

Nosotros tratamos en el curso anterior un enfermo que padecía un hematocele de ambos lados, cuyo tumor le habia sido operado años ántes, en la creencia de que se trataba de un hidrocele, y al hacerle el cirujano la puncion salió una serosidad rojiza; pocos dias despues de la cicatrizacion sele produjo el derrame, formando, como es consiguiente, el aumento de volúmen con su fluctuacion y demás síntomas que se marcan en este caso se presentan.

Verificamos una puncion y no salió líquido; entónces pudimos apreciar una gran cantidad de exudados que se extendian entre las hojas de la serosa dándole el aspecto trabecular.

Cerciorados ya del diagnóstico exacto, con las embrocaciones de tintura de yodo, pudimos conseguir el que desaparecieran todas las neo-membranas adquiriendo el órgano su volúmen normal en el espacio de pocos dias.

Tambien se ha propuesto para el hematocele una operacion que Gosselin ha bautizado con el nombre de *descortezamiento*, cuyo método quirúrgico consiste en separar los exudados serosos que recubren á el *didimo*.

La operacion se lleva á cabo segun vamos á exponer: se verifica una incision en el escroto sobre aquellos puntos en los cuales los exudados sean más abundantes. Separados los labios de la herida por medio de retractores, el cirujano introduce unas pinzas de ramas anchas, y haciendo presa de las neo-membranas; las vá separando por una diseccion obtusa hecha con la uña, con una espátula, ó con el borde romo de una tijera, con el fin de dejar limpia toda la cavidad comprendida por la serosa parietal y dimica de los exudados plásticos que la rellenan. Si se observara—ántes de la operacion—que éstos ocupan una gran extension y que mediante un solo corte no seria posible extraerlos, se ha recomendado el excindir una parte de las cubiertas del testículo para que de este modo quede más campo operatorio.

Si entramos en el análisis de la *descortizacion*, observaremos que este método operatorio ha de estar muy pocas veces justificado en la práctica, y para probar esta asercion, pasaremos revista á alguno de los casos principales del hematocele y del hidrocele.

La primera de dichas afecciones produce la formacion de los exudados plásticos, porque la sangre extravasada obra como un cuerpo extraño que, al provocar la flegmasia de la serosa, llega á

ocasionar la exudacion de la serosidad ó bien las neo-membranas que hemos indicado. En un principio, el objeto que el práctico debe proponerse es atenuar los efectos flegmáticos y combatir la salida de la sangre de los vasos que la contienen. Claro está que en este primer periodo la descortizacion no tiene razon de ser. Pero no han podido atajarse la marcha y desarrollo de las neo-membranas que se han formado en dicha region, y éstas vienen entónces á constituir una especie de cuerpo trabecular sumamente laxo y ondulatorio que puede dar motivo á que el cirujano lo confunda con un hidrocele.

En casos de duda, como el expuesto, se verifica la puncion y no sale el líquido ¿deberá estar en estas condiciones indicada la descortizacion? Tampoco lo creemos; estos estados obedecen perfectamente y llegan á modificarse por completo mediante las embrocaciones de tintura de yodo, como sucedió en la observacion que hemos citado, lo cual se explica, porque tanto el yodo como los resolutivos producen su accion con más seguridad en regiones constituidas anatómicamente, como las del escroto.

Supongamos, por último, que los exudados han llegado á adquirir tal consistencia que afectan una dureza considerable, como de ello hay algunos ejemplos. En estos, en los que parece la descortizacion más indicada, ofrece sus inconvenientes.

1.º Porque el traumatismo que se causa puede dar origen á nuevas flegmasias que podrían propagarse á el dídimo y al cordón espermático.

2.º Si el individuo tiene tendencia á la hemofilia, en cuyo caso es cuando hay más predisposicion á los hematoceles, la excision de las neo-membranas y las superficies cruentas que han de quedar, serán una causa de predisposicion para los exudados sanguíneos.

La descortizacion es anterior á Gosselin, pues ya Saviard la habia verificado mucho tiempo ántes; y en Setiembre de 1848, Malgaigne separó una neo-membrana de tres ó cuatro milímetros de espesor que estaba adosada sobre la túnica vaginal.

¿Cuando los exudados hayan adquirido una gran consistencia, qué medios podrán sustituir á la descortizacion? Atendiendo á el fin principal que debe guiar á el cirujano en esta clase de afecciones, cual es, el de que se reabsorvan los exudados plásticos, ó que se modifiquen en su constitucion, debemos poner en práctica los se-

dales, usándolos de cuerdas de catgut ó cerdas de caballo, que atravesasen las porciones más gruesas de las neo-membranas.

Velpeau, que fué el primero que inició este método lo verificaba del siguiente modo: hacia una incision en la parte anterior del tumor é introducía el dedo índice á través de los tejidos abriendo una contra-abertura en la parte más declive del escroto, pasando por ella y al través de éste una mecha larga de lienzo untada en cerato.

Si el método de Velpeau ofrecia algunos inconvenientes por la manera como se provocaba la flegmasía y la supuración, hoy, aplicando los sedales con cuerdas de catgut y empleando la cura de Lister, se puede conseguir el objeto que hemos indicado sin el temor á ciertas complicaciones.

Otras de las operaciones que se efectúan sobre el testículo, vienen á ser los desbridamientos, los cuales han de afectar distintas formas y direccion segun las indicaciones que se pretenda cumplir. Estos pueden interesar tan sólo hasta la cavidad vaginal, y entónces el objeto que el cirujano se propone es dar salida á la coleccion de líquido: como sucede en algunos hidroceles, cuando la túnica vaginal está muy engrosada ó cuando existe un estancamiento purulento. Nosotros practicamos un desbridamiento en un caso (del que ya hemos hablado) de infiltracion urinosa que habia llegado á adquirir una gran extension.

Tambien tuvimos que emplearlo para dar salida á una coleccion purulenta, que se habia formado con motivo de la introduccion de unos cordones para curar un hidroceles por el método de Argumosa. Tratábase en esta ocasion de un individuo, jefe de policia de Madrid, el cual padecia desde muchos años ántes un hidrocele que se habia hecho rebelde á las operaciones verificadas para combatirlo. Con el fin de poner en práctica un medio que obrase más eficazmente, quisimos ensayar el proceder indicado, que describe Argumosa en su *Resúmen de Cirugia*; pero léjos de contenerse la flegmasía en los limites necesarios, tomó tal incremento que vino á supuración toda la cavidad de la serosa vaginal. El pus acumulado se descompuso rápidamente, por lo que veíamos amenazado á el enfermo de complicaciones temibles.

En estas circunstancias, y ánte la inminencia del peligro, hicimos un ancho desbridamiento para dar salida á el pus estancado, lavamos con una disolucion bastante concentrada de ácido fénico

la serosa parietal y dímica, con lo que obtuvimos la cicatrizacion en pocos dias y sin contratiempo alguno.

En ciertas flegmasías del dídimo, como quiera que la túnica *albugínea* es inestensible, parecida en esta condicion á la esclerótica, es necesario, cuando la tumefaccion inflamatoria y los dolores son muy intensos, ejecutar desbridamientos que interesen una gran parte de la extension de dicha cubierta para que no se estrangulen los tejidos.

Estos desbridamientos no pecan nunca por demasiado extensos, porque mientras más desahogo tengan los tegidos flogoseados, más pronto se obtendrá la resolucíon; en cambio, si el cirujano por ser *en extremo* prudente hace tan sólo una pequeña incision, el resultado será más perjudicial que ventajoso.

Antes de terminar lo relativo á las flegmasías y traumatismos que en el testículo se producen, no queremos dejar de consignar un hecho, que para el operador debe tener gran importancia, porque por él nos podemos explicar complicaciones, que de otro modo pudiéramos ignorarlas en su génesis.

Así como las flegmasías de la uretra prostática (ya sean dependientes de una blenorragia ó de cateterismos) se propagan por el conducto eyaculador y deferente hasta llegar al testículo, provocando una horquitis, del mismo modo, las flegmasías y traumatismos que en este órgano tienen lugar, suelen producir fenómenos patológicos que se reflejan, no solamente sobre la uretra, sino tambien sobre el peritóneo dando lugar á peritonitis de la peor índole.

Varias observaciones pudiéramos citar en comprobacion de lo expuesto; pero nos concretaremos á un solo hecho que es por demás curioso. Existe en la actualidad en nuestra clínica de operaciones un obrero de una fábrica de tejidos, el cual, en una de las maniobras de su oficio, se hubo de clavar en el testículo izquierdo uno de los punzones de una máquina. Los dolores que este infeliz sufrió eran intolerables; pero afortunadamente se pudieron calmar y la flegmasia no tomó el incremento que era de temer. Mas, cuando habíamos podido contener el desarrollo de estos síntomas, se le presenta á el herido un dolor grande en el cuello de la vejiga y cuerpo de este órgano que nos hizo creer que se trataba de alguna complicacion de nueva especie, por lo cual tomamos una sonda, y con las precauciones consiguientes, reconocimos toda la

uretra y la vejiga, no encontrando en ellas ninguna alteracion á que poder achacar la causa de dichos fenómenos.

Al dia siguiente se le desarrolla á nuestro enfermo una peritonitis que tomó como punto de origen el orificio interno ó abdominal del conducto inguinal izquierdo, extendiéndose por la fosa ilíaca y vacío del mismo lado, llegando en pocas horas á propagarse á todo el vientre; pero siempre marcándose una mayor intensidad en el punto de partida.

Llegó este individuo con estas complicaciones á un deplorable estado inspirándonos muy serios temores, siendo lo notable del caso; que la herida del testículo seguia su marcha regular en tales términos, que aún persistiendo la flegmasía del peritoneo estaba cicatrizada la puntura.

Pudimos atajar perfectamente la complicacion del abdómen, y



Fig. 401. Aspecto que presenta el varicocele.

cuando parecia que el peligro habia desaparecido por completo, se levantó este enfermo una tarde, volviendo á presentársele todos los síntomas de peritonitis, la cual tuvimos que combatir con

bastante energía para poderla dominar; hasta que por fin hemos conseguido que entrara en una convalecencia regular y franca.

También algunos cirujanos han propuesto tratar quirúrgicamente el estado de la dilatación venosa de los vasos del cordón y testículo, que se conoce con el nombre de *varicocele*. Hay otros prácticos que opinan—como sucede á Tillaux—por la intervención, cuando las varices no son dolorosas, operando solamente en aquellos casos en que ocasiona el padecimiento grandes dolores.

Multitud de procederes se han recomendado para curar el va-

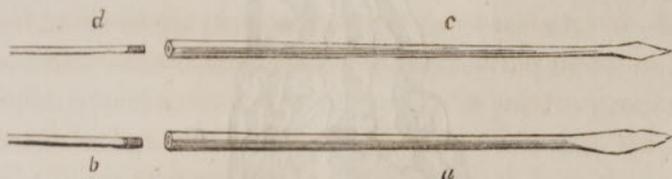


Fig. 402. Aguja *a* y *c* para pasar los hilos de plata *b* y *d*, con el fin de verificar el enrollamiento de la variz.

ricoccele, y entre ellos merecen mención especial: la compresión, la ligadura, el enrollamiento de las venas, y la cauterización.

Para llevar á cabo la compresión—dice Sedillot—se hace marchar á el enfermo algún tiempo ántes de la operación, para que las varices se ingurgiten y aumenten de volúmen. Hecho esto y puesto el enfermo de pié, se aprisiona con el índice y pulgar de la mano izquierda la piel que recubre á el cordón espermático,

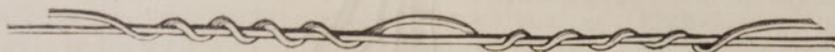


Fig. 403. Variz enrollada en el hilo metálico por el proceder de Vidal, de Casis.

del cual hay que separar las venas. Una vez conseguido, se sujetan los vasos y el pliegue de la piel con una pinza de tornillo, cuyo instrumento debe estar construido sobre el mismo mecanismo que los enterotomos. Otra pinza del mismo género, colocada más inferiormente, circunscribe una parte de longitud del varicocele para producir la mortificación de los tejidos.

La ligadura se ha practicado de distintos modos, pero el procedimiento que ha venido usándose con más frecuencia ha sido el subcutáneo. Para ello se pasa un largo alfiler por debajo de las

venas, sujetando sus extremos por fuera de la piel con asas de hilo, como si fuese un punto de sutura ensortijado.



Fig. 404. Paso de los hilos por delante y detrás de las varices sin comprender el cordón espermático. *a a*

Vidal ha recomendado un proceder denominado *enrollamiento*, que Sedillot describe de la manera siguiente: un hilo de plata *b d*

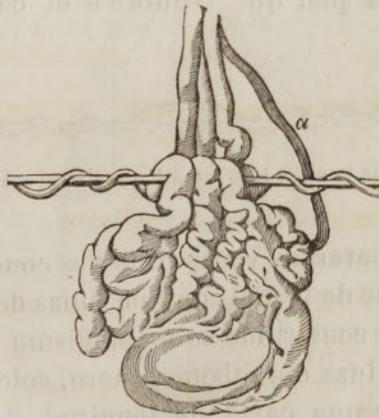


Fig. 405. Varices enrolladas á la varilla metálica.

se pasa con la ayuda de una aguja recta *a e* por detrás de los vasos. Por la misma puntura y contrapuntura se coloca otro hilo

por delante de las venas varicosas, dándoles á los dos alambres un movimiento giratorio—como representa el grabado—en el sentido transversal ántero-posterior.

Las venas varicosas disminuyen de longitud, por el enrollamiento, aproximando el testículo al orificio externo inguinal.

La cauterizacion ofrece grandes peligros, toda vez que la accion destructora no se puede limitar con facilidad, y como quiera que muy próximos pasan el cordon espermático, la arteria y los nervios, es peligroso un procedimiento que, como la cauterizacion, obra destruyendo los tejidos.

En resúmen: el varicocele no debe operarse sino en último extremo, cuando sean intensísimos los dolores que el enfermo padezca. Dicha afeccion es difícil de remediar por los procederes quirúrgicos que se han recomendado; lo cual ha hecho que se haya generalizado entre los cirujanos una especie de *excepticismo bastante significativo*. Por último, las operaciones que se verifican sobre el *varicocele* pueden acarrear la flebitis con las temibles consecuencias de esta complicacion; mas en el caso de operar, el procedimiento de Vidal, de Casis, es el que reúne mejores condiciones.

## LECCION CXXI. (1)

Tratamiento quirúrgico del hidrocele.— Procedimiento de que se vale Saint Germaint.— Division en métodos paliativos y radicales.— Indicaciones que cumplen los primeros.— Cura radical —¿Qué concepto merece la cauterizacion? — Procedimiento de los *bardones*, recomendado por el Dr. Argumosa.— Id. del Dr. Ramon E. Morales con las punciones capilares múltiples.— Puncion é inyeccion.— Estudio de los líquidos que deben inyectarse.— Método de Volkman.

Sabido es que algunos distinguidos prácticos recomiendan en la actualidad aplicaciones tópicas, con las cuales se proponen el conseguir la reabsorcion del líquido derramado en la túnica vagi-

---

(1) Esta leccion íntegra pertenece á la pluma de nuestro querido amigo y compañero del Hospital de la Princesa, Dr. Ustariz.

Sabíamos los estudios que éste habia hecho sobre el *Tratamiento quirúrgico del hidrocele*, las numerosas operaciones que lleva verificadas para combatir este afecto—muchas de las cuales presenciamos—y hemos querido, en

nal que envuelve al testículo, evitando con tan sencillo recurso una intervencion quirúrgica y el temor de las consecuencias que á todo acto operatorio, por sencillo que sea, pueden acompañar.

Merece especial mencion entre los preconizadores de estos medios el Dr. *Saint-Germain*, el cual asegura la curacion radical del hidrocele en el espacio de una á seis semanas, con la sencilla aplicacion de unas compresas empapadas en una disolucion saturada de clorhidrato de amoniaco, si bien es necesario advertir que el autor sólo le ha ensayado en los niños, y al parecer en los hidroceles congénitos, en donde se tiene por cosa sabida, el que una ligera compresion basta para hacer desaparecer el tumor sin necesidad de ningun otro recurso terapéutico.

Los que aconsejan el empleo de otros fomentos, emplastos y pomadas, hay que confesar ingenuamente, que desconocen en un tanto la patogenia de esta afeccion, y que esperan una solucion satisfactoria de parte de la serosa afectada, olvidando que ella no es más que la responsable de sucesos que nó tienen lugar en su dominio, sino en los tejidos vecinos con quienes conserva íntimas relaciones, y de las cuales responde afectándose, cuando le obligan los procesos inmediatos que en el testículo y principalmente en el epidídimo ocurren. De aquí, el que este padecimiento sea uno de los más esencialmente quirúrgicos por su tratamiento, pues siempre se ha buscado la resolucion de él por virtud de los medios operatorios, en cuyo terreno presenta la medicina que de estos asuntos se ocupa, un rico y variado arsenal en donde escoger.

Inútil seria hasta cierto punto, el hacer una enumeracion rápida de todos los métodos que se utilizan para operar el hidrocele, si de ella no habia de reportarse más ventaja que el hacer conocer unos cuantos nombres, de distinguidos profesores, cuyo celo en pró de la curacion de esta afeccion es digno del mayor encomio; pero que demostrando hoy la práctica la insuficiencia del remedio,

---

bien de nuestros lectores, dar cabida en nuestra Obra á un trabajo verdaderamente práctico y de gran enseñanza.

Fundados en esa amistad que se fomenta en la juventud y entre los humildes obreros de la inteligencia que ensanchan su *aprendizaje* en las Clínicas de los Hospitales, hemos suplicado á nuestro cólega la insercion en este Tratado de dicho trabajo, á lo cual ha accedido con ciertas observaciones hijas de la verdadera modestia.

han pasado á servir como datos históricos, á los rebuscadores de antigüedades ó á los eruditos concienzudos.

Dividiremos los métodos operatorios, segun el resultado práctico que el cirujano se propone: en *paliativos* y *curativos*, aspirando con los primeros sólo á evitar momentáneamente la molestia que el paciente aqueja, y realizando con los segundos la curacion radical del padecimiento, no sólo en el presente, sino teniendo en cuenta la facilidad de la reproduccion para el porvenir, acudiendo á hacer imposible la reaparicion del líquido.

*Tratamiento paliativo.*—En los individuos pusilámines; en los que alguna discrasia pudiera hacer temer las consecuencias de la inflamacion, que casi todos los métodos de cura radical provocan; en aquellos que por el género de vida que tienen, y por sus múltiples ocupaciones no pueden destinar ocho dias á la quietud y al reposo; y en los ancianos que sólo desean verse libres de la molestia que el tamaño del escroto presente, importándoles poco la reproduccion, en estos casos está indicado el tratamiento paliativo, que consiste sencillamente en la extraccion del líquido deramado en la vaginal.

La operacion debe rodearse de las mismas precauciones que para las practicadas por el método de inyeccion, puesto que al fin no es otra cosa más que el primer tiempo de ellas. Cerciorado el profesor que vá á operar, de la posicion del testículo, y colocado el paciente echado en decúbito dorsal, con las piernas dobladas, y puesto el cirujano al lado derecho, abarca con la mano izquierda la base del tumor, procurando el que la parte libre quede tensa y prominente; sujeto entre tanto el trócar con la mano derecha, apoyado el extremo del mango contra la palma de la mano, y untada la extremidad punzante con una sustancia grasa, la apoya contra la piel del escroto, y con fuerza y al mismo tiempo sin violencia ni precipitacion, hunde el instrumento dentro de la cavidad que encierra el líquido. Una vez que se nota la libertad en que se encuentra la punta del trócar y que de éste ha introducido tres ó cuatro centímetros, se retira el punzon dejando la cánula quieta, la cual debe confiarse á un ayudante algo experto, para que no haga traccion ninguna y deje á la cánula el que vaya hundiéndose, segun el líquido sale y el escroto se repliega. Vaciado el contenido, la operacion queda terminada con la extraccion de la cánula, y la aplicacion, en la abertura hecha por el trócar, de una pequeña

*cruz de Malta*, bien de aglutinante ó tafetan, y la colocacion de un suspensorio que sostiene exactamente las partes, pudiendo el operado volver, por lo general, á sus ocupaciones como si tal operacion se hubiera hecho, ó recomendándole por aquel dia alguna quietud y una alimentacion ligera.

Los perfeccionamientos que á esta operacion paliativa pueden aconsejarse, estriban en la forma del trócar, ó del aparato que debe usarse. La mayor parte de los autores recomiendan el empleo de trócares con llave, para que una vez salido el líquido del hidrócele, se pueda con este sencillo mecanismo de llave en la cánula, sin pedir que entre algun aire por su tubo, poniéndose en contacto con la serosa, lo cual podria producir inflamaciones en ella, que á toda costa se desean evitar, y que aunque temor exagerado bueno es tenerle presente, sobre todo, si se opera en atmósferas de aire no muy puro. Pero parécenos, que mejor podria precarverse este temor con el uso de algunos de los aspiradores pneumáticos, hoy tan en boga, y con los cuales se realizan todas las exigencias que en esta materia puedan tenerse.

La reproduccion puede notarse en los casos en que se practica la simple puncion, á los dos meses, á los seis y en algunos individuos al año, y se citan hechos, en verdad raros, en que el hidroccele no ha vuelto á reproducirse.

*Cura radical.*—Ya hemos indicado ántes, que la variedad de los métodos es notable, para tratar de obtener la cura radical del hidroccele, y algo debe llamar, desde luego, la atencion, al contemplar el inmenso número de procederes que con tal idea se usan, pues de seguro no habrá uno que se haya impuesto por su bondad, cuando aún se busca, se inventa y crean recursos, que suelen durar muchos de ellos, lo que de su rápida lectura se recuerde; si bien, en cambio, es forzoso confesar, que hoy el arte cuenta con medios tan eficaces, que puede el cirujano prometer una curacion en cuanto dentro de lo factible pueden asegurarse estas cosas.

En la necesidad de relatar los métodos principales y que aún encuentran defensores decididos, vamos á empezar su descripcion, ateniéndonos tambien al gusto clásico, puesto que al fin el objeto se consigue y no hay con esto que cometer faltas de método, que tanto suelen herir á los amantes del rigorismo de escuela.

La *cauterizacion*, que algunos atribuyen su empleo para la cura del hidroccele á Guy de Chauliac, es citada, sin embargo, por Pablo

de Egina, ó segun Leonidas, hasta por Aécio. Tuvo su época de boga, debida á la preferencia que por ella manifestaron Salicet, Thevenin, Severin y Dionis, cayendo luego en tal desprestigio, que los autores sólo la citaban para rechazarla duramente. Sin embargo, Sicher publica un caso tratado por la cauterizacion con la potasa cáustica, aplicada al escroto en su parte inferior, produciendo la caída de la escara la abertura de la cavidad vaginal, y produciéndose la curacion sin accidente alguno. En 1856 el periódico el *Scalpel*, de Lieja, publicó diez casos de curacion con el mismo método, bastando la inflamacion que produjo el contacto del aire en la serosa para conseguir el objeto deseado. En este camino de las cauterizaciones, no sólo no se han limitado á la aplicacion externa de estas sustancias, sino que se ha querido que el contacto fuera directo con la vaginal, tocando á esta membrana con el nitrato de plata, introduciendo en su cavidad un grano de óxido de mercurio, y aún haciendo inyecciones de una disolucion concentrada de sulfato de zinc.

Las consecuencias desastrosas de la mayor parte de estos ensayos, las torturas para el paciente y los temores que han preocupado el ánimo del cirujano en los casos afortunados, han hecho el que hoy la opinion unánime deseche el empleo de la cauterizacion por fuera y por dentro de la cavidad vaginal, no teniendo ninguna indicacion precisa ni determinada.

El olvido en que ha caído el procedimiento del sedal, aún despues de los perfeccionamientos de Green, de las agujas de Orse-noort y de Kerst, nos relevan el tratar este medio de cura del hidrocele. El desagüe y la colocacion de cuerpos extraños en la cavidad vaginal, tampoco merecen detenimiento alguno, sino fuera por que, obedeciendo algo á este criterio, tenemos un proceder de un cirujano español, tan eminente y tan respetado como el doctor Argumosa, y á cuya sencilla descripcion nos obligan deberes de respeto y de patriotismo. Conócese entre nosotros por el *método de los bordones* y consiste en hacer una puncion en el sitio elegido con el trócar de Petit, y ántes de que la evacuacion se haya llevado á cabo, se introducen por la cánula tres *bordones*: uno anterior y dos laterales, retirando la cánula y dejando á los bordones en esta posicion, 24 ó 48 horas, segun la intensidad de la flegmasia que se pretende obtener. Advertiremos únicamente, que hoy nadie emplea el método del Dr. Argumosa, sin duda porque los más en boga

son los más sencillos, y no exponen á los peligros que suelen verse con él (1).

Tambien recordaremos otro proceder de un distinguido cirujano del Hospital general de Madrid, D. Ramon Eusebio Morales, —cuya reciente pérdida es aún llorada— que consiguió con su nueva operacion del hidrocele llamar la atencion de los prácticos de este país, citándose algunos casos, si bien en verdad poco numerosos, en que se empleó con éxito. Consiste en hacer la puncion múltiple del quiste, con unas agujas de acero ordinarias, pero de grueso y longitud fijas; el grosor corresponde á los cinco primeros números, con que en el comercio se designan las agujas de coser, y la longitud de quince á veinte líneas y sujetas ó soldadas á un pequeño vástago metálico. Se hace la puncion entrando un poco oblicuamente ó en bisel y en direccion al eje del diámetro mayor, caminando la punta hácia la serosa, que debe rozar linealmente, y despues se saca con rapidez, soliendo acompañar á esta salida un sutilísimo surtidor del líquido contenido.

Las punciones deben hacerse en un número que varia de seis á doce y mediando de una á otra, pulgada y media. Constantemente se observa la resolucion del tumor, perdiendo de dos á cuatro onzas diarias del derrame; sin embargo, se ha visto desaparecer el derrame en veinticuatro horas, pero no es lo comun, haciéndose necesario advertir, el que debe recomendarse al paciente la mayor quietud, sin que se haga necesaria la aplicacion de ningún vendaje.

Esta operacion, designada por el distinguido profesor con el nombre de *pérforo-acupuntura múltiple*, apénas si hoy dia es recordada por algun compañero de aquel célebre asilo de la caridad y de la ciencia.

Y saltando por los demás medios que se han empleado y que harian sumamente recargado este estudio, nos fijaremos en los dos métodos que hoy llaman la atencion de los cirujanos, y que se disputan la preferencia: cuales son la puncion é inyeccion y la incision por el método de Volkmann.

---

(1) Los sedales con cuerdas de *catgut* que se han ensayado recientemente, no dejan de dar excelentes resultados, pues cumplen tres fines: la salida paulatina del líquido, la provocacion de la flegmasia adhesiva y la no produccion de los fenómenos supuratorios, por las propiedades antisépticas de dichos cuerpos. [N. del A.]

*Puncion é inyeccion.* —La primera parte es análoga en un todo á la descrita en el tratamiento paliativo, y una vez vaciado el liquido contenido, empieza el segundo tiempo ó sea la inyeccion que requiere: indiquemos algunos detalles. Mientras se ha estado favoreciendo la salida del contenido de la cavidad vaginal, un ayu-

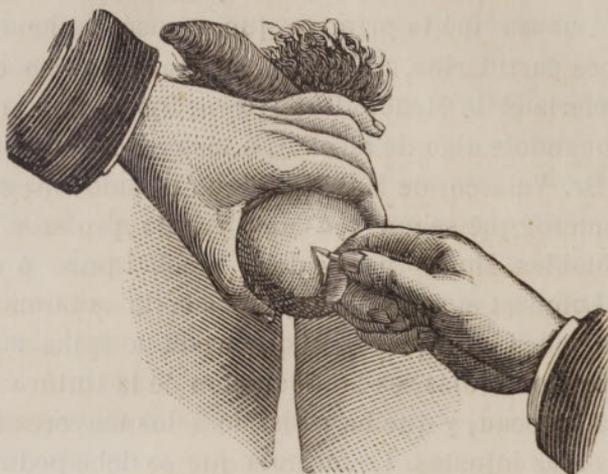


Fig. 406. Puncion del hidrocele.

dante ha cargado la jeringa con el liquido que se vá á inyectar y ha comprobado el que no queda aire alguno dentro de su recipiente. Cuando el profesor avisa, el ayudante aplica á la abertura externa de la cánula el extremo de la jeringa y el cirujano sujeta las dos partes reunidas, impidiendo la separacion. Estos detalles son ociosos, si se emplea el aspirador Dieulafoy ó Potain, porque el sencillo mecanismo de estos aparatos, favorece la extraccion de la serosidad y la inyeccion del liquido que se quiera, sin molestias ni perturbaciones de ninguna clase.

La cantidad del liquido que se inyecta ha de variar, segun su clase y condicion, así en los casos más frecuentes de inyeccion vinosa, alcohólica ó yódica; se procura introducir una cantidad aproximada á la de serosidad extraida, la cual se calcula por el tamaño del escroto. Ligeros movimientos de bazuqueo ponen en contacto de toda la membrana serosa al liquido inyectado, y trascurridos de dos á cinco minutos de permanencia en la cavidad, se le dá salida, procurando que quede la menor cantidad posible dentro de la serosa. Para la salida del trócar y cura consecutiva recuérdese lo dicho ántes, al tratar de la puncion simple, con la

advertencia, de que despues de la inyeccion, el operado debe quedar quieto en la cama, un espacio de tiempo que puede variar de ocho á quince dias.

En donde reside la importancia de este método, es en la inyeccion, y de la inyeccion en la naturaleza del liquido empleado, punto sobre el cual hemos de decir algunas palabras. Parece ser que la inyeccion vinosa fué la primera que se usó, teniendo aún en el dia muchos partidarios. Earle, preconizaba el *vino de Oporto*; Funcker, preferia el de Medoc; Dupuytren, fijó el vino rojo ordinario, adicionándole algo de alcohol, ó bien cociendo en él hojas de rosas; el Dr. Velasco, de Madrid, sigue usando un cocimiento de vino y romero, que segun tan distinguido profesor le presta servicios notables. Monro ha usado el alcohol puro ó debilitado con agua, y Lombert el agua de cal, cargada de sublimado corrosivo; pero de todos los liquidos, el que hasta la fecha sostiene su primacia sobre los demás, es la disolucion de la tintura de yodo; idea debida á Velpeau, y que ha resistido á los mayores embates y á las criticas más injustas. La fórmula que se debe pedir es:

Tintura alcohólica de yodo. . . . .	40	gramos.
Agua destilada. . . . .	40	»
Ioduro potásico. . . . .	1	» 50 centígramo.

puede llevarse sólo la tintura de yodo, y verterla en la serosidad extraida del hidrocele, como recomiendan muchos autores, teniendo la ventaja de que á su perfecta solubilidad, se lleva graduada la cantidad necesaria de liquido, ménos alguna pequeña parte que representa la adicion de la tintura.

Pereira de Fonseca inyecta una disolucion de 2 á 8 gramos de sulfato de cobre en 190 á 250 de agua, y relata 25 casos, con 21 curacion radical. M. Monod, modificó, en 1871, el método de la inyeccion, extrayendo con una jeringa de Pravaz una cantidad de liquido análoga á dos jeringas, é inyectando otras dos de alcohol puro; parece ser que este medio no obliga á guardar cama, y los resultados obtenidos hasta hora son bastante notables. Houzé, de l'Aulnoit, inyecta algunas gotas de percloruro de hierro, citando catorce observaciones, en las cuales hay un sólo caso de recidiva. De una manera completa sustituyó el célebre cirujano berlinés, Langenbek, las inyecciones de la tintura de yodo por las de cloriformo, hácia el año 1859, sin que el hecho tuviera gran resonancia

entre los cirujanos, y aún creemos que abandonándole el mismo autor, hasta que M. Liégard (de Caen) volvió á despertar la atención del empleo del cloroformo inyectando unos 20 gramos, que dejaba sólo algunos minutos en contacto de la serosa. Siete veces he usado este recurso en el hidrocele, que han sido siete éxitos, por más que en los dos primeros casos el intenso dolor que los enfermos aquejaban, estuvieron á punto de decidirme á abandonar su empleo, tanto más cuanto el tiempo de duracion para conseguir la curacion completa variaba poco del que tarda en obtenerse con la inyeccion yodada; pero recapacité que posiblemente estribaria la intensidad de dolor, en que procurando variar todo el liquido contenido en la cavidad de la serosa, dejaba que el contacto fuera más inmediato y más brusco (1). Conforme con esta manera de pensar hice una tercera operacion y entónces dejé una cantidad regular de serosidad, inyectando 15 gramos de cloroformo, cuya sustancia permaneció durante cinco minutos mezclada con el liquido ya existente, extrayéndole despues todo, y, con asombro mio, el enfermo apenas se quejó.

La inflamacion fué poco intensa, y el paciente dejó el Hospital á los diez días. En otros cuatro casos he seguido el mismo método con idénticos resultados; y como quiera que el liquido de inyeccion se encuentra en cualquier parte, y la cantidad no es considerable, y las molestias son escasas, me atrevo á recomendarle, por experiencia propia, á la par de la inyeccion yodada clásica, cuyas ventajas son indiscutibles.

Quédanos, como último procedimiento, la incision del tumor, segun el método de Volkmann, la cual vuelve hoy á reclamar un puesto importante despues de haber recibido las más duras y justas censuras. Sin embargo, el método aleman reviste una trascendental importancia, y disputa á la inyeccion yodada el *ctro de la supremacia* para la curacion radical del hidrocele.

La descripcion es sencilla: se practica una incision de unos

---

(1) Nosotros verificamos, al mismo tiempo que el Dr. Ustariz, los ensayos con el cloroformo, obteniendo dos curaciones, y en uno de los enfermos se trataba de una recidiva, á pesar de haberse empleado la *tintura de yodo*. Tambien pudimos notar en los operados los intensos dolores, á que se refiere nuestro cólega, por lo que creemos una modificacion utilisima, la que dicho cirujano propone para evitar los sufrimientos: único inconveniente con que tropezaba el método operatorio (N del A.).

cinco centímetros, y despues de vaciado el liquido se hacen inyecciones en la cavidad del hidrocele con una disolucion fenicada. Se unen la pared interna de la túnica vaginal con la piel por medio de suturas de catgut en número de diez y seis ó veinte, se pone un tubo elástico de desagüe en el interior del saco, dejando abierta la herida, ó suturándola segun otros.

El escroto se envuelve enseguida en capas de gasa fenicada y se sujeta todo con vendas fenicadas; á los cinco dias puede descubrirse la herida que suele estar ya cicatrizada, quitándose el desagüe y obteniendo la curacion á los ocho ó diez dias. Todos los detalles de la cura antiséptica deben observarse con gran rigor, pues la transgresion más ligera en este sentido pudiera hacer fracasar el éxito que casi siempre corona á esta operacion.

Cientos de casos curados se registran ya por el método de Volkman, cuya utilidad ni aún nos permitiremos discutir; pero sí nos atreveremos á aconsejar, que mientras el manejo de las curas antisépticas no se haya generalizado mucho, y no estén todos los que intervienen en una operacion persuadidos del papel importante que en ella tienen, y la necesidad del rigorismo que á estas curas acompañan, se abstengan de practicar la incision, limitándose á las punciones con inyeccion, con las cuales conseguirán de ordinario los resultados apetecidos.

# APÉNDICE.

---

La gran rapidez con que se han publicado los cuadernos de este *Tratado de Operatoria quirúrgica*, es el motivo de que no destinemos gran extension para exponer nuevos hechos quirúrgicos; pues estos los hemos ido incluyendo en el texto á medida que de ellos hemos tenido conocimiento; de modo, que al finalizar la obra tenemos muy poco que anotar.

El cirujano inglés Mac Ewen ha publicado unos artículos sobre la trasplantacion ósea que presentan algun interés en el terreno experimental; pero no se destacan deducciones que puedan utilizarse de una manera inmediata en la práctica quirúrgica.

En igual caso se encuentra un estudio bastante concienzudo redactado por Artaud y Gilson, acerca de la distension nerviosa. Dichos cirujanos, despues de una reseña histórica (alguno de cuyos datos ya conocen nuestros lectores por haberlos indicado en el texto de este Tratado de Operatoria) establecen las indicaciones principales que puede cumplir este método quirúrgico, y entre ellas señalan las neuralgias, contracturas, espasmo traumático y convulsiones parciales, parálisis periféricas, tétanos y afecciones de los centros nerviosos. De la primera citan 70 observaciones de distintos operadores, habiendo obtenido un gran número de buenos resultados. En las parálisis periféricas hubo varios éxitos favorables, así como tambien casos de muerte (1).

Terrier ha dado á conocer en la *Revista de Cirugia* las observaciones correspondientes á 25 ovariotomias, no habiendo tenido que lamentar más que dos muertes, que el mismo cirujano achaca á la peritonitis. En dichas ovariotomias ha dejado algunas veces el pediculo fuera del abdómen y en otras dentro de él. En el mayor número de operadas tuvo que despegar bastantes adherencias.

---

(1) *Revue de Chirurgie.*

Con el objeto de completar la parte histórica de la *ovariotomía en España*, manifestaremos, que la enferma que operó el Dr. Castillo Piñeyro—de la cual hemos hecho referencia anteriormente—curó á los 19 dias de la operacion. A mas hay que anotar tres éxitos desgraciados (ocurrido alguno de ellos á poco de terminarse la maniobra quirúrgica) en ovariotomías practicadas por los doctores García Camison, Gonzalez Encinas y Cardenal Fernandez.

Varios otros hechos registran las colecciones periódicas que no tienen un primordial interés, por lo que nos eximimos de indicarlos en este lugar.

Con el objeto de exponer algunos grabados referentes á operaciones quirúrgicas ya descritas, así como un vendaje vaginiforme, presentado por nuestro hermano, Dr. D. Francisco Morales, en el Congreso Médico de Sevilla celebrado ultimamente, hemos querido alargar este Apéndice para darles cabida (1).

### VENDAJE VAGINIFORME DESINFECTANTE.

---

En ciertas ulceraciones, especialmente las venéreas, así como en diversos procedimientos quirúrgicos que recaen sobre el órgano peniano, es difícil emplear un buen vendaje que, al mismo tiempo que cumpla como contentivo, reúna las necesarias circunstancias para acomodarse á las diversas indicaciones que han de surgir en los casos que en la práctica se presentan.

Estos motivos impulsaron á nuestro hermano Dr. Francisco Morales, médico de Sevilla, á presentar, en el Congreso que últimamente se celebró en dicha ciudad, un *vendaje vaginiforme desinfectante*, cuya pieza de apósito habia empleado en diversas circunstancias, habiendo podido deducir en ellas las ventajas que ofrecen en la práctica.

Dicho vendaje se compone de una compresa de unos 10 á 12 centímetros cosida en la mitad de su longitud, quedando entonces una abertura anterior á la cual se añade una parte de lienzo redondeada y hácia la posterior que queda abierta para el paso del pene—se cosen cuatro vendoteles: dos más cortos, colocados en la

---

(1) Véase el tomo I, página 235.— Género 5.º de los vendajes compuestos de la clasificación de Gerdy.

mitad de los bordes, y otros dos más largos (anudados á 12 ó 14 centímetros) cosidos en los ángulos posteriores de la compresa, convertida ya en *vendaje vaginiforme*.

Este lleva una cubierta de impermeable para contener en parte la acción del antiséptico que se emplee, con el fin de evitar el que las sustancias purulentas puedan manchar la ropa del enfermo.

Las conclusiones que nuestro hermano expuso en la *Comunicación á dicho Congreso*, son las siguientes:

1.<sup>a</sup> Que como aparatos, son sencillos, de fácil construcción y económicos.

2.<sup>a</sup> Que evitan los efectos de la supuración, pudiendo usar los desinfectantes necesarios, y

3.<sup>a</sup> Que obrando también como contentivo y antiséptico, puede extenderse su empleo como apósito de cura en las úlceras que

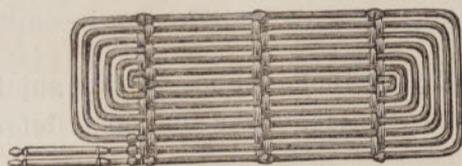


Fig. 407. Aparato cuadrangular de Leiter.

supuran mucho, y para proteger las superficies cruentas que resultan de las operaciones que se verifican en dicha región.

A el objeto de evitar los inconvenientes que siempre tiene la

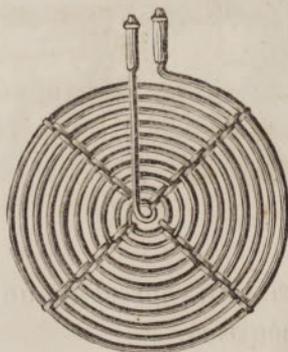


Fig. 408. Regulador espiral concéntrico.

*hidroterapia quirúrgica*, pueden emplearse los aparatos: «Reguladores térmicos de Leiter» que viene á fundarse en la misma base

que ha servido para la construcción del apósito hidroterápico de Dumontpallier, si bien los de Leiter son más sencillos y de más fácil aplicación (1).

Las figuras 407 y 408 indican la dirección que debe llevar el tubo conductor del agua para acomodar el aparato á una región



Fig. 409.

anatómica determinada. Dichos tubos quedan sujetos por el entrelazamiento de hilos ó cintas, con la cual no se deforman de la figu-

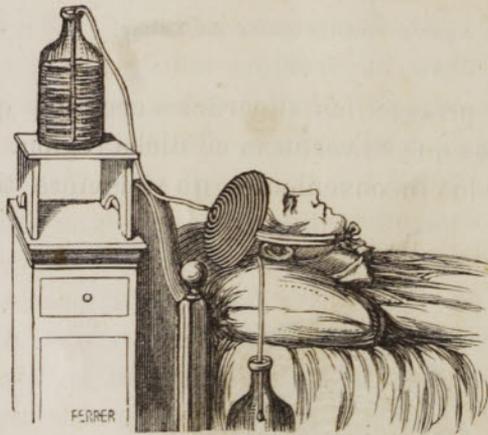


Fig. 410.



Fig. 411.

ra que se les dá. El primero representa un cuadrángulo y el segundo un espiral concéntrico.

Las láminas 409, 411, 410 y 412 representan en el orden numérico: una pieza cuadrangular formada por tubos paralelos, para

(1) Véase tomo II, página 260, línea 7.

aplicarla sobre el muslo; el mismo aparato colocado sobre la pierna y sobre la cabeza, y el último figura un apósito sobre el cuello.



Fig. 412.

En estos dos últimos casos, el agua pasa desde un depósito, colocado sobre una mesa, á el aparato, y de éste—una vez que el lí-

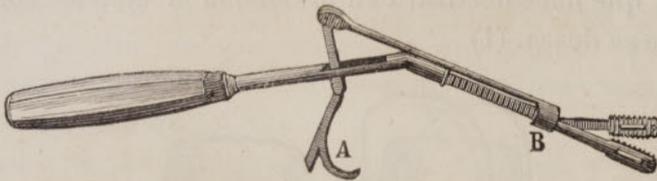


Fig. 413. Pinzas para pólipos naso-faríngeos.

quido haya corrido por las distintas circunvoluciones de los tu-

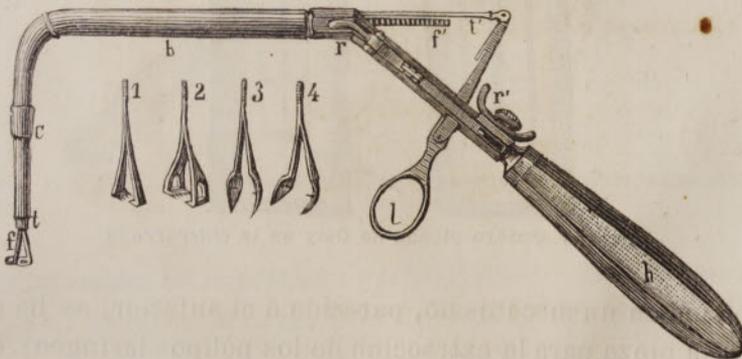


Fig. 414. Instrumento para la extraccion de pólipos laríngeos.

bos—á un recipiente en donde cae el agua que ha servido para la refrigeracion. Por medio de termómetros puede saberse la distinta

temperatura que tiene dicho líquido en los diferentes tramos de su curso.

El grabado 413 representa una pinza para la extraccion de los

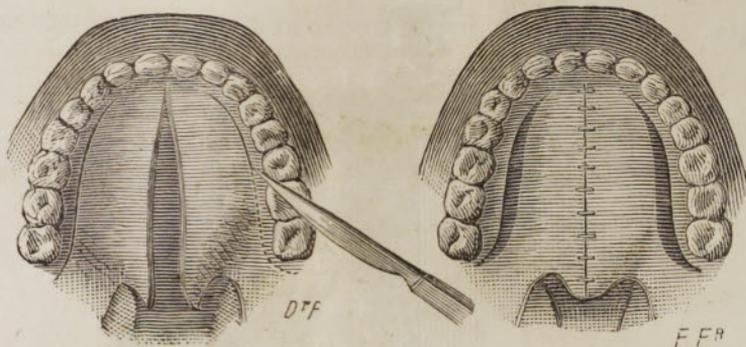


Fig. 115. Trazo de los colgajos en la uranoplastia.

Fig. 416. Sutura de los colgajos.

pólipos nasales. Dicho instrumento cierra sus ramas mediante una palanca A que hace deslizar el anillo B con la cual se consigue el objeto que se desea. (1)

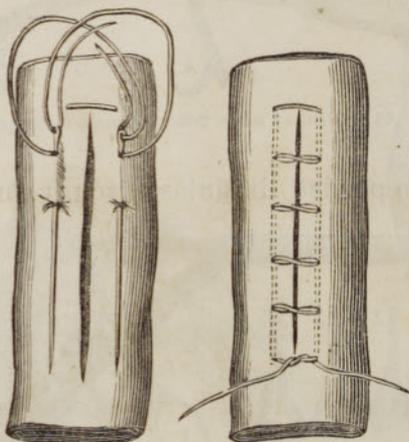


Fig. 117. Sutura picada de Gely en la enterorraña.

Fundado en un mecanismo, parecido á el anterior, se ha construido una pinza para la extraccion de los pólipos laríngeos. (Grabado 414.) (2)

(1) Véase Tomo II, página 218, última línea.

(2) Véase Tomo II, página 308, línea 3.

Las figuras 415 y 416 representan el corte para trazar los colgajos en la *uranoplastia*, y los puntos de sutura para que cicatricen los tejidos transplantados. En el primer grabado puede notarse que el cirujano ha de hacer el corte externo á poca distancia del arco dentario para incluir en el colgajo la arteria palatina, pues dicho vaso representa el principal elemento y la más segura garantía de vitalidad en los tejidos que se transplanten (1).

En el segundo grabado se representan las partes anatómicas despues de la operacion, para manifestar que el cirujano no debe

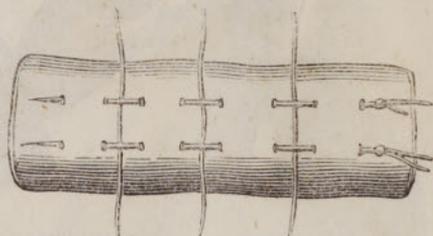


Fig. 418. Sutura intestinal de Bouisson.

preocuparse sino de la cicatrizacion media ó sea la que hade corresponden á el sitio en que existia la solucion de continuidad, pues las superficies cruentas externas no presentan inconveniente alguno en la cicatrizacion (2).

La *sutura picada* de Gely está representada en el grabado 417

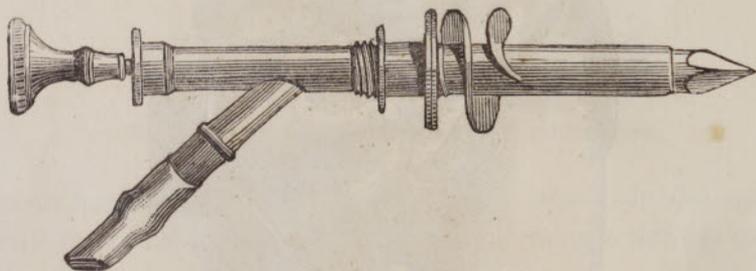


Fig. 119. Trócar de espiral cortante de Robert y Collin para las punciones de los quistes ováricos.

que exponemos: en la primera parte se puede notar el paso de las dos agujas despues de haber cambiado de bordes para que el cru-

---

(1) De las pinzas de pólipos nasales y laringeos, hemos querido representar juntos los grabados para su mejor comprension, aún alterando el orden expositivo.

(2) Véase Tomo II, página 277, línea 31.

zamiento de los hilos dé más fuerza é inmovilidad á los labios de la herida del intestino.

La segunda parte representa los hilos cruzados de una mar-



Fig. 420. Incision en la *quelotomia*.

gen á otra de la solucion de continuidad y las líneas punteadas indican el paso de los hilos por el interior del intestino (1).

El grabado 419 representa la sutura intestinal de Bouisson, y

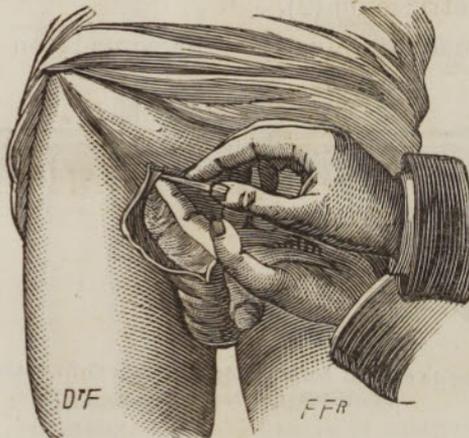


Fig. 421. Desbridamiento en la *quelotomia*.

por dicha lámina se puede comprender el paso de los dos alfileres alternativamente por dentro y por fuera del órgano intestinal, colocando por debajo de los pequeños puentes los hilos que han de

---

Véase Tomo II, página 381, línea 2.

unir á las paredes intestinales. La herida corresponderia en este caso á una línea paralela é intermedia entre los dos alfileres, la cual no está representada en la lámina, para que se pueda ver mejor el paso de los hilos. Las cabezas de los alfileres llevan dos fiadores respectivamente (1).

El grabado 420 representa el corte de la piel sobre la hernia inguinal estrangulada, y la manera como el cirujano debe verificarlo por uno de los procedimientos ya indicados (2).

El grabado 421 demuestra la incision del anillo inguinal externo para practicar un desbridamiento combatiendo la extran-

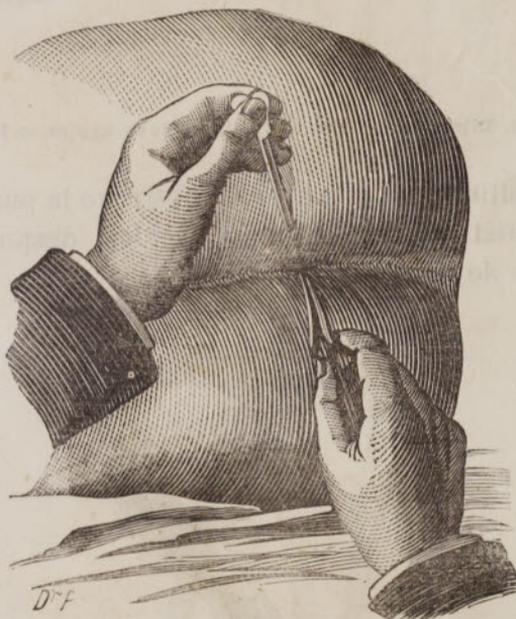


Fig. 422. Operacion para curar la fístula del ano.

gulacion herniaria. El índice de la mano izquierda del operador sirve de guia á el instrumento cortante al mismo tiempo que protege las asas intestinales.

El método clásico de Desault, cuando la fistula no es muy profunda, se verifica del modo que indica el grabado 422, el cual representa el corte de los tejidos, guiándose por la ranura de la sonda canalada, cuyo instrumento ha pasado por el trayecto fistuloso (3).

- 
- (1) Véase Tomo II, página 381, línea 12.
  - (2) Véase Tomo II, página 403, línea 15.
  - (3) Véase Tomo II, página 433, línea 12.

Uno de los accidentes que, á toda costa, deben evitarse, viene á ser el derrame del líquido contenido en los quistes ováricos dentro de la cavidad abdominal. Uno de los instrumentos que mejor pueden verificar la evacuacion, es el trócar de espiral cortante

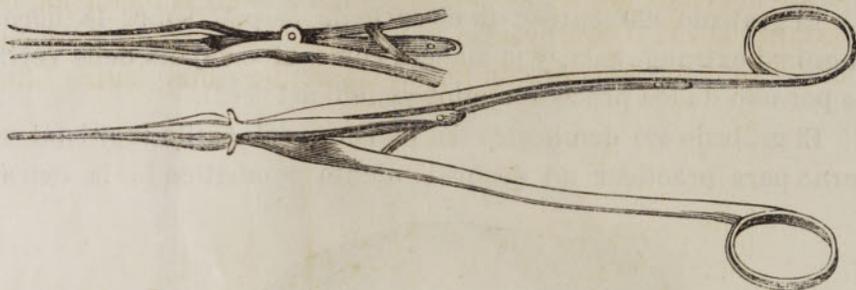


Fig. 423. Dilatador del cuello uterino y de la uretra en la mujer.

de Robert y Collin; pues este aparato obstruye la puncion, aunque las paredes quísticas queden muy flácidas, despues de evacuar una gran parte de su contenido (1).



Fig. 424. Especulum canaledo para deprimir una de las paredes de la vagina.

Para dilatar el cuello uterino se emplea el aparato de Buch, modificado por Hugier, cuyo instrumento tiene una especial apli-

---

(1) Véase Tomo II, página 478, línea 15.

cacion para extraer los cálculos vesicales en la mujer, dilatando la uretra sin necesidad de hacer incisiones, las que sólo deben practicarse cuando los cuerpos extraños miden en su diámetro menor unos dos centímetros (1).

Para deprimir una de las paredes vaginales en la operacion de la sutura para la fistula vésico-vaginal, se han venido construyendo diversos *especulums* en forma de media canal, entre ellos

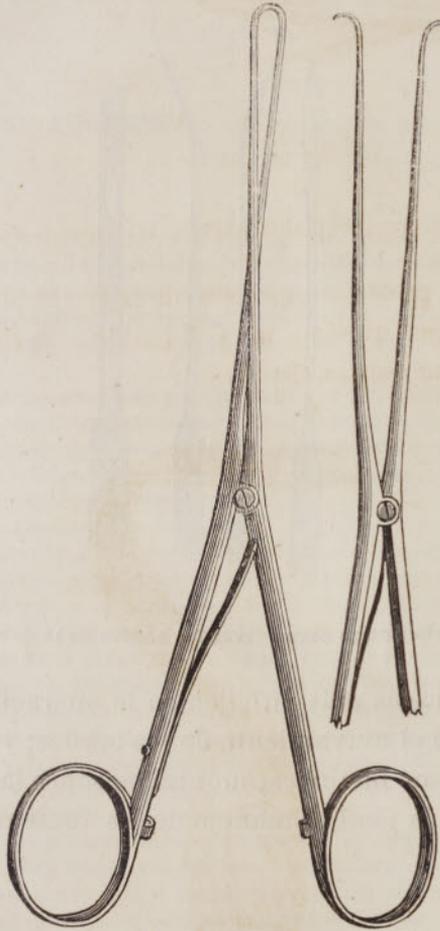


Fig. 425. Pinza erina de Laugier.

uno de los más ventajosos para este objeto es el de Jobert con mango, cuyo instrumento es de muy cómodo manejo á el mismo tiempo que deja mucho campo operatorio (2).

---

(2) Véase Tomo II, página 501, línea 5.

(3) Véase Tomo II, página 512, línea 5.

En el grabado número 425 representamos la pinza-erina de dos ramas de Laugier, cuyo instrumento sirve para hacer presa de los bordes de la fístula y avivarlos ántes de aplicar la sutura.

La pinza de Laugier puede emplearse en otras operaciones como en la *estafilorrafia* y *uranoplastia*, así como en trayectos fistulosos dentro de cavidades naturales en los que sea necesario avivar los bordes para la colocacion de la sutura.

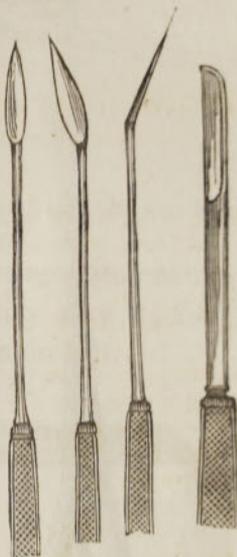


Fig. 426. Bisturios de mango para avivar los bordes de la fístula vésico-vaginal.

Uno de los tiempos más difíciles en la operacion de la fístula vésico-vaginal es el avivamiento de los bordes; y para ello se han construido diversos bisturios, montados sobre largos mangos con el fin de hacer más fácil el manejo de los instrumentos mencionados (1).

---

(1) Véase Tomo II, página 512, línea 12.

---

**Advertencia.**— El grabado 396 debe representar la talla bi-lateral de Dupuytren y el 397 la pre-rectal de Nélaton; pues en el texto están invertidas las denominaciones á consecuencia de una errata.

# ÍNDICE DEL TOMO SEGUNDO.

Pág.

## SECCION PRIMERA. — OPERACIONES ESPECIALES SOBRE EL APARATO VISUAL.

LECCION LVIII.— <i>Cirugía ocular.</i> Consideraciones generales sobre la práctica de la Cirugía ocular.—Condiciones de los medios necesarios para los reconocimientos y operaciones que se ejecutan en el aparato visual.—¿Qué concepto merece la anestesia en sus aplicaciones á la Oftalmología?—Indicaciones especiales que pueden cumplir los anestésicos.—La antisépsis en la Cirugía ocular. . . . .	5
LECCION LIX.—Datos anatómicos de las regiones superciliar y palpebral como base de los procedimientos quirúrgicos.—Operaciones que se verifican para curar el <i>blefarospasmo</i> .—¿Qué se entiende por <i>cantoplastia</i> y <i>tarsorraña</i> .—Manera de practicarlas.—Operaciones para curar el <i>coloboma</i> , <i>anquilobléfaron</i> , <i>simbléfaron</i> , <i>blefaroptosis</i> y <i>blefaroplegia</i> . . . . .	16
LECCION LX.—Tratamiento quirúrgico del <i>triquiasis</i> y <i>distiquiasis</i> .—Procedimientos que se refieren á el enderezamiento de los bulbos de las pestañas y á la destruccion de los mismos.—Bases para plantear los procedimientos quirúrgicos que se refieren á el entropion. — Manual operatorio segun el punto anatómico que sirva de <i>objetivo</i> á la operacion. — Modo de combinar unos procedimientos quirúrgicos con otros para obtener buenos resultados.. . .	26
LECCION LXI.—¿Qué conducta debe seguir el cirujano en el ectropion senil? Procederes quirúrgicos para combatir el ectropion muscular y tarsiano, así como las operaciones que se emplean para que desaparezca dicha deformidad cuando es originada por una cicatriz. <i>Blefaroplastia</i> . Procederes dependientes del método francés.—Id. del indiano.—Procedimientos llamados de <i>permuta</i> .—Manual operatorio de los mismos. . . . .	37
LECCION LXII.—Datos anatómicos referentes á la glándula lagrimal.—Indicaciones y procedimientos que se emplean en la extirpacion de dicha glándula.—Disposicion anatómica de los puntos y conductos lagrimales.—Operaciones que sobre ellos se practican.—Datos anatómicos que son indispensables para operar sobre el saco lagrimal y conducto nasal.—Procederes operatorios que se emplean sobre estos receptáculos para curar las obstrucciones, tumores y fistulas que se forman en dichos puntos. . . . .	49
LECCION LXIII.—Tratamiento quirúrgico de las glanulaciones palpebrales.—Extraccion de los cuerpos extraños.—Extirpacion de ciertas neoplasias.—La sindectomia: su objetivo quirúrgico; oportunidad de su empleo y manera como se practica.—Tratamiento quirúrgico del pterigión.—Datos anatómicos sobre la córnea.—Tratamiento quirúrgico de los abscesos de la córnea. . . .	62
LECCION LXIV.—Operacion de Sæmisch.—Indicaciones y manera de practicarla.—Tratamiento quirúrgico de los <i>nefeliums</i> , <i>albugos</i> y <i>leucomas</i> .—El <i>teñimiento</i> de la córnea.—Fundamentos de dicha operacion y manera como se	

practica.—Tratamiento quirúrgico de los <i>estafilomas</i> .—Id. del que se emplea en el <i>glaucoma</i> .—Indicaciones de la esclerotomía.—Manual operatorio de la misma.—Paralelo entre la esclerotomía y la iridectomía. . . . .	72
LECCION LXV.—La iridectomía.—Indicaciones, instrumental y manual operatorio.—La excision iridiana como medio antiflogístico y como procedimiento que tiende á un fin puramente óptico.—Operacion de la pupila artificial.—La <i>iridotomía</i> , <i>iridorexis</i> , <i>irido-dialisis</i> é <i>iridenkleisis</i> .—Indicaciones y manual operatorio. . . . .	82
LECCION LXVI.—Operacion de la catarata.—Reseña histórica.—Antecedentes anatómicos indispensables para llevar á cabo dicha maniobra quirúrgica.—Datos de anatomía patológica que se relacionan con la operatoria quirúrgica.—Instrumental necesario que se emplea en algunos de los métodos principales para la operacion de la catarata. . . . .	94
LECCION LXVII.—Estudios de las diversas formas que pueden afectar la opacidad de la lente (catarata) asi como las discrasias que suelen acompañar á este afecto en sus relaciones con los métodos quirúrgicos.—Condiciones abonadas, referentes á las circunstancias exteriores é individuales, para hacer la operacion con mayores garantías de éxito.—Métodos generales de la operacion.—Queratomía á colgajos: tiempos operatorios, manera de ejecutarlos, accidentes que pueden presentarse y manera de combatirlos. . . . .	105
LECCION LXVIII.—Queratomía superior é inferior.—Paralelo entre uno y otro procedimiento.—Modificaciones en el método.—Fundamentos practicos de la extraccion lineal de Græfe.—¿En qué concepto debe considerarse la iridectomía?—Juicio crítico sobre los proceder de queratomía y extraccion lineal. . . . .	116
LECCION LXIX.—Procederes españoles para la operacion de la catarata.—Extraccion de la lente con su cápsula.—Dificultades de la operacion y peligros que puede ocasionar.—Discision de la catarata.—Indicaciones—Manual operatorio y manera de ejecutar la maniobra quirúrgica.—Apósito que debe emplearse despues de la operacion.—Accidentes consecutivos y complicaciones. . . . .	127
LECCION LXX.—Apuntes históricos sobre la operacion del estrabismo.—Datos anatómicos que son necesarios para emprender la operacion.—Métodos generales. Exposicion del manual operatorio de los más importantes.—Manera de aumentar ó disminuir los efectos de la operacion ¿Qué indicacion puede cumplir la tenotomía del músculo elevador del párpado? . . . . .	138
LECCION LXXI.—Anatomía de la cavidad orbitaria.—Tratamiento quirúrgico de los abscesos, lipomas, osteomas, fibromas y cánceres que toman su asiento sobre la cavidad orbitaria.—Ventajas de la cura de Lister en estas operaciones.—La enucleacion del globo ocular.—La neurotomía óptica y la ópticociliar.—Indicaciones y manual operatorio.—¿Qué concepto merece la distension del nervio óptico? Idea general de la prótesis ocular. . . . .	148

**SECCION II.—OPERACIONES ESPECIALES DE LA CIRUGÍA AURICULAR.**

LECCION LXXII.—Consideraciones generales sobre la Operatoria auricular.—Operaciones que se practican sobre la oreja.—Datos anatómicos referentes á el conducto auditivo.—Operaciones exploradoras: exámen y descripcion de los otoscopios y reflectores.—Extraccion de los cuerpos extraños.—manera como debe armonizarse los proceder quirúrgicos con la <i>naturaliza</i> , <i>volúmen</i> y <i>consistencia</i> de dichos cuerpos extraños. . . . .	162
LECCION LXXIII.—Extraccion del cerúmen mediante las disoluciones alcalinas.—Tratamiento quirúrgico de los pólipos que se implantan en el conducto auditivo externo.—Anatomía del tímpano.—Miringocentesis.—Indicaciones, punto donde se practica y manual operatorio.—Tenotomía del músculo del martillo.—Miringoplastia.—Tímpano artificial.—Teoría en que se funda dicho medio protésico. . . . .	173

LECCION LXXIV.—Indicaciones que surgen para la renovacion del aire en la caja timpánica.—Trepanacion de las células mastoideas. ¿Qué fin terapéutico puede cumplir hoy dicha maniobra quirúrgica? La *miringocentesis* como medio de restablecer la presión timpánica.—Anatomía de la trompa de Eustaquio.—Reconocimiento del oído medio con el endoscopio.—Cateterismo tubario: indicaciones que cumple y manera de efectuarlo. . . . . 183

**SECCION III. — OPERACIONES QUE SE VERIFICAN SOBRE EL APARATO NASAL.**

LECCION LXXV.—Consideraciones generales sobre la *Rinoplastia*.—Métodos para rehacer el extremo inferior del tabique, los lóbulos de la nariz y parte media del órgano.—Manera como deben prepararse las superficies cruentas y modo de diseccionar los colgajos en las regiones genianas ó frontal, aisladamente ó bien combinando el método francés y el indiano. ¿Qué concepto merece la rinoplastia osteo-plástica? . . . . . 193

LECCION LXXVI.—Consideraciones anatómicas sobre las fosas nasales como base para plantear los procedimientos quirúrgicos referentes á el taponamiento hemostático.—Sonda de Bellocq y manera de emplearla con las *torundas* y el hilo correspondiente.—¿Qué otra clase de medios se pueden aplicar para cohibir las hemorragias nasales?—Expulsión de los cuerpos extraños de dichas cavidades.—Rectificacion del cartilago del tabique. . . . . 203

LECCION LXXVII.—¿Qué conducta debe seguir el cirujano para extirpar los pólipos que se implantan en las fosas nasales y cámara rétro-nasal? Datos anatómicos para indicar los puntos más convenientes con el fin de atacar la implantacion de dichas neoplasias de una manera directa.—Juicio crítico acerca de la *avulsion, ligadura, cauterizacion y legradura del pediculo en los pólipos*. . . . . 211

**SECCION IV. OPERACIONES QUE SE VERIFICAN SOBRE LA CAVIDAD BUCAL.**

LECCION LXXVIII.—Excision del *rodete nuevo del labio*.—Tratamiento quirúrgico de los angionomas labiales y modo de cohibir las hemorragias en el curso de la operacion.—Tratamiento quirúrgico de la atresia bucal.—Idem del labio leporino simple y manera de *avivar* los bordes, suturarlos y mantenerlos unidos.—Operaciones que se verifican con motivo del labio leporino complicado. . . . . 222

LECCION LXXIX. — *Queiloplastia*. — Indicaciones.—Métodos generales.—Reglas principales que, referentes á el punto en el cual deben trazarse los colgajos, hemos de tener presentes, segun los fines que el cirujano se proponga.—Manera de clasificar los procedimientos y modo como se practican.—Accidentes que pueden sobrevenir y manera de evitarlos. . . . . 231

LECCION LXXX.—Tratamiento quirúrgico de las fistulas del conducto de Stenon.—Datos anatómicos referentes á dicho órgano.—Exposicion de las diferentes relaciones que tiene la glándula parotidea con los órganos contiguos.—Extirpacion de la parótida.—Procedimiento del cirujano español Sanchez Toca.—Tratamiento quirúrgico de los tumores conocidos con el nombre de *ránulas*.—Extraccion de la glándula sub-maxilar. . . . . 242

LECCION LXXXI.—Operaciones que se verifican sobre la lengua.—Datos anatómicos del órgano.—Corte del *frenillo* lingual.—¿Por qué son difíciles de cohibir las hemorragias de la lengua?—Consideraciones generales para fijar con la *exactitud posible* las indicaciones y contraindicaciones en las ablacio-

nes parciales del órgano mencionado.—Procederes quirúrgicos y manera de efectuarlos.—Paralelo entre la ligadura, cauterizacion y excision.—¿En qué casos deben practicarse los procederes de Regnoli, de Pisa y de Sedillot.— Modo como se verifican. . . . . 251

LECCION LXXXII.—Operaciones que se verifican sobre las amígdalas.—Puncion de dicho órgano para evacuar el pus en ciertos abscesos.—Amígdalotomía: datos históricos acerca de la operacion.—¿Qué indicaciones cumple la amígdalotomía parcial? ¿Cuáles son las contra-indicaciones de la misma? Instrumental que se ha recomendado.—Paralelo entre el amígdalotomo y el constrictor.—Nuestro amígdalotomo: mecanismo y modo como verifica los diversos tiempos operatorios. . . . . 260

LECCION LXXXIII.—Uranoplástia.—Indicaciones operatorias.—Datos anatómicos.—Bases principales de los procedimientos urano-plásticos.—Manera de trazar los colgajos, avivar los bordes y aplicar las suturas para la union de las partes trasplantadas.—Estafilorrafia.—Indicaciones.—Datos anatómicos.—Manera como deben *avivarse* los bordes.—Suturas y modo de coadyuvar á el reposo de la coaptacion, mediante el empleo de ciertos medios auxiliares. 275

**SECCION V.—OPERACIONES QUE SE PRACTICAN SOBRE EL APARATO RESPIRATORIO.**

LECCION LXXXIV.—La laringoscopia, datos históricos.—Instrumentos que se emplean en esta operacion diagnóstica y manera de llevarla á cabo, evitando los inconvenientes que suelen presentarse.—Introduccion accidental de los anélides en la parte superior del conducto laringo-traqueal.—Exploraciones para determinar el punto de implantacion de las sanguijuelas y modo de proceder á su extraccion. . . . . 286

LECCION LXXXV.—Datos anatómicos de la laringe como elemento necesario para proceder á las operaciones que sobre dicho órgano recaen.—Tratamiento quirúrgico del *edema de la epiglottis*.—Cateterismo de la laringe.—Extraccion de los cuerpos extraños.—Tratamiento quirúrgico de los pólipos.—Datos históricos acerca de la traqueotomía.—Indicaciones que cumple dicha operacion.—Instrumental que se emplea: describiendo los que se usan para verificar la abertura, los dilatadores, cánulas y demás medios necesarios para la maniobra quirúrgica. . . . . 298

LECCION LXXXVI.—Bases en que se fundan los métodos y procederes quirúrgicos que se emplean en la traqueotomía.—Método de Trousseau.—Preparacion del enfermo y modo de practicar los diversos tiempos operatorios; exponiendo los accidentes que pueden presentarse en el decurso de la operacion.—La termo-traqueotomía: sus fundamentos.—Manual operatorio y manera de evitar los accidentes. . . . . 309

LECCION LXXXVII.—Fundamentos de la traqueotomía rápida.—Proceder de Chassaignac.—Trócares de Jacolot y Estrany para verificar con rapidez dicha operacion.—Manera como deben colocarse las cánulas.—Alimentacion del operado.—Accidentes que pueden presentarse en la traqueotomía.—Ligera idea acerca de la dilatacion laríngea.—La extirpacion total de la laringe.—Datos históricos y proceder operatorio más generalizado.—Operaciones que se verifican sobre el cuerpo tiroideo ¿En qué casos está indicada la extirpacion? Métodos operatorios que pueden emplearse. . . . . 319

LECCION LXXXVIII.—Operacion de la toracentesis.—Datos históricos, especialmente los que hacen referencia á los cirujanos españoles.—Indicaciones.—Datos anatómicos.—Instrumental.—Paralelo entre las ventajas é inconvenientes que en la toracentesis tiene el trócar plano y los aspiradores.—Manera de practicar la operacion.—Accidentes y modo de prevenirlos.—Conducta del cirujano en el pio-torax.—Paracentesis del pericardio. . . . . 331

SECCION VI. — OPERACIONES QUE SE PRACTICAN SOBRE EL APARATO DIGESTIVO.

- LECCION LXXXIX.—Datos anatómicos del exófago como base para verificar ciertas maniobras quirúrgicas que sobre dicho conducto se practican.—Cateterismo exofágico; manera de llevarlo á cabo segun las indicaciones que se pretenden cumplir.—Permanencia de los cuerpos extraños en el exófago; su volúmen y naturaleza.—Diferentes procedimientos quirúrgicos que suelen emplearse en estos casos y manera de llevarlos á cabo.—Accidentes y complicaciones; manera de combatir aquellos y éstas. . . . . 342
- LECCION XC.—Division de las estrecheces exofágicas en intrínsecas y extrínsecas como base de un tratamiento quirúrgico.—Medios paliativos cuando el afecto es producido por una neoplasia.—Manual operatorio de la dilatacion y exofagotomía interna.—Peligros de este último método.—Exofagotomía externa; indicaciones, datos anatómicos, instrumental, punto en donde se practica y manera de llevar á cabo la operacion.—El lavado del estómago.—Manera de efectuar dicha maniobra quirúrgica.—Gastrotomía, datos anatómicos y manual operatorio. . . . . 352
- LECCION XCI.—¿Qué se entiende por *gastrostomia*?—Datos históricos referentes á estas operaciones.—Indicaciones operatorias.—Conocimientos anatómicos indispensables para verificar los procedimientos operatorios.—Manera como estos se practican.—Diferencia de mortalidad por la talla gástrica y gastrostomia: causas que la explican.—Tratamiento consecutivo despues de la operacion referente á la alimentacion del enfermo y apósitos más recomendables. — Extirpacion parcial del estómago. — Indicaciones. — Operaciones llevadas á cabo. . . . . 362
- LECCION XCII.—Heridas abdominales.—¿En presencia de una herida del abdomen debe procederse al reconocimiento interior de la misma?—Tratamiento quirúrgico cuando la solucion de continuidad, aún siendo penetrante, no vá acompañada de la salida del intestino y del epiplon.—Idem cuando esto último sucede, pero que dichas visceras, así como la serosa epiplóica no se encuentran lesionadas.—¿Qué conducta debe seguir el práctico cuando no pueda introducir en la cavidad abdominal los órganos herniados?—Tratamiento quirúrgico de las heridas intestinales, exponiendo los procederes de sutura é indicaciones que cumplen. . . . . 372
- LECCION XCIII.—Consideraciones generales sobre las hernias en el concepto operatorio.—Region umbilical: datos anatómicos.—Hernias que se presentan en esta region.—Tratamiento quirúrgico.—Anatomia de las regiones inguinal y crural exponiendo todos los datos de mayor inportancia que hacen referencia á el estudio del tratamiento quirúrgico de las hernias.—Cura radical de esta clase de efectos; condiciones que deben llenar los procederes quirúrgicos que se encaminen á conseguir este fin.—Procedimiento del Dr. Egea.—Instrumental y manera de practicarlo. . . . . 384
- LECCION XCIV.—¿Qué conducta debe seguir el cirujano en la *flegmasia, atascamiento y extrangulacion* de las hernias? Tratamiento quirúrgico más adecuado para combatir los accidentes que se indican—¿Cuáles son las indicaciones de las táxis herniaria? Manera como debe verificarse esta operacion, atendiendo á la forma y diferentes estados del padecimiento. ¿Qué indicacion cumple la anestesia en este concepto? Tiempo que debe durar la táxis. Desgarro de los anillos fibrosos sin herida exterior para combatir la causa del extrangulamiento. Operacion de la *quelotomia*. Indicaciones. Manual operatorio de los métodos generales. Accidentes y complicaciones que pueden sobreenir. . . . . 396
- LECCION XCV.—¿Cuándo haya gangrena intestinal debemos verificar la resecion del intestino, sutura de los extremos y reduccion del órgano á la cavidad

del abdómen, ó establecer el ano accidental?—Paralelo entre las ventajas é inconvenientes de uno y otro método.—Formacion del *ano accidental*.—Operaciones cruentas para restablecer el curso de las materias excrementicias por su conducto normal.—Oclusion intestinal.—Tratamiento quirúrgico de la misma.—Operacion de Nélaton para combatir los efectos de la oclusion intestinal. . . . . 406

LECCION XCVI.—Operacion del *ano artificial*.—Indicaciones que puede cumplir.—Datos anatómicos necesarios.—Métodos de Callisen y de Litre.—Modificación de Amussat.—Paralelo entre las ventajas é inconvenientes de dichos métodos.—Tratamiento quirúrgico que se puede emplear en algunos quistes, debidos á la *ectopia* rectal y en las atresias del ano, modificando las operaciones con arreglo á la forma del vicio de conformacion. . . . . 415

LECCION XCVII.—Extraccion de los cuerpos extraños del recto.—Tratamiento quirúrgico de la prociencia de la mucosa rectal.—Id. de las hemorroides.—Idem de las fisuras del ano.—La ligadura del músculo esfínter para evitar las contracciones dolorosas que origina la fisura.—Fundamentos de este procedimiento quirúrgico.—Fistulas del ano.—Indicaciones que se deben cumplir en dicha clase de padecimientos.—Operaciones que se practican en los mismos. . . . . 425

LECCION XCVIII.—Taponamiento del recto para cohibir hemorragias.—Tratamiento quirúrgico de las estrecheces rectales.—Fundamentos y manera de llevar á cabo el proceder de Verneuil.—Extirpacion del recto.—Proceder de Lisfranc.—Id. de Volkmann.—Manera de valorar las indicaciones.—Manual operatorio.—Accidentes y modo de evitarlos ó combatirlos en los casos de que sea irremediable la presentacion de los mismos. . . . . 435

LECCION XCIX.—Paracentésis abdominal.—Indicaciones que cumplen.—Puntos en donde debe practicarse.—Instrumental y manual operatorio.—Accidentes.—Procedimiento quirúrgico de los absesos abdominales.—Punciones que se verifican sobre el hígado para dar salida á colecciones purulentas y á quistes hidatídicos.—Operaciones que se han llevado á cabo sobre la vejiga biliar.—Punto anatómico de dicho *reservorio*.—Operaciones que se han verificado sobre el bazo. . . . . 445

**SECCION VII.—OPERACIONES QUE SE VERIFICAN EN LOS ÓRGANOS DEL APARATO GÉNITO-URINARIO DE AMBOS SEXOS Y EN LAS MAMAS.**

LECCION C.—Temores de los cirujanos franceses á la ovariotomía.—Modo como se fué generalizando la operacion.—La ovariotomía en España.—Cuadro estadístico del Dr. Pulido Fernandez, comprendiendo las operaciones de este género, llevadas á cabo, desde la primera que se practicó hasta la verificada en el mes de Mayo de 1880.—Operaciones posteriores ejecutadas hasta nuestros días. . . . . 458

LECCION CI.—Las inyecciones yódicas como tratamiento de los quistes ováricos.—Curacion espontánea.—Preparacion de la enferma, del local y de los aparatos.—Anestesia y tiempos operatorios.—Modalidades operatorias que se emplean segun la naturaleza, volúmen y adherencias del quiste.—Ligadura intra-peritoneal del pedículo.—Modo de suturar la herida.—Aplicacion del apósito y cuidados consecutivos. . . . . 472

LECCION CII.—Histerotomía.—Apuntes históricos de la operacion.—La laparotomía en el tratamiento quirúrgico de los tumores uterinos.—Inconvenientes del método intra-peritoneal por las hemorragias y supuracion.—Dificultades de verificar el método de Stilling.—Notables ventajas de la operacion en la forma que Freund la recomienda y la practica.—La ligadura y cauterizacion en la histerotomía.—Tratamiento quirúrgico de los pólipos del útero. . . . 486

LECCION CIII.—Cauterizaciones uterinas.—Empleo de los cáusticos actuales y potenciales.—Nuestro porta-cáustico.—Operacion de Emmet.—Dilatatacion del cuello uterino.—Amputacion de éste en los casos de excesiva longitud por ocasionar la esterilidad.—Escarificaciones del cuello uterino.—Evacuaciones sanguineas mediante las sanguijuelas.—Pneumo-incluser de Servajan.—Taponamiento de la vagina.—Métodos operatorios recomendados para remediar el *prolapsus* del útero. . . . . 496

LECCION CIV.—Imperforacion del himen.—Estrechez congénita de vagina y su tratamiento quirúrgico.—Fístulas vésico-vaginales.—Operaciones que se recomiendan.—Manera de avivar los bordes.—Sutura de los mismos y diferentes medios que se emplean para mantenerlos coaptados.—¿Cuándo deben separarse las suturas? ¿Qué concepto merece la *Epifisiorrafa* y la *Kolpocleisis* cuando las fistulas son muy extensas?—Cateterismo uretral. . . . . 508

LECCION CV.—Datos anatómicos de la region mamaria.—Procedimientos quirúrgicos que se emplean en el tratamiento de los abcesos mamarios superficiales y profundos.—Id. en los quistes serosos é hidatídicos.—Id. en los tumores tuberculosos, sarcomas y quisto-sarcomas.—Extirpacion de la mama en estos últimos casos.—Extraccion de los gánglios linfáticos degenerados.—Cuando la afeccion cancerosa se extienda por los espacios intercostales, ¿cuál debe ser la conducta del cirujano? . . . . . 520

LECCION CVI.—Consideraciones generales sobre el aparato génito-urinario.—Datos anatómicos del pene.—La operacion del fimosis en los niños.—¿En los casos de fimosis adquirido á consecuencia de úlceras venéreas debe verificarse la operacion?—La circuncision como medio general.—Procederes de Argumosa y Creus.—Parafimosis: manera de reducir la membrana del prepucio á su disposicion normal.—Operaciones que deben practicarse en el caso de que no sea posible la reduccion ó estén gangrenados los tejidos. . . . . 530

LECCION CVII.—Vicio de conformacion llamado *Epispadias*. Operaciones que se recomiendan para remediar esta deformidad del pene.—*Hipospadias*. Procederes quirúrgicos que se emplean.—¿De qué manera pueden tener más vitalidad los colgajos?—Amputacion del pene; cuidados que deben tenerse en cuenta para que el meato-urinario no quede estrechado por la retraccion y cicatriz.—Tentativas y procedimientos reglados que se han puesto en práctica para remediar la extrofia de la vejiga.—Tratamiento quirúrgico de las heridas vesicales. . . . . 542

LECCION CVIII.—Consideraciones anatómicas referentes á la disposicion, longitud, calibre y textura del conducto uretral como base para el planteamiento de los procederes quirúrgicos.—Diversas clases de cateterismos segun la forma del instrumento y la indicacion que se pretende cumplir.—Precauciones que deben tenerse en cuenta y modo de llevar á cabo las diversas manobras quirúrgicas cuando la uretra presenta su calibre normal y cuando existe *falsa via* ó una estrechez. . . . . 554

LECCION CIX.—*Lavado* de la vejiga por medio del cateterismo.—Peligros de la operacion cuando existe una superficie cruenta y pueden absorberse los productos de la fermentacion de la orina.—Cateterismo explorador; manera como debe efectuarse en los casos de estrechez uretral.—Aplicacion de los uretroscopios.—Modo como debe reconocerse la porcion prostática, cuello de la vejiga y fondo de lo mismo.—El *micrófono*, la sonda flexible y el litofono para esta clase de reconocimientos.—El *litómetro* y su aplicacion.—Cateterismos con otros instrumentos. . . . . 567

LECCION CX.—Clasificaciones de las estrecheces como base de los tratamientos quirúrgicos.—Datos diagnósticos que pueden servir de guia á el operador.—Las inyecciones forzadas.—Dilatador de aire ó de agua.—Cauterizacion. Divulsores metálicos; indicaciones que pretenden cumplir.—Las dilataciones por medio de las sondas.—Manera como deben clasificarse; indicaciones que cumplen; manual operatorio en cada uno de los métodos y accidentes que suelen presentarse. . . . . 578

- LECCION CXI.—Fundamentos de la uretrotomía.—Ligera reseña histórica.—Indicaciones de la operacion.—Preparacion de la uretra.—Instrumentos que se emplean.—Manera de llevar á cabo la operacion exponiendo los diversos tiempos de que consta.—Accidentes.—Cuidados consecutivos para prevenir la absorcion urinosa.—La electrólisis en el tratamiento quirúrgico de la estrechez.—El uretrotomo eléctrico de Jardin.—Manera de emplear el aparato y ventaja que produce.—Idea general de la uretrotomía externa. . . . . 590
- LECCION CXII.—Tratamiento quirúrgico de las roturas uretrales.—¿Qué conducta debe observar el práctico ánte una infiltracion urinosa?—Manera como deben cumplirse las indicaciones que surjan del exámen sobre las causas que hayan producido la rotura de la uretra.—¿Qué se entiende por catterismo retrógado?—Tratamiento quirúrgico de las fistulas uretrales.—Extraccion de los cuerpos extraños uretrales.—Id. de los que se fijan sobre la vejiga urinaria.—Clasificacion de los procederes de extracciones, sobre la base del modo como obran los instrumentos que se emplean. . . . . 600
- LECCION CXIII.—Tentativas y ensayos para disolver los cálculos en el riñon y en la vejiga, con el fin de no tener que recurrir á la *litotricia* ó á la *talla*.—Reseña histórica de la *litotricia*.—Indicaciones que cumple la operacion. Exclusivismo infundado de algunos cirujanos respecto á la misma.—Paralelo entre la *litotricia* y *talla*.—Manera de preparar á el enfermo ántes de verificar la primera de dichas maniobras quirúrgicas.—¿Debe anesthesiarse á el operado?—¿Deberá verificarse la *litotricia* estando la vejiga llena de líquido ó en estado de vacuidad? . . . . . 612
- LECCION CXIV.—Posicion que debe adoptar el enfermo para la *litotricia*.—Métodos generales.—Diversos tiempos operatorios; manera como deben verificarse y modo de prevenir los accidentes.—La aspiracion de los fragmentos por los procederes clásicos.—La *litolapaxia*; indicaciones, manual operatorio é instrumental que se emplea para expulsar los fragmentos.—Aparatos de Bigelow y Thompson para la aspiracion. . . . . 621
- LECCION CXV.—Nefrotomías.—Reseña histórica acerca de este género de operaciones.—Dificultades que se encuentran al fijar el diagnóstico de los afectos renales como base de las indicaciones operatorias.—¿Por qué region anatómica será más fácil y ménos peligrosa la nefrotomía? Paralelo entre las ventajas é inconvenientes de la *via* lumbar y abdominal anterior.—Datos anatómicos como principales bases de los procederes operatorios.—Modo de practicar las nefrotomías exponiendo los diversos tiempos de que constan dichas maniobras quirúrgicas. . . . . 633
- LECCION CXVI.—Historia de la operacion de la *talla*.—El *juramento* de Hipócrates.—Epoca de Celso.—Los cirujanos de la Edad Media.—La tradicion en la familia de los Colot.—La *litotomía* por el alto aparato ó hipogástrica; verificada primeramente por Franco.—El *litotomista* Fray Jacobo Beaulieu.—El proceder de la *talla* lateral de Foubert.—Invencion del *litotomo* de palanca por Fray Cosme.—Cheselden y Desault.—Los *litotomistas* de nuestro siglo.—Dupuytren y otros cirujanos franceses.—La *litotomía* en nuestro pais. . . . . 643
- LECCION CXVII.—Datos anatómicos del periné necesarios para comprender los procedimientos de *talla* perineal.—Estudio de la piel, tejido celular subcutáneo y aponeurosis superficial.—Órganos comprendidos entre ésta y el ligamento de Carcasonne.—Disposicion de las hojas perineales.—Uretra y próstata.—Relaciones y diámetros de la misma.—Disposicion del cuello vesical.—Estudio de las arterias que se relacionan con el periné.—Exposicion de las diversas cuosiones que se relacionan con la operacion de la *talla*. . . . . 653
- LECCION CXVIII.—Posicion del enfermo para la operacion de la *talla*.—Introduccion del catéter conductor.—*Talla* media.—Id. lateralizada; regla que dá Beketow para la incision de los tejidos superficiales.—Corte de la próstata con *cistotomo* ó *bisturi*.—*Talla* pre-rectal de Nélaton y bi-lateral de Dupuytren.—Similitud entre ambas maniobras quirúrgicas.—*Cistotomía* suprapubiana.—Concepto de la operacion y manera como se practica.—Las *tallas*

	<u>Pág.</u>
recto-vesicales. ¿Cuáles son los motivos de su abandono en la época presente? Accidentes primitivos y consecutivos en las tallas perineales. ¿Qué concepto merece la termo-talla? . . . . .	665
LECCION CXIX.—Consideraciones críticas acerca de las tallas perineales.—Ventajas é inconvenientes que presentan los procedentes de Allartou y Buisson en la talla media.—Fundamentos prácticos del procedimiento de Buchanam, de Glasgow.—Los medios dilatantes, la litotricia perineal y la talla medio-bi-lateral como medios para combinar con poco traumatismo la salida de los cálculos.—Consideraciones acerca de las tallas bi-lateral de Dupuytren y pre-rectal de Nélaton.—Procedimientos para ensanchar la herida de la próstata.—Juicio crítico sobre la talla lateralizada.—Procederes de Thompson, Martinez Molina y Creus. . . . .	679
LECCION CXX.—Operaciones que se verifican sobre los didimos y sus cubiertas.—Datos anatómicos.—Elefantiasis del escroto.—La castracion: indicaciones que puede cumplir dicha maniobra quirúrgica.—Procedimientos de Fray Juan, Maisonneuve y Amussat.—Extirpacion del testículo con el bisturí.—¿Qué conducta debe seguir el cirujano en el hematocele? ¿Qué concepto merece el descortizamiento? ¿En qué casos deben operarse los varicoceles? Descripción del procedimiento, aconsejado por Vidal, de Casis. . . . .	692
LECCION CXXI.—Tratamiento quirúrgico del hidrocele.—Procedimiento de que se vale Saint-Germain.—Division en métodos paliativos y radicales.—Indicaciones que cumplen los primeros.—Cura radical.—¿Qué concepto merece la cauterizacion? Procedimiento de los <i>bordones</i> , recomendado por el doctor Argumosa.—Id del Dr. Ramon E. Morales con las punciones capilares múltiples.—Puncion é inyeccion.—Estudio de los líquidos que deben inyectarse.—Método de Volkmann. . . . .	705
APENDICE. . . . .	715

FIN DEL ÍNDICE.

