

Esteban J Linacv

81-7-A=N 2

Letra E.

642

Ca 2523

Des palabras en favor de
la Galla Hepogástrica.



1882

Memoria lida, para optar al
título de Doctor por el Licenciado
en Medicina y Cirugía, Ciriaco
Esteoan Garcia.



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



531539065X

6 18467301
1 25450347



Ilustrísimo Señor:

La frecuencia con que se nos presentan en las clínicas, individuos que padecen calculosis, y la importancia de la operacion que generalmente requieren, hacen que con ansiedad, repitamos los autores que se ocupan de esta materia, en busca de un lenitivo para el enfermo, con la eleccion del proceder operatorio, y al mismo tiempo, para satisfacer esa necesidad tan importante del medico de tener un conocimiento perfecto de sus actos

Pero con frecuencia encontramos en los autores parrafos, que leidos sin examinarlos, nos dejan la duda de si habremos hecho por el enfermo todo lo que la ciencia puede; trataré de hacerme comprender con lo que formé para.

El Dr Delfau termina su capitulo en que trata de la talla hi-pogastrica. con el siguiente parrafo

« Si se piensa además que este método no se ha empleado sino en los casos mas desfavorables, desesperados en cierto modo, y por los procedimientos mas defectuosos, nos conveniremos forzosamente de que la reprobacion de esta operacion es al menos prematura, y que debe exami-

narse de nuevo, la cuestion de la talla hi-pogastrica » ? No parece encerrarse a qui la idea de que tal vez con el estudio, podamos encontrar algun consuelo para los enfermos;

Lejos de mi toda presuncion; nunca me he creido capaz de resolver punto tan importante, por que comprendo que para esto es indispensable tener practica en la materia y la mia es nula

Además, mis facultades intelectuales son escasas, pero tengo siempre el consuelo de que si nada he conseguido con mi trabajo, que de resultados practicos, el tribunal verá una prueba de mis

buenos deseos.

Se han ideado para la talla infinidad de métodos y procedimientos, siendo Celso el primero que nos describe esta operación de una manera algo detallada; dos dedos introducidos en el recto, rechazan el cálculo hacia el perrine; se incinde sobre aquel, sin conductor, todas las capas de la región. A esto se reducía el procedimiento conocido con el nombre de pequeño aparato, que Hipócrates juró no hacer y que sin embargo, fue puesto en práctica y perfeccionado por Miger, Sostrates y algunas familias que se dedicaban exclusivamente a

este género de operaciones, adquiriendo gran celebridad Juan Acorambo y su hijo Juan Antonio, Bernardino Genga y otros Sorcias.

Hacia mediados del siglo XVI aparece con Juan de los Romanos, el procedimiento llamado gran aparato, que dió gran fama a Mariano Santos; esto hacían uso de conductor, la incision de la piel en la línea media ó ceco; abrían la uretra en la región membranosa dilatandola así como también al cuello de la vejiga de un modo brusco, para extraer el cálculo; el gran número de instrumentos de que se servían, dió nombre a este procedimiento,

Pedro Franco en el mismo siglo XVI
se vió precisado á emplear otro méto-
do enteramente distinto á los an-
teriores. «Referiré lo que me sucedió u-
na vez, dice Franco, queriendo extra-
er un cálculo á un niño como de dos
años. Es el caso, que habiendo encontrado
un cálculo del grosor de un hueso de
gallina ó mas de él, hice todo lo povi-
ble para obligarle á descender, pero en
vista de que nada adelantaba á pesa-
de todos mis esfuerzos y por otra parte
considerando que el pequeño paciente habia
sufrido tan terriblemente, que sus padres de-
seaban que muriese mas bien que verle
padecer tan crueles tormentos, cuando
yo no quería que se me avergonzara de no

haber podido ó sabido llevar á cabo la opera-
cion, me decidí por la oportunidad del pe-
dre, de la madre y de los amigos, á divi-
dir los tejidos por encima de los huesos pu-
bis, para que así saliese el cálculo; pero
la incision se hizo sobre el pene un poco la-
teralmente en el sitio del cuerpo extraño, que
hice salir á la piel, levantando con mis
dedos introducidos en el recto, en tanto que
un ayudante lo sostenia con las ma-
nos en esta disposicion y comprimie por
la parte superior las paredes abdominales,
y de este modo se extrajo al fin el cál-
culo. El niño curó (no obstante de
haber corrido un gran peligro) y la heri-
da se cicatrizó, pero no aconsejo á na-
die que imite este procedimiento. Por

este tiempo Germain Collot opera del mismo modo á un facineroso que Luis XI cedió para que se ensayara este método, obteniéndose feliz resultado en quince dias. Francisco Bousset es despues de estos, el que primero se ocupa en describirla. Collot la ensaya en el Hotel-Dieu y solo dice que no le cree conveniente. Douglas la practica en Inglaterra el año 1719 desde cuyo epoca, otros cirujanos siguieron su ejemplo. Morat intentó introducirla en Francia; pero no pudo conseguirlo y hubiera caído en olvido á no ser por los trabajos de Fray Cosme, Souberville, Dupuytren, Everard y en estos últimos tiempos, Amusat y Baudouin.

Pedro Franco inventa la Talla lateral que Cheselden en el siglo XVII perfecciona con grandes resultados.

En 1816, Dupuytren inventó la bilateral, que mas adelante perfeccionó Delaton, dirigiendo con cuidado la parte inferior del recto, dando á su operacion el nombre de presectal.

He aqui de un modo superficial las principales faces que ha recorrido la talla; muchos más son los procedimientos que se han descrito, especialmente para la talla presectal y se distinguen en gral, por la direccion de las incisiones exteriores unas veces y otras por la de las interiores.

Basta considerar tantas modifi-

caciones como ha llevado la talla, para comprender la importancia de la operacion. En efecto, la region que se atraviesa para llegar a la vejiga, es abundante en vasos y organos importantes, como el bulbo, el recto y la prostata; esta, ha sido objeto de atento estudio por el peligro que en ella ocasionan los desgarros.

Para no ser muy difuso, resumire los accidentes que de un modo general, pueden presentarse en el acto operatorio, inmediatos, y consecutivos.

Accidentes operatorios.

Los que pueden ocurrir durante la operacion, son: hemorragia por seccion de una arteria, por lesion del

bulbo o del plexo venoso prostatico; he-
rida del recto, dificultad de funcionar
la uretra; dislaceracion de la prostata;
caminos falsos y dificultades pro-
cedentes de un calculo que no puede
cogerse.

Accidentes inmediatos.

Aqui comprenderé los que sobrevie-
nen despues de la operacion, pero al
cabo de un tiempo bastante corto;
tales son, la hemorragia, retencion de
orina, infiltracion de orina, inflama-
cion urinosa, intoxicacion urinosa, in-
foxicacion purulenta, flebitis, nefri-
tis, uremia, supuracion de la vejiga
y trastornos defectivos.

Accidentes

consecutivos.

Son la incontinenencia de orina, la impotencia, la esterilidad y las fistulas persistentes.

Conviene hacer conitar que can nunca se publican, hechos de esta naturaleza, sino que las estadísticas se limitan a contar, los muertos y los curados, preescindiendo de las deformidades consecutivas.

Si ahora nos detenemos a considerar la talla hipogástrica, nota remos lo poco que ha sido puesta en práctica, sin que por esto, existan en los autores suficientes datos para condenarla. ¿Será tal vez porque la estadística da a esta operación mayor

número de defunciones; lo lo creo suficiente motivo, si tenemos en cuenta que de ordinario, se emplea en individuos con las peores condiciones y que Yelley, ha demostrado el valor que tiene en las estadísticas de talla, el peso del calculo, que esté mas o menos en relación con su volumen. He aquí el resultado de mis observaciones: calculo de menos de dos onzas, 282 operados 37 muertos: calculo de dos onzas y mas 57 operados 31 muertos.

Examinemos ahora los accidentes a que según la mayor parte de los cirujanos, puede dar lugar la talla hipogástrica

Accidentes operativos.

La hemorragia, la herida del peneo, y dificultada, ocasionadas por

encontrarse el calculo enquistado
ó por no poderse extraer entero á ca-
usa de su volumen.

Accidentes inmediatos:

La infiltracion de orina, abscesos
urinarios y la peritonitis.

.... Desde luego se nota la diferen-
cia en el número de los accidentes á que
pueden dar lugar las tallos perineas
ó hipogástricas y si lo anali-
zamos uno por uno, veremos que la
hemorragia, es una escepcion de la
talle hipogástrica; pues cuando se pre-
senta, es por haber extendido dema-
siado la herida hacia los plexos
de Santorini, ó depende del es-

tado general del enfermo, segun ob-
serva el *Lor Mercier*.

De la herida del peritoneo,
dice *Delfau*, que no ocurrirá, si se to-
man las precauciones debidas. *Malgaigne*
dice que es menos un defecto de la
operacion que una falta del opera-
dor; y por último, *Villaur*, despues
de exponer numerosas razones anat-
micas, confirma que podemos sin
peligro de herir el peritoneo, penetrar
en la vejiga por encima del pu-
bis, ó condicion de no prolongar
el corte demaniado hacia arriba.

De las dificultades que pue-
de ocasionar el encontrarse el calculo

enquistado, adherido, ó por ser demasiado voluminoso y no poderse extraer, no me ocuparé, porque nada tiene de especial á la talla hipogástrica.

La infiltración de orina y los abscesos urinarios, son accidentes que motivan grandes reproches á la operación de que me ocupo; pero escuchemos á Delfau: « si se estudia á fondo esta acusación, se ve que los autores la reproducen sobre lo fe; los unos de los otros y admiran ver en que corto número de casos se fundan. Y si los casos de infiltración de orina después de la talla hipogástrica distan mucho de ser tan frecuentes como puede creerse leyendo los autores, no

tiene por otra parte nada de extraordinario, pues según advierte muy juiciosamente el Sr. Mercier « el primer efecto local de la permanencia de la orina en la superficie de una herida reciente que le da libre flujo, es efecto, no una infiltración, sino una induración de estos tejidos ». A priori, mas bien debiera temerse la intoxicación urinosa.

Souberville, no la vio aparecer mas que una vez en treinta operaciones. Pero si todo esto no fuera suficiente á daros ánimo contra este accidente, citaré un estudio que sobre la acción de la orina sobre los tejidos han hecho en estos últimos tiempos. Gosselin, A Robin, Mensel y

otros. La orina dicen, ejerce una acción perniciosa sobre nuestros tejidos. Tanto aplicada á la superficie de la piel, mucosas ó serosas, como introducida, en el interior de nuestros órganos, siempre determina una inflamación que se desarrolla mas ó menos pronto, según la susceptibilidad de los individuos.

El exstema de la piel de los grandes labios y del muslo, en las fistulas vesico-vaginales, las erosiones de la mucosa rectal en las fistulas vesico ó uretro-rectales, y la proctitis que sigue rápidamente al contacto de la orina, son de ello una prueba evidente. Sin embargo, la irritación de la piel y de las mucosas, no se producen sino á lo largo y puede decirse que la orina normal, no tiene carácter septicó.

Para demostrar esta proposición, basta recordar la muy generalizada costumbre de l. las gentes de campo, de llevarse las heridas recientes con orina, y que los heridos de guerra, recurren también á menudo á este medio, sin que de semejante práctica se haya observado el menor inconveniente. Cuando é consecuencia de un cateterismo que he herido la mucosa ó consecutivamente á una uretrotomía interna, después de la primera micción sobreviene una fiebre urínosa que ocasiona una muerte rápida. Será pues que la orina habrá contraído nuevas propiedades: será pues que este líquido simplemente irritante en estado normal, adquiere en ciertas condiciones propiedades tóxi-

cas tales, que un paso a la sangre determi-
na la muerte, produciendo la intoxicacion u-
rínica.

Sabemos que la orina, acida en estado
normal se hace pronto alcalina por ferme-
ntacion cuando ha salido de la vejiga y
que esta transformacion puede operarse en
la vejiga misma. Los doctores Simon y
Menrel, Meuron, Gosselin y Robin han
hecho experimentos relativos a la accion
de la orina sobre nuestros tejidos, en sus
dos condiciones de acida y alcalina.

Respecto de la orina acida, el doctor
Menrel establece la siguiente conclusion:

«La orina acida normal, no tiene pro-
piedad alguna flogogena o septica y no

produce la gangrena en virtud de su compo-
sicion quimica». Esta conclusion es igual a
la de Gosselin y A Robin.

La de Meuron es algo diferente: «La
orina fisiologica, está lejos de ser inocente. Pue-
de serlo, si es trasparente, limpida, debilmente
acida y no contiene mas que una debil con-
tidad de sales. Al contrario, es perniciosa y
lo es siempre, cuando es rica en sales. En es-
te ultimo caso, determina la supuracion y
puede llegar hasta producir la gangrena».

En cuanto a la accion de la ori-
na alcalinizada por descomposicion, es de-
cir, conteniendo carbonato de amoniac,
la conclusion de los diversos experimentado-
res, es siempre identica. Esta orina es muy
perniciosa y su contacto con los tejidos de

termina siempre la supuración y la gangrena. Según los experimentos de los doctores Gosselin y A Robin, la acción séptica de la orina amoniacal, no resulta únicamente de la presencia del carbonato de amoníaco, sino que es también debida a la existencia en ciertas orinas de fermentos organizados, bacterias, vibriones, &c.

Lo dicho es suficiente para poder sacar de ello algunas conclusiones del mayor interés práctico.

La orina se descompone en la vejiga al contacto del moco, del pus y de la sangre, productos que desempeñan el papel de fermentos: será, pues útil en los sujetos atacados de catarro vesical, no permitir que la orina permanezca mucho

tiempo en la vejiga. Será necesario lavar todos los días este órgano con agua fría hasta que el líquido salga limpio. El doctor Reliquet recomienda para estos casos el agua fenicada.

No practicaremos ninguna operación en la uretra ni en la vejiga, sin asegurarnos previamente, de si la orina es ácida ó alcalina. Para cuando la orina es alcalina, los doctores Gosselin y A Robin, han conseguido buenos efectos de la previa administración al interior del ácido benzoico.

Formulan la administración de este medicamento del modo siguiente: ácido benzoico de 1 a 3 gramos; glicerina neutra, de 4 a 6 gramos; julepe gomoso

150 gramos. Se puede llegar hasta 6 gramos al día. La neutralidad y la acidez de las orinas, se manifiestan por término medio a los siete u ocho días de esta medicación. Será también necesario, someter al enfermo a un régimen capaz de poner clara y trasparente la orina, a fin de disminuir la cantidad de sales.

Resultado pues, que antes de practicar cualquiera operación en la uretra o la vejiga, debemos asegurarnos de si la orina es fisiológica, pues el estado de la orina en el momento de la operación, debe servir mucho para juzgar del éxito de estas operaciones.

Creo no se pondrán en duda

estas ventajas, de las que hasta hoy no ha disputado la Falta hipogástrica.

Solo queda que estudiar la peritonitis, que puede ser producida según los autores, por la herida en el momento de la operación, del peritoneo o por el contacto de este sero con la orina. Accidente es este, que ha hecho a muchos desecar la Falta suprapúbica.

Pero quien desconoce hoy el gran triunfo conseguido por la cirugía, con la aplicación de la nieve en estas inflamaciones.

En el hospital de Sevilla durante los cursos de clínica he tenido

ocasion de ver mas de una herida
de vientro penetrante, curas sin
la menor complicacion a' benefi-
cio de la vida. Si mis palabras no
merecieran entero crédito ahí estan
las de mi distinguido el Dr Salado,
pronunciadas en el Congreso Medi-
co Internacional de Sevilla. « He curado
mas de 200 enfermos de heridas de
vientro y muchas de ellas penetrantes,
con la aplicacion del hielo, no habien-
do me presentado casi en ningun caso
peritonitis, ni otras complicaciones».

Me parece inutil detenerme mas
en este punto, basta lo expuesto.

Hechas las anteriores reflexio-

nes, creo poder formular las conclu-
siones siguientes:

Que no solo en los casos en que
hasta hoy ha venido indicada la
talla hipogástrica, tiene lugar, sino
que puede emplearse con ventaja
en general, en aquellos que se cree verda-
deramente indicada la talla perineal,
cualesquiera que sea el procedimiento
empleado.

Porque la region hipogástrica
es de estructura mas simple que la
perineal, facilitando con este motivo
el acto operatorio.

Durante la operacion en la
region perineal, hemos visto conque
frecuencia puede tener lugar la he-

ragie, que puede ser resultado de la he-
rida de los vasos arteriales, del bulbo
o del plexo venoso prostatico: hay tam-
bien, prohibición de herir el recto y
es imprescindible en los procedimien-
tos hoy empleados, atravesar la pros-
tata, cuyo órgano es con frecuencia des-
garrado. También nos exponemos al ca-
mino falso, y por último en ciertas ocasio-
nes tenemos que luchar con las dificulta-
des a que da lugar un cálculo que no
puede cogerse.

En cambio la región hipogástrica
no expone a hemorragias durante la
operación, y si bien es verdad que pue-
de herirse el peritoneo, hemos
visto que es efecto de la po-

ca habilidad del operador. Ningun
otro obstáculo se nos presenta en el
camino y el cálculo encuentra mejor
salida sin que sean de temer los desga-
rros: las tenaras se dirigen sobre el punt-
o extraño casi con seguridad abso-
luta y el dedo recorriendo libremen-
te toda la cavidad de la vejiga, re-
conoce fácilmente los cálculos pequeños
o fragmento de cálculo, con mayor cer-
teza que en ningún otro de los demás me-
todos de talla.

La hemorragia, re-
tención de orina infiltración, infla-
mación e intoxicación urínica, intoxi-
cación purulenta, flebitis, nefritis,
uremia, supuración de la vejiga y especialmente

la incontinencia de orina, las fistulas persistentes, la impotencia y la esterilidad, son los accidentes inmediatos y consecutivos a' que puede dar lugar el metodo perineal.

La infiltracion de orina, los abscesos urinarios y la peritonitis, son los accidentes inmediatos y consecutivos del metodo hipogastrico; accidentes que hemos visto podemos combatir ventajosamente; lo primero con la previa administracion del acido benzoico y un regimen adecuado, segun han manifestado los doctores Gorrelin y A Robin y el tercero o sea la peritonitis encuentra gran obstaculo a su presentacion

si aplicamos la nieve, segun prueba la practica.

No estrenara el Tribunal que alucinado quise con estos, que juzgo grandes ventajas, me atreva a proponer el siguiente proceder operativo.

Una vez diagnosticado el calculo y decidido a operar, empezaremos por administrar al enfermo, acido benzoico, en la forma antes indicada, sujetandolo al mismo tiempo, a una dieta escasa en sales, para evitar que aumente las de la vesiga. Cuando hayamos conseguido presente caracteres fisiologicos o al menos se aproxime a este estado podemos comenzar la operacion. Para ella tendre

mo dispuesto los instrumentos y objetos siguientes: un bisturí recto, otro convexo, un aponeurotomo, unas pinzas de diseccion, una sonda acanalada, una sonda acodada, un gorgorito superior, tenacillas rectas y curvas de diversas dimensiones, una jeringa de hidroceto, una sonda de goma, agua fría y agua templada, una solución fenicada de tinte, percloruro de hierro, pinceles, hilos, compresas esponjas, pinzas de ligar, cloroformo y de mas útiles indispensables para hacer la operacion con arreglo al método antiséptico.

Se necesita un ayudante para dar el cloroformo, otro para dar

al cirujano los instrumentos y objeto necesarios y otro para mantener la sonda si es preciso.

El enfermo se colocará sobre una mesa fuerte en decubito supino, muy cerca del borde derecho de la mesa, con los miembros inferiores ligeramente separados y mantenidos por almohadas poco altas; la pelvis se mantendrá elevada con una almohada colocada debajo de las nalgas; la cabeza y los hombros se levantarán ligeramente. En esta posición del enfermo está al alcance del cirujano el área operatoria; los músculos abdominales están relajados, los visceras abdominales no comprimen la vejiga y no está dificultada la manobra de la

sonda.

El cirujano se coloca a
la derecha del enfermo frente a
la pelvis.

Podemos empezar la cloroformi-
zacion que ha de ser completa; en
tanto se cloroformiza el enfermo, se api-
ta el abdomen y el pubis, si no lo
estuviere ya. Obtenida la anestesia,
se regulara en la posicion del enfer-
mo e introducimos despues en la vesi-
ga la sonda de goma por la que con
la jeringa de hidrocele inyectaremos
una colucion fenicada tibida.

Este liquido se inyectara suave y
gradualmente de modo que no pro-
voque una contraccion de la vesiga. no

No es necesario que sea gran canti-
dad y en todo caso evitaremos la su-
perdistencion de la visera. Hecho
esto se saca la sonda de goma; se coje
la acodada y se le introduce en la ve-
siga. Advertire que estoy conforme
Baudens en no aplicar ni la inyec-
cion ni la sonda que se suele emplear
como punto de referencia cuando el en-
fermo no puede tolerarla.

Imperamos el manual operatorio.

Con un bisturi convexo, practicare-
mos una incision que interese de
atrise abajo la piel y el tejido celular,
llegando hasta la linea blanca, en
la estension de tres dedos por enci-
ma y un poco por delante de la sinfi-

sis. Llevado el dedo al ángulo inferior de la herida reconoce el borde superior del pubis, e' en yo nivel, con unas pinzas de dientes, se coge y levanta la línea blanca; con el bisturi se le punciona; se desliza por debajo de ella la sonda acanalada, cuyo extremo debe seguir exactamente la pared posterior de la línea alta, debe aplicarse exactamente contra ella; una vez arriba este extremo, se incide con el bisturi de botón sobre la sonda acanalada este aponeurosis.

Con el índice izquierdo introducido en la herida se reconoce la vejiga; entonces llevando este dedo hacia el ángulo superior de la herida, se sechere hacia arriba el peritoneo; el ayudante mantiene separados los dos labios de la herida.

En este momento, toma el cirujano con la mano derecha el pabellón de la sonda y lo baja entre los muslos del paciente, de modo que haga el piec de la sonda una eminencia apreciable en el fondo de la herida. Entregando el pabellón de la sonda a un ayudante para que lo mantenga en posición puede el cirujano hundir el bisturi por delante de la sonda; divide algun tanto la vejiga de arriba abajo y desde el momento que la abertura es suficiente, introduce en ella el índice y lo encorve formando gancho para levantar y distender con mayor seguridad la pared anterior. En esta disposición conti.

una incindiendo hacia abajo en
extension necesaria, teniendo cuidado de
no prolongarle demasiado la fin de no
interior las ricas redes venosas del cuello,
ni el tejido celular q' las acompaña el
rededor del mismo. El gorgorito puede
suplir al dedo en este ultimo tiempo de
esto.

Se averigüe entonces la
posicion del calculo con el dedo y se le
extirpe con una tenacilla ó con los de-
dos indice y medio si el calculo es me-
diante; en todo caso procureremo no con-
fundir la vejiga. Por una nueva ex-
ploracion no aseguramos de que la
vejiga no contiene otra concrecion.

Concluido esto, se lava la herida con
una solucion ligera de acido fenico, se en-

ra con hilas empapadas en este solu-
cion y se cubre con una compresa.

Se visitará, para que
salga libremente por la herida la
orina. Se impedirá tambien que
la cicatrizacion de las partes superfi-
ciales, se haga antes que la de la vejiga
sea completa.

Por ultimo, de vez en cuando se
introduce una sonda de goma en la
vejiga y se empuja por ella una in-
yeccion que vuelve por la herida e-
rrojando al exterior sangre, pues eva-
guo. G.

Creo haber terminado
mi trabajo. Desahogado y mal es

presado solo tiene por objeto querer
hacer mas leve, una operacion hoy
tan dolorosa. Dicho me con-
sideraria si pudiese prestar algun
no fuere mas que una pequena
utilidad practica.

He dicho.



Madrid 28 de Octubre 1882.

Ciriaco Osteyen Garcia