOURE, encargado del curso de laringología, otología y rinología en la Facultad de Medicina de Burdeos.—Un folleto de 23 páginas con láminas, obsequiado por el autor.—*Paris-Bordeaux* (Francia), O. Doin y Feret et Fils, editores.—Año de 1894.

Catálogo de instrumentos de Cirugía.—Hemos recibido un ejemplar del Catálogo ilustrado de instrumentos de Cirugía y útiles para médicos, de la importante casa de RICHARD KNY & C.^o, de New-York.

Esta casa sólo ofrece al cuerpo médico instrumentos estrictamente asépticos, y garantiza que es de primera clase la calidad de sus artículos.

Los pedidos pueden dirigirse á 17 Park Place, *New-York* (E. U. de A.)

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América