

Poco se sabe sobre la accion de los alcohólicos; mientras Broussais sostiene que obran inflamando el estómago, i por trasmision o simpatía, el hígado, Frerichs cree que, absorbido por las venas, sua ccion irritante es directa. No seria raro que, disminuyendo el alcohol las combustiones del organismo i estando el hígado encargado de suministrar la mayor parte de los comburentes que se necesitan, se viese con un obstáculo al cumplimiento de sus funciones, obstáculo que talvez pudiera dar lugar a una alteracion en su nutricion, predisponiendo así a la inflamacion.

Como se ve pues, por las observaciones que analizo, la hepatitis, entre nosotros, se debe referir casi esclusivamente a tres causas: la disenteria, la accion del frio i la del alcohol.

Santiago, enero de 1873.

La comisión examinadora acordó publicar la presente memoria en los *Anales de la Universidad*.—Aguirre.—Miguel J. Semir.—A. Murillo.—N. Rojas.—W. Diaz, secretario interino.

MEDICINA.—Estudio crítico que versa principalmente sobre las tallas medio-bilateral i mediana.—Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de medicina, por don Manuel Ramirez.

Señores:

En cumplimiento de lo que exige el reglamento de la Universidad para obtener el grado de licenciado en esta Facultad, he adoptado como base de mi memoria el estudio de la talla medio-bilateral comparada con la mediana principalmente.

Debo de antemano consignar que en este estudio he sido examinado por mi profesor el Dr. Thevenot, a quien debo en gran parte las ideas que en esta tesis van emitidas.

Nueve son los casos operados por la talla medio-bilateral o procedimiento de Civiale, i que tengo el honor de presentar a vuestra consideracion. Del estudio en particular de cada caso veremos cuán infundadas son las recriminaciones que a este pro-

codimiento se han imputado; infundadas por cuanto la práctica i las esperiencias que sobre el cadáver ha practicado el Dr. Thevenot, a quien he acompañado, las desmienten.

Diremos solamente dos palabras sobre el cuello de la vejiga i los diámetros de la glándula prostática.

El cuello anatómico está formado por la mucosa, fibras longitudinales i el esfínter de la vejiga, que permite la acumulacion de la orina i su espulsion a impulsos de la voluntad, así como impide el retroceso de la esperma en la vejiga. Permite fácilmente la introduccion del dedo auricular por el lado de la vejiga. Tiene de 10 a 12 milímetros de diámetro; pero alcanza fácilmente a cerca de dos centímetros por la dilatacion. Este orificio vesical de la uretra está situado a tres centímetros por detrás de la sínfisis pubiana.

El cuello quirúrgico se estiende desde el cuello anatómico a la porcion membranosa de la uretra. Se consideran en él dos orificios i está situado a un centímetro por encima de la aponeurosis de Carcassonne. Tiene doce milímetros de diámetro; pero puede llegar a diez i seis por la dilatacion. Las paredes están constituidas por la membrana mucosa, en cuya pared posterior se nota el verumontanum; en cuya cima se nota la escavacion denominada utrículo prostático. A los lados del verumontanum desaguan los conductos eyaculadores i dos canalitos en sus partes laterales, donde se encuentran los orificios de los conductos prostáticos. Por último, una capa de fibras circulares entre dos de fibras longitudinales.

La próstata abraza completamente el cuello, encontrándose a su alrededor fibras musculares entrecruzadas i numerosos plexos venosos.

Atribuyendo los cirujanos suma importancia al espesor de las paredes de este canal, se han dedicado a estudiar la dimension de los radios que, partiendo del canal de la uretra, se dirijan a todos los puntos de la circunferencia de la glándula.

La figura adjunta representa un corte vertical i trasversal de la próstata.

Senn, de Jinebra, da las siguientes dimensiones:

El diámetro trasversal *O G* tiene 20 milímetros.

El diámetro oblicuo hácia afuera i atrás *O E* tiene 22 a 25 milímetros.

El radio mediano posterior *OD*, 15 a 18 milímetros.

El radio mediano anterior, 4 a 7 milímetros.

Dolbeau da dimensiones diferentes. Con estos datos i sabiendo que el cuello de la vejiga puede dilatarse hasta 18 milímetros, si se hacen dos incisiones siguiendo los dos diámetros oblicuos, se puede obtener una abertura de mas de cinco centímetros. En la talla medio-bilateral, que corta el diámetro trasverso, se puede obtener mas de 44 milímetros. En el diámetro que se obtiene si se hace la incision del diámetro medio-posterior para practicar la talla mediana, se puede obtener una abertura de 36 milímetros. Se ve, pues, lo importante que es el estudio de estos diámetros; porque, conocido poco mas o menos el diámetro de un cálculo, es fácil calcular las facilidades o dificultades que puede presentar su estraccion.

La operacion de la talla mediana parece inventada por Mariano Sanctus. Fué uno de los primeros procedimientos por el que los cirujanos procuraron estraer los cálculos. Tan desacreditada estaba esta operacion, que leyendo a Malgaigne, no la mencionan. Velpeau habla mui poco de ella. Es preciso llegar hasta estos últimos tiempos, en que Rizzoli en Italia, Allarton en Inglaterra i Dolbeau en Francia, la han hecho revivir.

Los cirujanos de los siglos XV i XVI la ejecutaban introduciendo un catéter acanalado en la vejiga, i dirijiéndose sobre su acanaladura, incindian toda la rejion perineal estendida desde el escroto hasta un poco por encima del ano, comprendiendo la pared inferior de la uretra, después de lo cual lo dilataban en su porcion prostática junto con el cuello de la vejiga para introducir las tenazas i estraer el cálculo. Estos diversos tiempos presentaban muchas imperfecciones; porque Mariano, por ejemplo, incindia el bulbo, i los dilatadores de dos ramas producian generalmente una desgarradura de la porcion prostática de la uretra debida a la imperfeccion del instrumento. Así es que Francó i A. Paré hacian uso del litoclasto. Esta operacion, que seccionaba el bulbo, desgarrando la próstata i el cuello de la vejiga, fué abandonada.

Guerin, de Burdeos, a principios de este siglo modificó la operacion introduciendo sucesivamente tallos secos de zanahoria en la uretra i cuello de la vejiga para dilatarla.

El célebre cirujano Vacca-Berlinghieri, habiendo renunciado

prontamente a la talla recto-vesical porque era seguida de fistula, adoptó la talla mediana para prevenirla. Los adversarios de Vacca-Berlinghieri, entre los cuales se contaba Scarpa, achacaban a su procedimiento la herida del bulbo i del recto, i de un canal eyaculador que ocasionaba la orquitis, la impotencia o por lo menos una disminucion de la facultad prolifica. Muchos cirujanos se replegaron al procedimiento de Scarpa, que era una cistotomia sub-pubiana lateralizada.

Para evitar los peligros inherentes a esta operacion, como por ejemplo, la herida de las gruesas arterias perineales, Bresciani de Borsa no incindia mas que la porcion membranosa de la uretra i la parte anterior de la próstata, porque se apoya en la elasticidad de esta glándula admitida por anatomistas eminentes. Pero, ya sea por las desviaciones o anomalías, no se tiene la seguridad de evitar las hemorragias alarmantes, i un enfermo operado por este procedimiento, murió a consecuencia de este accidente en manos del mismo Bresciani.

El profesor Rizzoli, de Bolonia, cree alejar todos estos inconvenientes.

Hé aqui la manera como se procede:

Colocado el enfermo en la posicion clásica, después de haber introducido el catéter acanalado, lo deprime hácia abajo para que forme relieve en el periné. Practicada una incision de la parte superficial, que abarca el espacio comprendido entre la base del escroto i un poco por encima del borde anterior del ano, se busca con la uña del dedo índice de la mano izquierda la acanaladura del catéter inmediatamente por debajo del bulbo para incindir la uretra e introducir el litótomo; hecho lo cual, el cirujano levanta con la mano izquierda el catéter hasta colocarlo por debajo de la sínfisis pubiana, i el litótomo en contacto, como hemos visto, con el catéter incinde hasta el borde anterior de la próstata inclusive, de un lado o de ambos, si por el volumen de la piedra su estraccion fuera difícil. Apartando la uretra del recto evita su herida i dice testualmente: “que no deben temerse la lesion de los canales eyaculadores, la formacion de fístulas urinarias i la infiltracion urinosa en el tejido selular de la parte anterior de la pelvis.

Se evitan las hemorragias peligrosas, algunas veces mortales, consecutivas a las lesiones de las gruesas arterias perineales, i

aún los plexos venosos de la próstata, que pueden ser muy grandes en los individuos obesos i de alguna edad. Después se introduce el índice de la mano izquierda en la vejiga, por cuya cara palmar se deslizan las tenacillas que deben extraer la piedra, según las reglas ordinarias. Si de esta manera es imposible extraer un cálculo un poco voluminoso, prefiere quebrarlo, a practicar la talla hipogástrica. Pero si la dificultad de la extracción fuera debida a una resistencia anormal de la próstata, hace pequeños desbridamientos en la parte anterior de este órgano. Agrega que con estos desbridamientos ha podido extraer un cálculo que, cojido por su diámetro trasverso, media mas de $4\frac{1}{2}$ centímetros.

La estadística que presenta no puede ser mas brillante. De 41 operados por la talla mediana, solo 4 murieron, habiendo dos de ellos sucumbido a consecuencia de enfermedades independientes de la operación.

Antes de proceder a la crítica de esta talla, permítaseme describir la medio-bilateral, porque de esta manera se conocerá mejor lo adverso i lo favorable de ambos procedimientos.

Dejemos la palabra a Civiale:

“Procedimiento operatorio.—La incision del periné comienza a 30 milímetros del ano, mas lejos aún si la piedra es voluminosa; puede prolongársela hasta la vecindad de esta abertura. La primera incision divide la piel i los tejidos subyacentes. La segunda principia a nivel del bulbo, que el operador levanta con el pulgar i el índice de la mano izquierda para preservarlo.

“Por esta segunda incision, el bisturí penetra en la region membranosa de la uretra i divide los tejidos que recubren inmediatamente a este canal en una estension de 12 milímetros. El catéter es puesto a descubierto; se introduce en su ranura la cresta del cistótomo i se la desliza hasta la vejiga. El catéter es retirado, i sin cambiar el cistótomo de lugar, sin ejecutar ningun movimiento de rotacion, se separan las láminas hasta el grado determinado de antemano. Saliendo de la vaina, las láminas costean el suelo del cuello vesical, i su cortante se aplica frente a los lóbulos laterales de la próstata. El operador tira hácia sí horizontalmente sobre el mango del cistótomo, i practica una incision bilateral que no será prolongada hasta los tegumentos.

“Divididos el cuello vesical i la porcion prostática de la uro-

tra, las láminas deben entrar en la vaina, i de esta manera los tejidos vecinos de los tegumentos se encuentran garantizados."

El procedimiento que Civiale inventó fué considerado por él como una modificacion de la talla bilateral de Dupuytren. Ha sido bautizado con el nombre de medio-bilateral, que indica la direccion de las incisiones superficiales i profundas.

Civiale hace la incision de la piel en una estension de tres centímetros i desbrida la próstata trasversalmente con su litótomo doble.

Rizzoli hace el ojal en la porcion membranosa de la uretra, como Civiale; pero se diferencia de su procedimiento en que aquel hace con su litótomo dos pequeños desbridamientos en la parte anterior de la próstata; i si no son suficientes por dar una salida fácil al cálculo; hace nuevos desbridamientos, i si con esto es imposible su estraccion, procede a la litotricia perineal.

Vemos, pues, que voluntariamente aumenta los tiempos de la operacion, redundando en graves perjuicios para el paciente.

Civiale procede en el acto a hacer los desbridamientos sobre la próstata i de esta manera evita los graves accidentes que sobrevienen a consecuencia de estos tanteos. Si Rizzoli dice que su incision es suficiente para extraer un cálculo algo voluminoso, no se comprende cómo es que Civiale, que hace una incision mucho mayor, se presentan muchas veces dificultades al cirujano para introducir el índice viéndose para esto obligado a hacer una depresion de la glándula prostática.

Por otra parte, practicada la incision con el litótomo de Rizzoli, el cirujano, no ve qué es lo que va a cortar, esponiéndose de esta manera a herir vasos importantes i aun el recto.

¿Qué es lo que sucede con el litótomo de Civiale? El cirujano conoce de antemano la estension del desbridamiento, que practicará lo mas netamente posible. Además está al abrigo de toda herida de los vasos. I como veremos por observaciones que tendré ocasion de leer, permite la salida de un cálculo de un diámetro mayor que por el procedimiento de Rizzoli.

Conocidos son los peligros a que espone la estraccion forzosa de los cálculos. En igualdad de circunstancias el procedimiento de Civiale permite su estraccion con mas facilidad.

Uno de los graves cargos hecho a la talla medio-bilateral, era que cortaba los conductos eyaculadores i naturalmente las consecuencias que lejitimamente se derivan de esta seccion.

Cuando se piensa maduramente sobre estos cargos, no puede uno imaginarse que se hayan dirigido seriamente a este procedimiento. Efectivamente, basta considerar el trayecto de estos conductos i la direccion de la incision que hace el litótomo de Civiale para reconocer que este reproche no tiene razon de ser.

El desbridamiento se practica a una gran distancia.

Si tratamos de darnos cuenta de la enorme incision que Rizzoli practica en la piel i que se estiende desde la raiz de las bolsas hasta cerca del borde anterior del ano, no encontramos otra que la veneracion que el cirujano de Bolonia debe tener por lo antiguo. Evidentemente, su incision es idéntica a la de los cirujanos de los siglos XV i XVI.

Rizzoli sienta como regla que, siempre que el cálculo sea algo voluminoso, de tal manera que su estraccion no sea fácil, se recurra a la litotricia perineal. En doce operados en que tuvo que hacer este procedimiento misto, en todos ellos observó síntomas mas o menos graves que fué necesario combatir.

Por otra parte, no es este el único entorpecimiento. Mas adelante, cuando tratemos del procedimiento de Dolbeau, analizaremos los resultados de esta maniobra.

No trataré de la talla pre-rectal de Nélaton, que no es mas que la de Dupuytren aumentada de dificultades. Realmente, se llega por una diseccion minuciosa de la pared anterior del recto a la porcion membranosa de la uretra i, en oposicion a las reglas, aproxima el catéter de la pared abdominal, lo que hace que sobresalga en la parte anterior de la próstata i que, una vez introducido el cystótomo, hai necesidad de buscar la vejiga para no estraviarse. Se ha pretendido que la talla pre-rectal daba salida a un cálculo mucho mas voluminoso que por la bilateral i los otros procedimientos. No sucede así. La incision del cuello de la vejiga i de la próstata tiene las mismas dimensiones en el procedimiento de Dupuytren i Nélaton. La dificultad se encuentra precisamente en la salida por el cuello de la vejiga i la porcion prostática de la uretra; i no veo que Nélaton la salve.

En buena cirugía, como dice Civiale, el perfeccionamiento consiste en simplificar los medios del arte i en hacerlos mas fácilmente aplicables.

Dolbeau prefiere la talla medio-bilateral para la estraccion de los cálculos que tienen menos de 3 centímetros. Si su prefe-

rencia está bien por lo que respecta a los cálculos de ese diámetro, es errónea cuando, siendo mayor, lo abandona por la litotricia perineal.

El cálculo que tenemos a la vista i cuyo diámetro menor tiene 43 milímetros echa por tierra su prevencion.

Comparemos ahora lo que pasa en el cadáver con la talla mediana i la medio-bilateral.

Con la primera se hace un desbridamiento en la parte média de la próstata i resulta que, cuando se extrae un cálculo algo voluminoso, hai desgarradura de toda la próstata estendiéndose hasta la vejiga en el sentido mediano posterior.

Con la segunda, habiéndose desbridado trasversalmente la glándula, se puede extraer un cálculo mas voluminoso sin exponerse a las desgarraduras; de todas maneras conviene mas practicar la seccion trasversal completa de la próstata para evitarlas.

Una vez hecha la incisión de la talla mediana, el dedo encuentra alguna dificultad para pasar de la vejiga al exterior, al paso que se puede efectuar con mas desahogo en la medio-bilateral.

El cálculo empleado en nuestras experiencias tenia 48 milímetros en su diámetro menor i su extraccion necesitaba esfuerzos por el desbridamiento hecho en la talla mediana. En la medio-bilateral no eran tan considerables.

Mencionaré de paso un repliegue del peritoneo situado en la pélvis menor i que no hemos encontrado descrito en ningun tratado. Tiene la forma semilunar con la concavidad mirando hácia el saco i abraza hasta el bajo fondo de la vejiga. Es mui desarrollado en algunos individuos.

OBSERVACION 1.^a

En el diario de clínica se encuentra de esta manera descrita esta observacion:

En marzo de 1868 entró al núm. 8, de la sala de San Camilo un niño de 6 a 7 años enviado por el Dr. Elguero, bajo el diagnóstico de un cálculo vesical. Su aspecto era bastante malo, de estatura poco desarrollada relativamente a su edad i de una flacura excesiva que esplica la lentitud con que el enfermo se mejoró después de la operacion.

Ateniéndonos a la relacion del enfermo, hacia muchos meses que padecia de incontinenia de orines sin haber experimentado dolores. Tan excesivamente nervioso era que toda exploracion con el catéter era acompañada de convulsiones, simulando las del corea, i de un prolapso de algunos centímetros de la mucosa rectal.

Con estas exploraciones se reconoció la piedra, que parecia bastante dura i fácil de tomar entre la sonda i la pulpa del índice introducido en el recto.

Como la edad i las condiciones en que se hallaba el sujeto contraindicaban la operacion de la litotricia, decidióse practicar la talla medio-bilateral.

Hecha la operacion como la hemos descrito, se estrajo un cálculo de 3 centímetros en su mayor diámetro, de 23 milímetros en su diámetro menor, i de 63 milímetros de circunferencia, compuesto de uratos i fosfatos.

En los primeros dias después de la operacion, el niño tuvo algunos dolores en el costado izquierdo, pero ningun otro accidente de consideracion.

Se presentó un fenómeno que no es raro después de la operacion de la talla i que está ligado a una composicion particular de la orina. Nos referimos a esa capa blanquizca de apariencia calcárea que cubria el periné i muslos del enfermo i que no cesó de reproducirse diariamente durante todo el tiempo que aquél permaneci6 en el hospital.

Pasados quince dias después de la operacion, la orina empezaba a salir por la uretra, las bujías flexibles penetraban sin dificultad hasta la vejiga, i mas tarde, cuando el niño obtuvo su *exeat*, la orina no corria aún en totalidad por su conducto natural.

Considerando que el niño se demacraba i que la permanencia en una sala de hospital durante algun tiempo acarrea con secuencias harto desagradables, i abrigando el profesor fundadas esperanzas de que respirando otra atmósfera su curacion seria mucho mas rápida, fué dado de alta.

OBSERVACION 2.^a

El 2 de enero de 1869 ingresó Miguel D. de 22 años a la sa-

la de la clínica. Comprobada la existencia de un cálculo vesical se fija la operacion para el día 15. Fué hecha como de ordinario. Quedaba la estraccion del cálculo.

Reconocida con el dedo índice su magnitud; se introducen las tenacillas que cojen al cálculo por su diámetro menor.

Tiene apenas un ligero movimiento febril que no alcanza a durar cuatro días.

La herida se cicatriza rápidamente, de tal manera que toda la orina salía por el meato a los 17 días después de la operacion.

A los 30 días después de la operacion es dado de alta.

Examinando el cálculo, se ve que tiene un color blanco amarillento cuya composicion química es de oxalatos i fosfatos de cal, asemejándose por su forma a un elipsoide. El diámetro menor tiene 43 milímetros, el mayor 60 milímetros; la circunferencia menor 115 milímetros, i la mayor 154 milímetros.

Ningun accidente, como lo vemos, sobrevino para extraer un cálculo tan voluminoso.

La talla mediana, que no puede dar salida a cálculos de un tamaño un poco considerable, se explica fácilmente porque se hace la incision de la próstata en la direccion del diámetro mediano posterior, que tiene de 15 a 18 milímetros. En este caso Rizzoli recurre a la litotricia perineal, que espone a accidentes, segun lo asevera.

Delbean en su tratado *De la litotricia perineal*, publicado en el año que corre de 1872, dice: "He hablado del tiempo relativamente largo de la operacion i considero como un reproche fundado que se puede dirigir a la litotricia jeneral, la duracion que necesita su ejecucion." En otra parte agrega: "Diversas objeciones pueden aún dirigirse a la litotricia jeneral, i lejos de querer disimularlas, las señalo a la atencion de los cirujanos. Hai una importante que dañará por largo tiempo la vulgarizacion del método: es la dificultad demasiado real de la ejecucion." Otra de las objeciones es la permanencia de los fragmentos del cálculo en la vejiga de los operados, lo que ha podido comprobar personalmente haciendo la autopsia de uno de sus operados en el Hotel-Dieu en 1865, i dice estas palabras. "La objecion de la persistencia de los fragmentos calcáreos después de la litotricia permeal, es pues fundada; la teoría lo indicaba i la esperiencia ha demostrado la realidad del hecho.

Por consiguiente, a haber practicado la operacion como Rizzoli la aconseja, los accidentes habrian sido numerosos.

OBSERVACION 3.ª

El año de 1869, el 20 del mes de octubre, ingresó a la clínica Juan B., natural de Quillota.

Tenia los síntomas de un enorme cálculo. Estaba en un estado de postracion i demacracion tan excesivas, debido en gran parte a las evacuaciones disentéricas que tenia desde dos meses, que el profesor titubeaba en practicar la operacion. No obstante, consultados los médicos, inclinaron sus pareceres por la operacion.

Practicóse por el procedimiento de Civiale.

Hubo dos tiempos mui difíciles: cargar el cálculo i retirarlo.

Durante 15 dias no se observó accidente alguno i aún el enfermo se sentía aliviado.

Sin embargo, la sangre profundamente alterada, arruinada su organizacion, existiendo el pliegue colérico, el individuo murió en un colapso completo.

El cálculo, de la forma de un ovoide, tiene las dimensiones siguientes: 48 milímetros en su diámetro menor, 60 milímetros en el mayor; la circunferencia menor tiene 131 milímetros i la mayor 154 milímetros.

Hecha la autopsia con toda minuciosidad, se comprobó la integridad del bulbo i del recto, i ninguna desgarradura de las partes por donde atravesó el cálculo. Mas aún: el trabajo de cicatrizacion se habia en parte hecho, i a no haber mediado el quebrantamiento de las fuerzas, habria sanado.

No hubo hemorragia ni primitiva ni consecutiva.

Este hecho manifiesta claramente que la talla medio-bilateral puede dar paso a un cálculo tan enorme como el que tenemos a la vista.

A haberse practicado la talla mediana, el cirujano se habria visto obligado a hacer la litotricia perineal, i ya sabemos las consecuencias que acarrea.

OBSERVACION 4.ª

Víctor Pyat, de 6 años, natural de Santiago, entró al núm. 32

de la sala de San Camilo el 17 de octubre de 1871. Verificada la existencia de un cálculo en la vejiga, practicóse la talla medio-bilateral i se estrajo un cálculo de fosfato-calcáreo del tamaño de un huevo de paloma.

Operacion el 21 de octubre.

Oct. 22.—A las 9 A. M. Pulso 132, respiracion 24, temperatura 39° 5 c.; pasó buena noche, orina por la herida, sin dolor. 1½ P. M.: P. 124, R. 24, T. 38° 4. Se administra caldo i leche.

Oct. 23.—A las 9 A. M. Pulso intermitente, T. 37° 6, pasó buena noche, lengua limpia, vientre corriente. 1½ P. M. se siente bien, T. 38° 4.

Oct. 24.—T. 37° 3 a las 9 A. M.; 36° 7 a la 1½ P. M.

Oct. 25.—9 A. M. Pulso intermitente, T. 36° 8; 1½ P. M. 36° 6.

Hace dos dias que tiene un poco de diarrea; adminístranse 50 centígramos de subnitrito de bismuto en tres papelillos.

Sigue después mui bien hasta el 29 de noviembre, cuando obtiene su alta, cicatrizada la herida i orinando con toda facilidad por el meato. Completamente curado.

El cálculo se fracturó en el momento de extraerlo. Es de naturaleza calcárea, un poco mayor que un huevo de paloma.

Ningun accidente vino a complicar esta operacion. El primer dia después de la operacion, la temperatura se levantó i los restantes descendió un poco mas que la normal, como puede verse mas arriba.

OBSERVACION 5.*

En mayo de 1870, N. N., de edad de 16 años se presentó con un cálculo vesical.

Ejecutóse la talla medio-bilateral sin observarse ningun accidente que merezca mencionarse.

El cálculo es extraído con toda facilidad.

Desgraciadamente, se desarrolla una inflamacion de la vejiga, de los uréteres i riñones que hace sucumbir al paciente a los doce dias después de la operacion.

El cálculo mural está formado principalmente de uratos.

Hecha la autopsia, se comprobó el estado flojístico de los órganos que hemos mencionado. Nada de particular en el trayecto que tuvo que hacer el cálculo para ser extraído.

OBSERVACION 6.^a

Pedro G., de edad de 15 años, fué operado por el mismo procedimiento con la asistencia de los doctores Aguirre i Murillo en la posada de Santo Domingo.

Desarrollóse una cistitis i refritis imposible de refrenar i el individuo falleció a los 18 dias después de la operacion.

OBSERVACION 7.^a

En julio 22 de 1872, ingresó al número 9 de la sala de San Camilo, Pablo González, de edad de 12 años, natural del Monte.

Verificada la existencia de la piedra, se hizo la talla de Civiale.

Se estrajo una picora del tamaño de un huevo de paloma i de naturaleza calcárea.

Julio 23.—No pudo dormir en la noche por lo doloroso de la herida. Pulso 168, pequeño, T. 40°6. Mucho dolor al hipogastrio, donde se aplican unguento napolitano con belladona i cataplasmas de linaza.

Julio 24.—Pulso miserable; mucho dolor a la rejion inguinal izquierda. Aplicase el mismo tratamiento del dia anterior. La orina sale con facilidad por la herida. Aceite de ricino, una cucharada; T. 39°6.

Julio 25.—Disminuye el dolor; T. 39°5, P. 132.

Julio 27.—Pasó buena noche; P. 120, T. 38°9. Vino.

Julio 29.—Sigue bien. Desapareció el dolor inguinal. Orina por la herida; P. 132, T. 38°.

Julio 30.—P. 112, T. 37°8.

Agosto 3.—Anoche i hoy orinó en gran parte por el miembro.

Agosto 4.—P. 108, T. 39°5. Los dias siguientes sigue bien.

Agosto 22.—Infarto en la ingle izquierda del tamaño de un huevo de gallina, dolor a la presion; aplicase el unguento napolitano con belladona i cataplasmas de linaza.

Edema; no hai fluctuacion. Dolor a la rejion lumbar. Dos ventosas escarificadas.

Los dias siguientes sigue mejor.

Tomando en consideracion las malas condiciones hijiénicas de la sala, se le permite salir, saliendo todavía algunas gotas de orina por la herida.

OBSERVACIONES 8.^a I 9.^a

Pedro Mendoza, de edad de 12 años, natural de Talca, ingresó a principios de noviembre de este año a la clínica esterna, con un cálculo en la vejiga.

Hace cinco años que fué operado el mismo individuo. Hecha la talla medio-bilateral, se estrajeron tres cálculos: uno del tamaño de una pequeña nuez, otro que tiene la forma de una pirámide triangular, i el tercero salió fracturado. Fué dado de alta después de esta primera operacion con una fistula, de la cual sanó completamente.

En noviembre del año corriente se presentó con un nuevo cálculo en la vejiga.

Operacion el 21 de noviembre por el mismo procedimiento.

La temperatura subió en los dias siguientes hasta 40°c., i el pulso hasta 140. Se presentó un dolor a la rejion inguinal izquierda, que desapareció después de haber aplicado el ungüento napolitano con belladona.

La defervescencia se efectuó el 2 de diciembre, i ya orina muy abundantemente por el meato.

El 13 de diciembre salen algunas gotas por la herida al tiempo de orinar.

Todavía permanece en la sala.

Como resulta de esta esposicion, de las nueve operaciones practicadas, dos lo fueron en el mismo individuo.

Analizando cada una de las observaciones, salta a la vista la falta de aquellos accidentes que muy amenudo sobrevienen a los cirujanos que operan por distintos procedimientos.

Lo repetimos, la herida del recto que tan frecuentemente complica la talla mediana, jamás se ha observado con la medio-bilateral.

La hemorragia ninguna vez se presentó. I esto se explica por la direccion de la incision de las partes superficiales inmediatas a la piel.

En los dos casos operados, seguidos de muerte en el hospital, se ha podido comprobar que la operacion se hizo sin herida del

bulbo o del recto, i no se produjo desgarradura de los órganos que atravesó la piedra, a pesar de ser bastante voluminosa.

Por otra parte, la talla medio bilateral puede dar paso a un cálculo de un gran diámetro sin esponerse a los terribles accidentes de los demás procedimientos.

El reproche de que la herida en la talla medio-bilateral no se cicatriza con la rapidez que en la mediana, puede talvez ser fundado, si se toma en cuenta la dirección de la herida en ambos procedimientos. Pero, para decidirnos sobre esto, esperamos nuevos hechos.

Podemos, pues, decir en resumen:

1.º Que la talla medio-bilateral puede permitir la salida de cálculos de mas de 48 milímetros en su diámetro menor, sin herida del bulbo o del recto i sin producir desgarraduras.

2.º Que no se han observado con este procedimiento hemorragias, ya sean primitivas, ya sean secundarias.

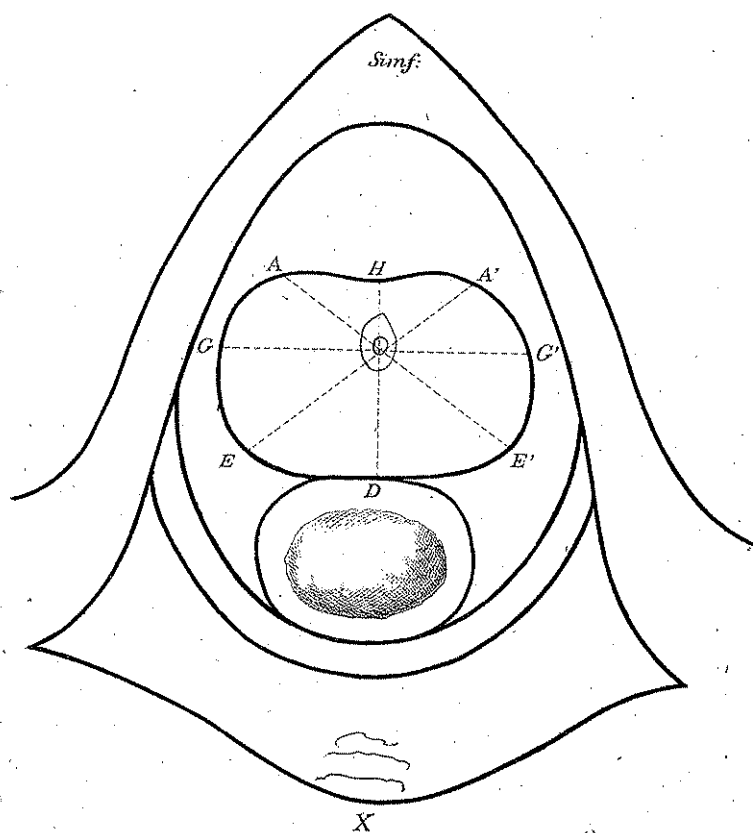
3.º No espone la infiltracion de orina, como se habia creído, por la diferente direccion de la herida de la próstata i del recto de la rejion perineal interesada.

4.º La esterilidad i la impotencia a que, segun dicen los autores, espone la talla, no tiene lugar en la medio-bilateral, si se toman en cuenta la direccion de la seccion de la glándula prostática i el trayecto de los conductos eyaculadores.

5.º La talla mediana, entre otros accidentes, espone a la herida de uno de los conductos eyaculadores i del recto. I si va acompañada de la litotricia perineal, acarrea graves accidentes en manos de hábiles cirujanos, como Rizzoli i Dolbeau; i es, como lo dice el doctor Rousseau, hablando de este procedimiento misto, una operacion delicada, difícil, que ocasionará algunos desengaños operatorios.

La talla mediana, la mas en boga en nuestra época, no habia aún sido estudiada comparativamente con la medio-bilateral con toda la importancia que era necesaria. Mas todavía, esta última era poco conocida, i si algunos autores trataban de ella, era sucintamente i solo para desacreditarla, diciendo que esponia a muchos peligros, que como ya lo sabemos por la práctica i la experiencia, son peligros de mera fantasía.

Apoyado en estos antecedentes, auguramos para la talla medio-bilateral el primer puesto entre todas las restantes,



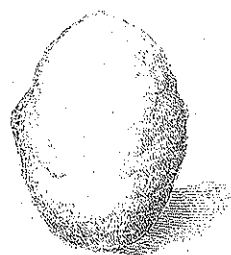


Fig. 1.

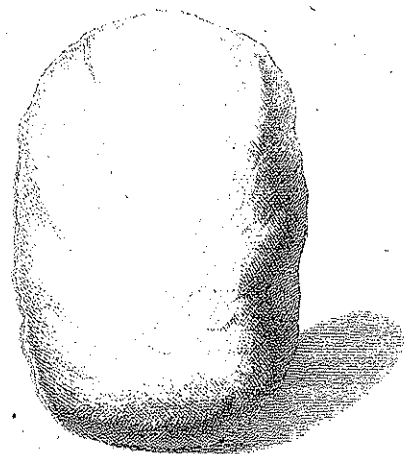


Fig. 2.

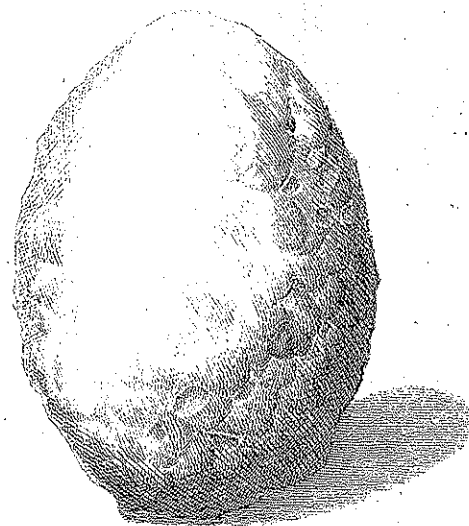


Fig. 3.

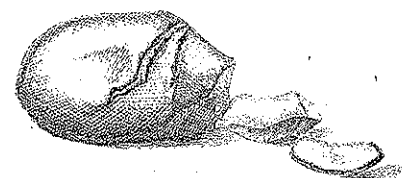


Fig. 4.



Fig. 5.

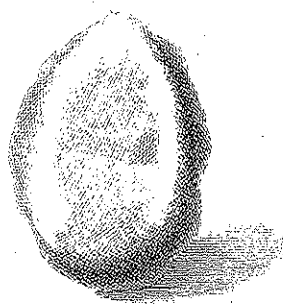


Fig. 6.

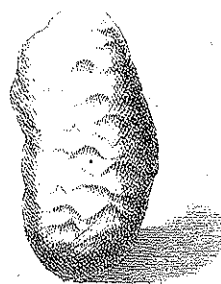


Fig. 7.

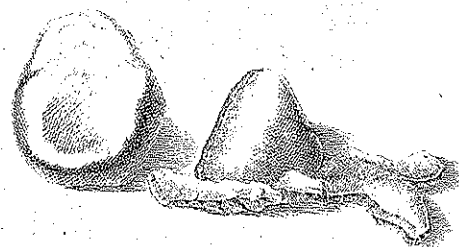


Fig. 8.



Fig. 9.

desde que, a la par de ser un procedimiento fácil i rápido en su ejecucion, pone al paciente al abrigo de accidentes jeneralmente mortales.

Santiago, enero de 1873.

La comision examinadora acordó publicar la presente memoria en los *Anales de la Universidad*.—*W. Diaz*, secretario.

MEDICINA.—*Podredumbre de hospital.*—*Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de medicina, por don Jacinto Ugarte.*

Esta enfermedad se halla íntimamente relacionada con las condiciones hijiénicas de los hospitales, siendo, por decirlo así, la norma que podemos tener para juzgar de la comodidad i aseo de un establecimiento hospitalario. Es, en efecto, enfermedad casi esclusiva de los hospitales i ambulancias, siendo escepcionales los casos que se han presentado en las habitaciones privadas.

Lo que influye mas poderosamente en su desarrollo, es la acumulacion de enfermos en lugares pequeños, bajos, oscuros, húmedos i sin una ventilacion suficiente; la proximidad de salas con enfermos atacados de afecciones epidémicas, fiebre puerperal, escarlatina, cólera, etc.; la infeccion del aire por los miasmas exhalados por las heridas i las diversas escresciones de los enfermos. Así se ha visto que, en camas que recibian directamente el aire infesto de las letrinas, se ha mostrádó la gangrena con mas persistencia e intensidad que en cualquiera otra parte. Jobert de Lamballe, Legouest i otros cirujanos han observado casos de esta especie.

Las causas debilitantes, como el escorbuto, el tífus, disenteria, los trastornos dijestivos, el embarazo gástrico, el poco cuidado de las heridas, las curaciones mal hechas i retardadas, que dejan permanecer el pus por mucho tiempo en contacto con la herida, i los excesos en el réjimen, influyen igualmente en su desarrollo.

Las disposiciones individuales que favorecen la manifestacion