

Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Redactores: 1º, Dr. Abraham Aparicio.—2º, Dr. Carlos Michelsen U.

SUMARIO: La Facultad de Medicina de Bogotá.—Ponencia.—Contribución al estudio de la retención de la placenta.—Estrechez uretral.—Observaciones que pueden tener interés en el estudio de las enfermedades de los ojos.—Estrechez orgánicas y espasmódicas de la uretra.—Histerotomía vaginal practicada con buen éxito.

LA FACULTAD DE MEDICINA DE BOGOTA

Consta en la historia de los estudios y enseñanzas de la Medicina en esta ciudad capital, que fue el Padre Miguel de la Isla, religioso de la Comunidad de San Juan de Dios, quien, en Diciembre de 1801, organizó los primeros estudios de Medicina que de una manera formal principiaron á hacerse en Bogotá.

El Padre Isla había hecho, de una manera privada, estudios teóricos de los ramos de Medicina de entonces, y para que se le permitiese recibir grado en esta Facultad, sostuvo examen ante el doctor Mutis, nombrado por el Gobierno de España Examinador, desde épocas anteriores. El Rey ratificó este examen de doctorado por Real Cédula de 1801, y nombró al Padre Isla Catedrático de Medicina en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. El Virrey ordenó entonces, en cumplimiento de dicha Real Cédula, la apertura de los cursos de Medicina; formó un plan de estudios, de acuerdo con el de la Facultad de Madrid; el doctor Isla se posesionó de la cátedra y organizó los estudios formalmente.

Aunque D. José Celestino Mutis desde el año de 1761 había trabajado por la enseñanza de la Medicina y ejercido sobre ella muy benéfica influencia, es lo cierto que al terminar el siglo XVIII nada se había organizado de una manera formal: los estudios médicos habían decaído notablemente, y muy escasa era su enseñanza por falta de profesores idóneos.

Distinguióse, además, el doctor Isla, no solamente por el

buen pie en que logró poner los estudios de Medicina, sino también por su generosidad para con los estudiantes, á quienes daba lecciones gratuitas y proveía de libros y de útiles para la enseñanza.

Organizada así la Facultad de Medicina, tocóle á D. Vicente Gil de Tejada desempeñar las funciones de Pasante y estudiar Medicina, bajo la dirección del Padre Isla, en el Hospital de San Juan de Dios.

El plan de estudios acordado en esta época fue modificado por el doctor Isla y el doctor Rosillo, Rector del Colegio del Rosario, cuatro años después, es decir, en 1805.

Bajo este régimen se trabajó por D. Joaquín Cajiao la primera tesis, titulada *De inflammatione ei de febribus in genere. Theses, etc. etc.*

D. Vicente Gil de Tejada, graduado en 1806, regentó la cátedra del primer curso de Medicina. En 1807 murió el doctor Isla, y el doctor Gil de Tejada le sucedió en su puesto, en virtud de nombramiento que le hizo el Colegio del Rosario y que confirmó el Gobierno.

Continuó, pues, el doctor Gil la tarea iniciada por su maestro, y del lucido personal de alumnos que tuvo se formó más tarde el cuerpo de profesores que por su ciencia y por sus méritos figuró en el tiempo de la primera República. Se contaron en este grupo á D. José Félix Merizalde, D. Benito Osorio, D. José Joaquín García, D. José C. Zapata y D. Francisco Quijano.

En 1810 el doctor Gil de Tejada consideró terminados los estudios médicos que en 1802 había principiado su maestro el doctor Isla, y se retiró á la vida privada.

Tal es, en resumen, el origen histórico de la enseñanza de la Medicina durante la época del Gobierno español. Con razón, pues, han sido considerados y reconocidos los doctores Miguel de Isla y Vicente Gil de Tejada como fundadores de la Facultad de Medicina en este país.

Desde 1810, época en que principió nuestra guerra de independencia, hasta la organización definitiva de la República, los estudios médicos y el desempeño de las cátedras de Medicina quedaron atendidos por los solos esfuerzos particulares. Los doctores José Félix Merizalde y Benito Osorio sirvieron

entonces gratuitamente cátedras de Medicina en los Colegios de San Bartolomé y del Rosario.

Organizado el Gobierno de la República, la enseñanza de Medicina volvió á ser en 1823 oficialmente atendida. Dos profesores franceses, los doctores Pedro Pablo Broc y Bernardo Daste, vinieron á dictar lecciones de Anatomía el primero y de Cirugía el segundo en el Hospital de San Juan de Dios.

La primera ley orgánica de instrucción pública se expidió en el año de 1826 por iniciativa del doctor José Manuel Restrepo, en la administración del General Francisco de P. Santander. En virtud de esta ley se creó la Facultad de Medicina, la cual se instaló en Febrero de 1827.

Hasta el año de 1840 no ocurrió mayor alteración en los estudios médicos. La gran revolución política de este año los trastornó considerablemente. Sin embargo, se expidió la ley de 4 de Mayo de 1840, y el Poder Ejecutivo quedó autorizado para organizar universidades que sirvieran de centros de instrucción pública.

Dos años después, el doctor Mariano Ospina, como Secretario de lo Interior en la Administración del General Herrán, organizó la instrucción pública en cumplimiento de la Ley de 22 de Mayo de 1842. "Este plan ha sido el mejor y más extensamente confeccionado de los que se han puesto en práctica después de que se fundó la República," dice el doctor Liborio Zerda en el magnífico informe que como Rector de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales presentó al Ministerio de Instrucción Pública en el año de 1890. Es de este completo y muy bien elaborado documento de donde hemos extractado la relación histórica que contiene el presente escrito.

La Universidad gozó en aquella época de verdadera autonomía, y es un hecho generalmente reconocido que mediante el plan de estudios que regía entonces, se premiaba sin distinción alguna á los hombres de verdadero mérito científico.

A este régimen de justas y razonadas restricciones que organizaba la manera de estudiar y reglamentaba el ejercicio de las profesiones, sucedió, como resultado de una de tantas de nuestras aberraciones políticas, la expedición de la Ley de 15 de Mayo de 1850, que declaró completamente libre en toda

la República la enseñanza de las letras, ciencias y artes, é inútiles é innecesarios los títulos académicos ó grados universitarios que el Gobierno expedía.

La desorganización que en la instrucción secundaria ó profesional ocurrió entonces, como resultado de la implantación oficial de este sistema, hizo que el esfuerzo y la iniciativa particular del Cuerpo Médico de Bogotá crease una Escuela de Medicina, de carácter privado, pero organizada y arreglada en la forma de un instituto académico.

A los esfuerzos de los señores doctores Antonio Vargas Reyes, Andrés María Pardo, Antonio Ospina, Bernardino Medina, Francisco Bayón, Ignacio Antorveza, Liborio Zerda, Librado y Federico Rivas y Rafael Rocha Castilla, se debe la fundación y organización de esta Escuela. En Febrero de 1865 principió sus tareas, nombró como decano suyo al doctor Vargas Reyes, se hizo cargo del servicio científico del Hospital de San Juan de Dios, y fundó la *Gaceta Médica*, periódico oficial de la Escuela.

La creación de este instituto fue un verdadero renacimiento de las enseñanzas médicas. De todos los Estados vinieron alumnos, y el personal de profesores se aumentó luégo con los doctores Leoncio Barreto, Ezequiel Uricoechea, Nicolás Osorio, Pedro P. Cervantes y Aureliano Posada.

Durante tres años funcionó la Escuela como establecimiento particular, adquiriendo cada día mayores y mejores elementos de prosperidad. Y fueron tan satisfactorios sus resultados, que al organizarse en Enero de 1868 la Universidad Nacional, creada por la Ley de 22 de Septiembre de 1867, esta Escuela, con su personal, sus reglamentos y todas sus disposiciones, tornó á ser instituto universitario.

Organizada la Universidad Nacional, los estudios médicos volvieron, pues, á ser oficialmente atendidos y reglamentados. La Escuela de Medicina que se fundó entonces es la misma que hoy tenemos. Ella ha experimentado en este espacio de tiempo reformas y modificaciones reglamentarias, pero ha conservado siempre la autonomía y la importancia que la seriedad característica de sus estudios le han dado y que generalmente se le reconocen.

La Escuela de Medicina es el único establecimiento de

enseñanza que no ha suspendido sus trabajos durante nuestras guerras civiles. Cuando en 1885 el furor de las pasiones políticas llevó á los campos de batalla á profesores y alumnos de todos los colegios de la República, y en los claustros universitarios resonaba el salvaje vivac de los campamentos, la Escuela de Medicina mantuvo en torno suyo á todo su personal de profesores y alumnos: enseñanzas, régimen y disciplina, todo se conservó en ella de una manera inalterable.

La Facultad que tales comprobantes exhibe, bien ha demostrado que—por la naturaleza de sus estudios—el hombre que los emprende se levanta hasta el extremo de hacerse superior á sus propias pasiones. Así se explica la prosperidad creciente con que los estudios médicos han venido progresando entre nosotros, y es ésta la razón por la cual la Escuela de Medicina ha merecido siempre el apoyo y distinciones del Gobierno y el respeto y consideraciones de la sociedad en general.

Y yá que hablamos de la prosperidad y del progreso de esta Escuela, justo y oportuno nos parece hacer notar el valioso contingente con que á ellos ha contribuído su actual ilustrado Rector, señor doctor Liborio Zerda.

Debido á su iniciativa y á sus esfuerzos, el Gobierno de 1881, presidido por el señor Núñez, ordenó la construcción del edificio que hoy sirve de anfiteatro. La obra se construyó conforme á un plano trabajado por el doctor Zerda, en el cual calculó científicamente la capacidad de cada uno de los cuatro departamentos que constituyen el anfiteatro en relación con la localidad que iba á ocupar y con la manera de desinfectarlos, lo que debía hacerse por medio del funcionamiento de una chimenea colocada en el centro del edificio. Para aceptar la idea de que este edificio se levantara en el centro de uno de los patios de San Juan de Dios, hubo alguna resistencia, basada en escrúpulos de higiene, pero el Consejo de Profesores de la Escuela, después de oír el informe del doctor Zerda, en el cual expuso con la claridad y precisión que lo caracterizan, los razonamientos científicos en que fundaba los cálculos, base de su proyecto de construcción, el Consejo, decimos, lo aprobó y declaró además que ese “proyecto estaba destinado á poner los estudios anatómicos á la altura en que deben encontrarse entre nosotros.”

La obra se ejecutó conforme á los planos y bajo la dirección del doctor Zerda. Los resultados fueron completamente satisfactorios, y los diez años transcurridos desde que está en servicio el anfiteatro, los han confirmado de una manera definitiva.

A los esfuerzos del doctor Zerda debe también la Escuela de Medicina la formación del Gabinete de Química que hoy posee, y en el cual se dan lecciones objetivas de Química mineral, orgánica y biológica. Allí ha dictado el doctor Zerda muy buenas conferencias prácticas de urología. Cada año recibe este laboratorio importantes mejoras. Actualmente se va á emprender la obra de complementarlo con el servicio de agua corriente y fogones provistos de pabellones y chimeneas para las operaciones que necesitan fuego y para aquellas que producen gases nocivos á la salud.

Por lo demás, la reconocida ilustración del señor doctor Zerda, sus talentos, su experiencia y todo el caudal de aptitudes de que dispone, todo, todo lo ha consagrado al servicio de la Escuela de Medicina. De aquí que sus conceptos y opiniones sean siempre atendidos y solicitados en los consejos universitarios, en los ministerios y en el Gobierno; que no se haya dictado reforma alguna orgánica ni reglamentaria en la constitución de la Escuela sin haberse oído antes la decisiva opinión del Rector; y de aquí, por último, que el doctor Zerda haya hecho de la marcha regular y progresiva de la Escuela de Medicina una de las más grandes preocupaciones de su vida, y á ella ha consagrado sus aspiraciones, su tranquilidad y hasta sus afectos.

Terminaremos esta relación histórica dejando constancia de que en los veintitrés años que cuenta de existencia la Escuela de Medicina, solo á 230 de sus alumnos les ha expedido el diploma de Doctor en Medicina y Cirugía y á 11 el de profesor de Ciencias naturales.

A. APARTICIO.

POSADÆA

En los *Anales de la Academia de Medicina de Medellín* hallamos, tomada del *Boletín de la Academia Real de Bélgica*, la descripción de un nuevo género de plantas de la familia de las *Cucurbitáceas*, descubierto por nuestro ilustrado colega el señor doctor Andrés Posada Arango. M. Cogniaux, autor de la monografía sobre esta familia, ha dado al género descubierto por el doctor Posada el nombre de *Posadæa*.

Felicitemos al señor doctor Posada Arango por los repetidos triunfos que continuamente alcanza en su brillante carrera científica, y reproducimos la descripción del género *Posadæa*.

" POSADÆA, COGN. GEN. NOV.

" Flores monoici. Masculi racemosi, pauci. Caycis tubus subrotatus, 5-lobatus, lobis ovato-lanceolatis, acutis, reflexis. Corolla rotata, usque ad basim 5-partita, segmentis irregulariter obovatis, apice plus minusve emarginatis. Stamina 3, libera, in medio tubi calycini sessilia; antherae quadrangulari-obovatae, dorso affixae, una unilocularis caeterae biloculares, loculis linearibus, apice extus replicatis non sigmoideo-flexuosis, conectivo angusto, apice ultra loculos non producto. Pollen sphaericum, leave, poris 3 apertum. Pistillodium cupuliforme, obscurum.—Flores feminei solitarii, inflorescentiae masculae coaxillares. Calyx supra ovarium maris. Corollae segmenta ovato-oblonga, apice rotundata. Staminodia 3, brevia, ligulata. Ovarium elliptico-ovoideum, tricenpla tiferum; stylus brevis, crassus, stigmatibus 3, dilatatis, obcordatis, subreflexis; ovula numerosa, horizontalia. Fructus indehiscens, sphaericus, cortice lignoso, carne pulposo. Semina numerosa, anguste obovata, compressa, immarginata, laevia.

" Herba repens, pilosula. Folia longe petiolata, ambitu 7-angulata vel suborbicularia, integra vel usque ad medium trilobata, basi profunde emarginata. Chirrho bifidi, superiores simplices. Flores mediocres, lutei, ebracteati vel minutissime bibracteolati. Fructus majusculus.

" **NOTA.**—La única especie conocida hasta ahora es la *Posadæa sphaeroearpa*, de los alrededores de Medellín."

CONTRIBUCION

AL ESTUDIO DE LA RETENCIÓN DE LA PLACENTA

I. OBSERVACIÓN

N. N., de unos veinte años de edad, de buena constitución, tuvo su segundo parto hará unos cuatro meses; el nacimiento del niño se verificó sin el menor inconveniente en posición céfalo-iliaca izquierda anterior; la placenta no se pudo extraer haciendo tracción sobre el cordón, ni excitando la contracción del útero, y habiéndose presentado una fuerte hemorragia, se procedió á hacer la extracción por medio de la mano; introducida ésta dentro de la cavidad uterina, encontró la placenta en parte desprendida y en parte adherida; se trató de verificar la extracción total, pero las tentativas que con tal objeto se hicieron fueron inútiles, y entonces se resolvió abandonar dentro de la cavidad la porción adherida y extraer el resto; con esta maniobra la hemorragia disminuyó.

La debilidad que la pérdida de sangre produjo fue muy considerable; el más ligero movimiento producía vértigos; el pulso palpitaba rápidamente y había enfriamiento; todos estos síntomas se combatieron con la quietud, el mantenimiento de una temperatura elevada debajo de las cobijas y el uso de bebidas ligeramente excitantes. Al día siguiente, bajo la influencia del tratamiento, la debilidad y demás síntomas mejoraron algo, se dejaron las mismas prescripciones y se ordenó el uso de lavados intra-uterinos.

Le temperatura era de 36-50°.

Al tercer día empezó la temperatura á ascender lentamente, sin escalofrío previo, como sucede siempre que la hipertermia no es brusca; esta fiebre, que muy rara vez pasó de 39-50°, duró cosa de quince días, con remisiones matinales de uno ó dos grados, sudores, cefalalgia, aumento y sensibilidad del útero, y loquios fétidos; como tratamiento se ordenaron tres lavados intra-uterinos, con seis horas de intervalo de uno á otro; y al interior bebidas tónicas, sulfato de quinina á dosis moderada, tintura de Warburg, etc. etc. etc. Habiéndose sostenido este tratamiento con las modificaciones que las variaciones diarias hacían necesarias, terminó el caso por la cura-

ción. Los lavados uterinos se hicieron con una solución de creolina al 1 por 100, sin que hubiera habido ocasión de comprobar las propiedades piógenas que algunos experimentadores atribuyen últimamente á esta sustancia; con los lavados salieron restos placentarios.

2.ª OBSERVACION

N. N., de veintiocho años de edad, de buena constitución, madre de una niña, abortó á los cinco meses del segundo embarazo, habiendo quedado en la cavidad uterina la placenta; en los dos primeros días nada particular ocurrió, ni se hicieron tentativas para extraerla; al tercer día empezó la fiebre, con cefalalgia, aumento de volumen y sensibilidad del útero, loquios fétidos; en este estado continuó el cuarto día, y al quinto, que fui llamado á verla, la encontré con 39°, pulso 110, el útero inclinado á izquierda y muy sensible; todos los demás síntomas lo mismo que antes se ha dicho. Introduje el dedo dentro del cuello, tomando las más minuciosas precauciones asépticas para explorarlo, y después penetré dentro del útero; con excepción de algunos coágulos y los dedos impregnados de un olor cadavérico insoportable, nada extraje, pero sí sentí la placenta adherida. Se procedió á hacer diariamente, con intervalos de seis horas, los lavados intra-uterinos, con infusión de hojas de eucalipto, y una pequeña cantidad de percloruro de mercurio y de ácido fénico alternativamente; y como tratamiento interno se ordenaron bebidas tónicas, pequeñas dosis de sulfato de quinina, etc. etc. Con este tratamiento, que no se modificó sino para agregar, por algunos días, la digital y la cafeína indicadas por el estado del corazón, terminó el caso en catorce días por la curación, habiéndose eliminado la placenta con los loquios, y sobre todo con los baños que siempre arrastraban pedazos de ella.

3.ª OBSERVACIÓN

N. N., de treinta y dos años de edad, madre de cinco niños, de constitución débil y muy anémica, había tenido un aborto sin accidente consecutivo. Hará cuatro meses empezó á sentir algunas novedades que me hicieron sospechar un embarazo que

después se confirmó; á los cuatro meses abortó, habiendo habido retención placentaria, según el decir de las personas que estaban presentes, y una hemorragia alarmantísima tratada convenientemente por el médico que fue llamado. Se aplicaron lavados vaginales con solución de ácido bórico y se anunció la aparición probable de accidentes febriles, que, atendida la situación en que se encontraba la señora, podrían ser de funestas consecuencias; en el caso de que la fiebre se desarrollara, el médico de cabecera manifestó que necesitaría de la cooperación de otros colegas para hacer una operación (el curetaje uterino); para ese evento se me previno. Al tercer día después del aborto estalló un fuerte escalofrío con temperatura de 40°; examinada la enferma, se encontraron los síntomas habituales de esta clase de infecciones, la exploración digital de la vagina nada de particular reveló; el orificio externo del cuello uterino estaba blando y dilatado; el interno, duro, contraído, y no permitía la introducción de la pulpa del dedo; no quise llevar más adelante la exploración; opiné por que se aplazara la operación, y que se hicieran lavados intra-uterinos; acto seguido, aplicámos el primero haciendo uso del ácido bórico; pocos momentos después de terminar el baño, que no hubo dificultad en aplicar, estalló un fuerte escalofrío con ascenso de temperatura á 40°; á este accidente, que he observado varias veces, puede atribuírsele las mismas causas que al que de idéntica clase se observa después de los cateterismos uretrales; cuando el acceso de fiebre se desarrolla cada vez que se hace el lavado, es necesario dejar de llevarlos al útero y limitarse á la vagina, siendo esto suficiente para las necesidades del tratamiento. Al día siguiente por la mañana volvimos cerca de la enferma, que había pasado mala noche; la temperatura era normal ó poco más. Como mi colega insistiese en el curetaje uterino, resolvimos llamar otro profesor, quien, al hacer el examen local, encontró, como nosotros, el orificio externo dilatado y el interno contraído; forzando esta barrera que se había respetado en las exploraciones anteriores, declaró que no existía placenta sino coágulos adheridos á la pared uterina, de los cuales extrajo algunos; me abstuve de verificar personalmente la anterior opinión; primero, porque para mí el tratamiento era el mismo, cualquiera que fuera la materia en descomposición contenida

en el útero; y segundo por la gravedad que esta clase de exploraciones tiene cuando no se toman las más minuciosas precauciones asépticas; pero he conservado alguna duda respecto á la no existencia de la placenta, porque en la época en que se verificó el aborto ésta no podía pasar inadvertida para las personas que rodeaban á la enferma; porque la causa más activa de la hemorragia es la retención placentaria, y aquí la hubo muy fuerte; y porque el temor manifestado desde el primer momento de la aparición de síntomas febriles, fundada en la no expulsión de la placenta, se verificó. Resultó, pues, que no hubo placenta dentro del útero, según la opinión del explorador; se continuó con los lavados, y la curación no se hizo esperar mucho tiempo.

De las tres observaciones anteriores, no obstante que en la última hay duda respecto á la retención placentaria, saco las siguientes consecuencias:

1.ª La retención parcial ó total de la placenta es un accidente muy serio, que, debido á la introducción de los lavados uterinos en la práctica obstetrical, ha perdido mucho de su gravedad pronóstica.

2.ª En los casos de retención parcial ó total de la placenta, en abortos ó partos á término, débese, tomando siempre las más minuciosas precauciones antisépticas, proceder á hacer su extracción; pero estas tentativas no se llevarán muy adelante, y cuando la adherencia ó *enchatonnement* sea muy considerable, antes que exponerse á producir un traumatismo uterino, se extraerá la porción de placenta que estuviere desprendida, dejando en la cavidad la que por cualquier circunstancia fuere difícil ó imposible extraer por el momento; porque más tarde ella se eliminará bajo forma de *detritus* con los loquios y el agua de los lavados, ó, desprendiéndose parcial ó totalmente, podrá extraérsele con facilidad; ó sufrirá una especie de organización y quedará adherida á la pared uterina para ser expulsada en otro parto; ó bien será reabsorbida, como lo han sostenido autores respetables.

3.ª Los accidentes generales y locales producidos por la supuración puerperal se observan al tercer día de verificado el parto, y rara vez antes; porque la primera faz de la putrefacción de las materias animales consiste en la coagulación de la albúmi-

na, y endurecimiento consiguiente; después viene un cambio químico que prepara el terreno para el desarrollo de los saprofitos que se multiplican en cantidades asombrosas, cuando á un terreno adecuado se unen las condiciones de temperatura, humedad y ventilación necesarias; y á consecuencia de la absorción de los tomaños que la fermentación producida por estos microbios desarrolla, vienen los síntomas de la infección pútrida.

4.ª El tratamiento principal en estos casos consiste en el uso de los lavados uterinos. Su aplicación es muy antigua; el inmortal Harvey salvó con ellos á una señora en grave peligro de muerte; Yohn Charek en 1793 los aconsejaba, y usaba un cocimiento de quina para el efecto; Rigby en 1842 los aplicaba sirviéndose del agua de malvavisco, manzanilla, saúco, ó del agua tibia ligeramente salada; pero el temor de que el líquido pasara á la cavidad peritoneal, hizo que, no obstante los buenos resultados obtenidos de esta aplicación, quedaran aisladas las tentativas de Harvey, Charek, Rigby y otros; y solamente después de los trabajos de Braxton Hick y de la Tesis de Rendú en 1870, es cuando los lavados uterinos han tomado puesto en la práctica usual de los partos, prestando servicios de incalculable valor.

5.ª Los lavados se harán por medio de sondas de doble corriente, de metal ó de vidrio (siendo preferibles estas últimas), con agua pura perfectamente aséptica ó con infusiones ligeramente aromáticas y astringentes, como de manzanilla, flores aromáticas, eucalipto, adicionadas ó nó de antisépticos, como el percloruro de mercurio, los ácidos fénico y bórico, la creolina, el cloruro de sodio, etc. etc. La cuestión en estos casos no es de antiseptia, sino de asepsia; desde el momento en que la renovación molecular cesa, los esquizomicetos, verdaderos agentes de policía de aseo, se desarrollan sobre la materia muerta; se les encuentra en número infinito en el aire y en las cavidades naturales, dispuestos á destruir todo lo que en el organismo dejó de tener vida; siendo ellos para sí mismos inofensivos, su papel es más bien saludable, y en vez de tratar de destruirlos por medio de microbisidas más ó menos enérgicos, lo que debe preocuparnos es favorecer por todos los medios posibles la eliminación de las tomañas producidas por los parásitos sapró-

genos y saprófitos, sea que exista dentro del útero, ó que, absorbida, han penetrado en el torrente circulatorio, ó usar de sustancias que ayuden á la más rápida destrucción de la materia orgánica. La tendencia es hoy á preocuparse de la asepsia, antes que de la antisepsia; la asepsia es aseo, aseo absoluto; si no hay materia orgánica muerta; no habrá descomposición pútrida; si no se llevan en las manos ó en los instrumentos gérmenes sépticos, no habrá erisipelas, infecciones purulentas, etc. etc.

6.º Los lavados uterinos obran de tres maneras:

a). Por acción mecánica, llevando al exterior los pedazos de placenta que se vayan desprendiendo y todos los demás productos de la fermentación pútrida; para que llenen este objeto deben ser muy abundantes, nueve, diez ó doce litros, y aplicados dos ó tres veces en las veinticuatro horas, á intervalos más ó menos iguales, según las indicaciones de cada caso en particular.

Como antes he dicho, se usarán para estos lavados inyecciones ligeramente aromáticas, con pequeñas cantidades de antisépticos y aun sin ellos; me atrevo á anunciar que con el tiempo los microbicidas para los casos de que hablo, y otros análogos, serán desechados en absoluto, por considerárseles perjudiciales.

b). Por la poderosa acción que los lavados ejercen sobre las fibras musculares uterinas, obstruyen los vasos absorbentes, y se oponen de una manera eficaz á la introducción de las tomasinas tóxicas en la circulación general. Además obran localmente sobre la herida uterina limpiándola y excitando su cicatrización.

c). Obrando enérgicamente sobre las extremidades de los nervios que se extienden en la cara interna del útero, influyen de una manera muy notable sobre los centros productores y reguladores del calor, y en consecuencia determinan en la mayor parte de los casos, después de su aplicación, un descenso de la temperatura de uno á dos grados.

7.º En algunos casos excepcionales los lavados pueden ser insuficientes y habrá necesidad de recurrir al escobillonnaje ó al curetaje de la pared uterina para extraer rápidamente las materias en descomposición; esta es una operación que

teóricamente no presenta dificultad, pero que si las tiene, y muy serias, en la práctica, porque se necesita, como en todo lo relativo á estos ramos de la cirugía, de gran habilidad operatoria; habilidad que sólo se obtiene con la práctica, que entre nosotros es muy difícil de adquirir; por estas razones creo pasará mucho tiempo antes de que el curetaje éntre en la práctica diaria de la ginecología, y más hoy cuando en el éxito bueno ó malo de las operaciones toda la responsabilidad se hace pesar sobre el cirujano.

8.º Los parásitos saprógenos, que, como antes he dicho, existen por millones en las superficies del cuerpo y en las cavidades naturales destruyendo todo lo que ha dejado de vivir, y necesitando del aire para conservarse, encuentran en la materia viva barrera infranqueable, y nunca penetran en la circulación; lo anterior sirve para enseñarnos que es absurdo el uso de microbicidas al interior; y que, siendo los síntomas generales los de un verdadero envenenamiento químico, y no conociéndose hasta ahora el contraveneno, la terapéutica debe dirigirse á facilitar la eliminación de las toxinas por los riñones, los intestinos y la piel, y á sostener las fuerzas del organismo con una alimentación bien dirigida, y con el uso moderado de los alcohólicos y de los tónicos.

J. M. LOMBANA BARRENECHE.

Bogotá, Octubre 18 de 1890.

ESTRECHEZ URETRAL

CUERPO EXTRAÑO DE LA VEJIGA

Uretrotomía interna—Talla hipogástrica.

N. N., de sesenta y un años de edad, natural de Yaguará, en el departamento del Tolima, casado y agricultor, ocupó el día 20 de Noviembre de 1890 la cama número 86 del servicio del doctor Noguera, que está accidentalmente hoy á mi cargo en el hospital de San Juan de Dios.

Antecedentes.—El individuo de quien hablo ha tenido hemorragia cinco veces; éstas se han prolongado bastante y han dejado estrecheces uretrales. El canal de la uretra había dis-

minuïdo mucho en su calibre, y la emisi3n de la orina se hacïa por continuos y prolongados esfuerzos, y tanto eran 3stos, que el enfermo lleg3 3 tener una obstrucci3n completa de ella. Pasados cuatro meses sinti3 encima de la sinfisis pubiana dolor acompaãado de calor y rubicundez, y en ese lugar se abri3 un absceso que m3s tarde comunic3 con la vejiga y daba salida 3 grandes cantidades de orina. Dos absesos se mostraron m3s tarde en las bolsas, y por ambos asegura el enfermo salïa orina. En esta situaci3n N. N. resolvi3 hacerse el cateterismo con el fin de vencer las estrecheces uretrales, y para ello se sirvi3 de una sonda met3lica n3mero tres, que tenïa su porci3n curva soldada 3 la parte recta con una aliaci3n de cobre. Con dificultad pudo llevar dicha sonda 3 la vejiga, y al retirarla tuvo que hacer un gran esfuerzo, que di3 por resultado la raptura de la sonda expresada, quedando dentro de la vejiga la parte curva.

El enfermo no experiment3 en los primeros dïas novedad alguna 3 consecuencia de la retenci3n del fragmento de sonda, y s3lo despu3s de mes y medio not3 que la orina era un poco turbia y que sentïa deseos frecuentes para expulsarla. Asegura que sin cambio notable estuvo durante seis meses, pasados los cuales el enfermo empez3 3 sufrir sensaci3n de ardor al nivel del cuello de la vejiga, tenesmo durante la micci3n y dolor que se extendïa hasta la regi3n lumbar; la orina tenïa y3 un olor f3tido y dejaba en el vaso que la contenïa una capa abundante de mucus amarillento y transparente. Pocos dïas despu3s los dolores se hicieron m3s intensos, y resolvi3 hacer viaje para venir al hospital.

Estado actual.—N. N. es un hombre de constituci3n d3bil y de temperamento linf3tico. Prefiere estar de pie 3 caminando 3 ocupar la cama, en donde no se le encuentra sino durante la noche.

Aparato genito-urinario.—El glande es voluminoso y no presenta ninguna cicatriz en 3l, asï como tampoco en el resto del pene. Encima de la sinfisis pubiana y en las bolsas hay otras cicatrices que corresponden 3 los lugares en donde se habïan formado los absesos de que se ha hecho menci3n anteriormente. Practicado el cateterismo con la sonda n3mero dos de Roser, se not3 que en la parte terminal del pene, y

al tratar de bajar la sonda mantenida perpendicularmente á la dirección del eje del cuerpo, fue detenida en varias partes por bridas que resistían á la sonda y que producían choques, y sólo penetró dirigiéndola hacia la parte posterior del canal uretral y haciendo algún esfuerzo. Al nivel del cuello de la vejiga no hay obstáculo, y más adelante, aun cuando la sonda no es detenida, sí produce frotos contra un cuerpo espeso. La orina es turbia, de olor amoniacal y cuando permanece en el vaso algún tiempo, deja una capa abundante de un moco espeso mezclado de pus. El deseo de orinar es frecuente, y al efectuarse la micción es acompañada de tenesmo, y produce sólo pequeñas cantidades de orina; el dolor es casi constante al nivel de la sínfisis pubiana y de la región lumbar. Los demás órganos y aparatos en estado fisiológico.

En vista de los antecedentes y del estado actual del enfermo, diagnosticué: estrechez uretral, cuerpo extraño de la vejiga y cistitis crónica, producida por las lesiones anteriores. Resolví, por consiguiente, practicar la uretrotomía interna, para hacer después la talla hipogástrica.

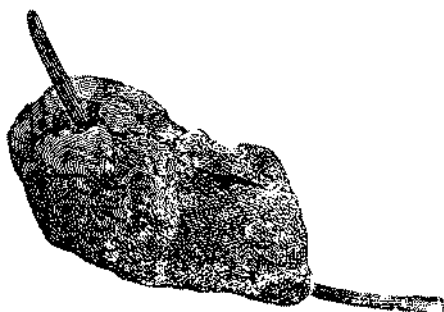
El 13 de Diciembre, durante la anestesia, producida por el cloroformo, pude introducir por la uretra las cuatro primeras sondas de la serie de Roser, coloqué en seguida el conductor del uretrótomo de Maisonneuve, y luégo, pasando por la acanaladura el mandrin con su cuchilla, practiqué dos incisiones en diversos sentidos; retiré el conductor y puse una sonda número 20 de Mathien que dejé en la uretra hasta el día siguiente; se hizo un lavado con solución boricada al 4 por 100, y prescribí unas píldoras con un gramo de sulfato de quinina.

El 14 se repitió el mismo lavado con ácido bórico y se retiró la sonda; no hubo reacción febril. Se ordenó baños de asiento y ocho perlas de esencia de trementina. Con este tratamiento estuvo el paciente hasta el día 20; mas como al hacer los lavados sintiese dolores vesicales, reclamó con urgencia que se le practicase la operación para extraer el cuerpo extraño.

El 21, asociado á mi honorable maestro el señor doctor Buendía, á mi estimado colega y amigo doctor Joaquín Lombana, y á varios alumnos de la Clínica de Patología externa, procedí á hacer la talla hipogástrica de la siguiente manera: colocado el enfermo convenientemente, puse una sonda de

Hare por la cual inyecté agua tibia en la vejiga en la cantidad que podía contener este órgano, impidiendo su salida; después practiqué una incisión de arriba á abajo en una extensión de cinco centímetros por encima y por delante de la sínfisis; esta incisión comprendió la piel y el tejido celular-adiposo; descubierta la línea blanca, corté la aponeurosis, separé el tejido celular colocado entre los dos músculos rectos, aparté con el dedo el tejido celular-adiposo y el pliegue del peritoneo llevándolos hacia arriba, y luégo, guiado por el pico de la sonda, hice la incisión correspondiente en la vejiga, fijando en seguida sus bordes á los de la herida abdominal por medio de hebras de seda, á uno y otro lado, con el fin de no perder esas relaciones. Procedí después á extraer el cuerpo extraño. Al introducir el dedo noté la presencia de un cuerpo duro de forma irregular, de superficie rugosa y que se encontraba adherido á la vejiga; introduje entonces por la herida una tenaza de Leroy y dividí el cálculo en pedazos, de los cuales uno se extrajo con el fragmento de sonda. Un lavado con ácido bórico acabó de arrastrar las arcuillas que se habían desprendido de la superficie del cálculo. Las fuerzas del enfermo estaban en este momento un tanto agotadas, é inspiraba serios temores su vida, por lo cual resolvimos colocar un tubo de drainage en la herida, unir ésta con bandeletas de esparadrapo, poner una sonda en la uretra y terminar con un vendaje compresivo de algodón y gasa fenicadas. El cálculo tiene en su mayor circunferencia once centímetros y siete en la menor, y un peso de diez y siete granos junto con la sonda, y está formado de sales terrosas.

Inmediatamente después de practicada la operación se prescribió al paciente una poción compuesta de brandy, valeriana, menta y canela, y por la noche un gramo de sulfato de quina.



El 21 por la mañana tenía 38° de temperatura y 108 pulsaciones, ligero dolor en la herida y pulso pequeño; tomó una poción compuesta de brandy, extracto de quina en infusión de valeriana; por la tarde subió la temperatura á 39° y á 120 las pulsaciones. Prescribí dos gramos de salol. Este estado duró así hasta el 27, en que la temperatura descendió á 36½° por la mañana y 37° por la tarde. Se hicieron curaciones diarias y lavados con ácido bórico al 4 por 100 en solución. Del 27 de Diciembre al 9 de Enero el estado del enfermo ha sido satisfactorio. Fuera de un ligero dolor en la herida y de insomnio, no ha tenido ningún otro accidente notable. Teniendo esto en cuenta y que las fuerzas se han recuperado bastante, resolví hacerle la sutura el 10 por la mañana.

El 11 apareció bruscamente un acceso de fiebre urinosa, é inmediatamente quité un punto de sutura y puse un drain en la vejiga, y ordené se le administrara una poción con infusión de polvo de café tostado, clorhidrato de quinina y brandy. Dos días después el enfermo estaba sin fiebre, y se continuó con el mismo tratamiento. El 18 se resolvió quitar el tubo de drainage y dejar una sonda permanente en la uretra. El 19 apareció otro accidente de fiebre urinosa, habiendo necesidad, por consiguiente, de restablecer el drain y hacer uso del mismo tratamiento del 11. El 21, estando bien el enfermo, hice una sutura profunda de los tejidos de la pared abdominal y de la vejiga. Después continuó perfectamente bien hasta el 30 de Enero, en que quedó completamente cicatrizada la herida.

El paciente quiere permanecer unos días más en el hospital esperando venga un miembro de la familia á acompañarlo en su viaje de regreso, y se le ha permitido.

JOSÉ C. GÜELL.

Bogotá, Febrero 1.º 1891.

OBSERVACIONES

QUE PUEDEN TENER INTERÉS EN EL ESTUDIO DE LAS
ENFERMEDADES DE LOS OJOS

Apoplejía de la retina en las alturas.—En el ejercicio de la profesión hemos venido observando que algunas enfermedades internas de los ojos se presentan con más frecuencia en Bogotá que en las clásicas de Londres y París.

Entre ellas citaremos: hemorragias del cuerpo vítreo, desprendimiento de la retina, hemorragias de la coroides, y principalmente hemorragias ó apoplejías de la retina.

Hemos atribuído la mayor frecuencia á la escasa presión atmosférica, á falta de otras causas que puedan actuar en su producción.

Intentamos una corta descripción de la hemorragia que llamaremos “Apoplejía de la retina en las alturas,” por ser la que más hemos estudiado; y le hemos dado tal denominación, para diferenciarla de las diversas hemorragias retinianas descritas por los autores clásicos de oftalmología.

Aparición de la hemorragia.—Repentinamente se presenta en el campo visual de un ojo una mancha de dimensiones variables, que trastorna la visión más ó menos extensamente, según que la hemorragia ha tenido lugar cerca de la mácula ó del ecuador del ojo.

Aspecto de la apoplejía al oftalmoscopio.—La hemorragia aparece en el trayecto de los vasos sanguíneos, afectando la forma de placas rojas. Generalmente se presenta una sola mancha; algunas veces dos.

Si la hemorragia es superficial, y es la más común, los bordes de las placas son estriados, é insensiblemente van á perderse en las capas sanas de la retina. Si es profunda, las manchas no son estriadas, sus contornos son irregulares y se destacan claramente del fondo rosado de la retina.

La hemorragia puede presentarse en cualquier punto del fondo ocular, siguiendo siempre el curso de las venas y arterias; y cuando tiene lugar cerca del disco, un edema ligero puede ofuscarlo, lo mismo que á la faja retinosa que limita el foco. Con preferencia afecta regiones próximas al disco, respetando unas veces la mácula, otras invadiéndola extensamente.

Marcha.—El aspecto del foco hemorrágico en su período de incubación varía según que la hemorragia es superficial ó profunda.

En el primer caso el color rojo brillante de la mancha pasa en pocos días al amarillo rojizo, y lentamente va palideciendo hasta desaparecer por completo.

En el segundo caso, generalmente los bastones y células

ganglionares sufren; el coágulo pasa por los mismos períodos de coloración, pero no siempre desaparece totalmente, sino que deja en su lugar una superficie blanca, constituida por elementos de la retina en degeneración, salpicada de sustancia pigmentosa.

Veces hay que la hemorragia se hace paso al cuerpo vítreo, y entonces, como en otras apoplejías retinianas, se transforma á la larga en membranas de forma variada y duración indefinida.

Un examen oftalmoscópico es suficiente, las más de las veces, para reconocer la afección.

No obstante, hay casos en que pudiera confundirse con hemorragias coroidianas. Pero atendiendo á que éstas casi siempre aparecen cerca del *ora serrata*, y que son más profundas y no siguen la dirección de los vasos, el diagnóstico no ofrece dificultades.

También puede asemejarse á una hemorragia limitada y exclusiva del cuerpo vítreo. Observando atentamente el fondo ocular con el oftalmoscopio, y haciendo mover suavemente el ojo, si la apoplejía es vítrea, cambiarán sus relaciones topográficas; si es retiniana quedará fija.

En lo descrito anotamos rasgos generales que pertenecen á varias hemorragias retinianas y caracteres ligeros que, tomados por separado, serían de ningún valor, pero en conjunto caracterizan la variedad de que tratamos.

Reuniéndolos, tenemos: uno á dos focos hemorrágicos en el polo posterior del ojo y no cerca del *ora serrata*, como acontece en la anemia grave, la leucocitemia, el escorbuto, etc. etc.

Hemorragia producida por ruptura de un vaso venoso, algunas veces arterial, y nó por diapedesis, como es frecuente observar en la retinitis diabética y púrpura hemorrágica.

La apoplejía no es en varios focos como en algunos casos de púrpura hemorrágica, albuminaria, etc.

No está acompañada de trastornos del aparato vascular, como la esclerosis arterial general, afecciones cardíacas, aneurismas miliares, etc.; ni por alteraciones de la sangre, como en la diabetes, albuminaria, el escorbuto, etc.

En una palabra, la apoplejía se presenta en personas que han gozado de perfecta salud hasta el momento mismo de ser

sorprendidas por el trastorno visual, y en las que no hay defecto alguno de refracción.

Sin embargo, en ocasiones hemos encontrado síntomas de anemia incipiente.

Pronóstico.—Depende de la extensión y más que todo de la profundidad de la hemorragia.

Las superficiales generalmente desaparecen en su totalidad, y la visión vuelve á su estado normal. Las profundas casi siempre dejan trastornos de la vista, especialmente si han interesado la mácula.

Tratamiento.—Purgantes, revulsivos en las sienes, pediluvios calientes, yoduro de potasio en dosis de 1 á 2 gramos diarios, y durante seis á ocho semanas.

Reposo absoluto de la vista en los primeros quince días; después, abstención de todo trabajo exagerado de los ojos, por cuatro á seis meses.

Alimentación nutritiva pero moderada.

Cuando hay principios de anemia, en lugar del yoduro de potasio, administramos estricnina, hierro y quinina en la forma de jarabe de Easton, agregando baños fríos y ejercicio moderado al aire libre.

Damos en seguida las observaciones de dos casos que hemos tenido este año.

NÚMERO 1.º

El señor C. S., natural de Bogotá, de treinta y dos años de edad, vino á nuestra consulta el 23 de Abril próximo pasado. El día anterior, estando leyendo, apareció en el campo visual del ojo izquierdo una mancha oscura que aumentó rápidamente hasta trastornar por completo la visión de dicho ojo.

Al examen encontramos una sombra en el centro del campo visual y en dirección hacia arriba.

Al oftalmoscopio (imagen directa) observamos: cuerpo vítreo transparente. Grande hemorragia retiniana cerca del disco, é invadiendo extensamente la región de la mácula y extendiéndose de arriba á abajo. Con bordes netos en sus tres cuartos superiores, y estriados en la parte inferior.

Antecedentes.—Siempre ha tenido buena salud. No hay historia de diátesis hemorrágica en la familia. Sus ocupaciones son de escritorio, pero no exageradas.

Estado actual.—Estatura media. Complejón vigorosa. Todas las funciones marchan con regularidad. Refracción normal. No hay huellas sifilíticas. No hay albúmina ni azúcar en la orina.

Prescripción.—Calomel al vapor, media dracma. Para tomarlo inmediatamente.

Una mosca de Milán en la sien izquierda, y unguento de Sabina para curarlo.

Yoduro de potasio, 3 dracmas.

Jarabe de cortezas de naranjas, 2 onzas.

Agua, 4 onzas.

N. R. tomará dos cucharadas diarias, empezando un día después del purgante.

Mayo 10.—Examen oftalmoscópico. La mancha hemorrágica ha palidecido ligeramente en su porción inferior.

Prescripción.—Continuará con la poción yodurada.

Junio 22.—La mancha ha disminuído hasta quedar reducida á un tercio de su magnitud primitiva. Es casi blanca en el centro.

No hemos vuelto á ver al enfermo, pero estamos seguros de que la visión del ojo izquierdo quedará siempre defectuosa.

NÚMERO 2.º

F. C. R., natural de Facatativá, de treinta y ocho años de edad, vino á nuestra consulta el 16 de Agosto próximo pasado. Hace ocho días ve una sombra en la parte superior del campo visual del ojo izquierdo.

Al examen encontramos un escotoma en la parte superior del campo visual. Fuera del escotoma la visión es neta.

Al oftalmoscopio (imagen directa): cuerpo vítreo transparente. Foco hemorrágico retiniano en la región inferior del polo posterior del ojo izquierdo. Forma algo cuadrada, bordes estriados, coloración roja, intensa en el centro.

Antecedentes.—A los diez y ocho años tuvo una fiebre grave, probablemente tifoidea. Desde entonces su salud ha sido buena. Ha vivido en Bogotá, exceptuando el año último, que lo pasó en Honda. Es comerciante. No hay historia de hemorragias graves en la familia.

Estado actual. — Es alto, ancho de espaldas, toda la organización revela robustez. Refracción y demás funciones normales. No hay señales de infección sífilítica.

Prescripción. — Un purgante de calomel de media dracma.

Línimento yodado de la farmacopea británica, para aplicarse en la sien izquierda dos veces al día.

Un pediluvio caliente al acostarse, por cuatro noches, y de la siguiente poción tomará dos cucharadas diarias:

Yoduro de potasio...	2½	dracmas.
Jarabe de corteza de naranjas.....	2	onzas.
Agua.....	4	onzas.

M.

Reposo absoluto de los ojos.

Alimentación moderada.

Agosto 30. — La placa hemorrágica aparece pálida y reducida en extensión.

Prescripción. — Únicamente seguirá tomando el yoduro de potasio.

Julio 28. — Apenas quedan huellas de la hemorragia.

Prescripción. — Suspéndase el yoduro, y siga el reposo de la visión por un mes más.

No hemos vuelto á ver este enfermo. Suponemos que ha recuperado la visión en su totalidad.

Consideramos el estudio de la *Apoplejía de la retina en las alturas* muy interesante, ya por la importancia del órgano directamente afectado, como por las indicaciones terapéuticas que puede derivar el médico para prevenir oportunamente hemorragias en órganos más delicados como el cerebro. La proximidad de la retina á este órgano y la semejanza de estructura hacen suponer que una apoplejía retiniana bien puede ser precursora de graves hemorragias en las regiones cerebrales.

ARISTIDES V. GUTIÉRREZ.

Bogotá, Octubre 16: 1890.



ESTRECHECES ORGÁNICAS Y ESPASMÓDICAS

DE LA URETRA

Ocaña, Mayo 8 de 1891.

Señores doctores D. Abraham Aparicio y D. Carlos Michelson H., Redactores de la REVISTA MÉDICA.—Bogotá.

Mui señores míos:

Mi afición al estudio de la Medicina, de la cual soy profesor graduado en la Facultad de Guatemala, con residencia en esta ciudad hace quince años; mi interés por el adelanto de la profesión, y el amor que como médico consagro á la humanidad, me impulsan en todo caso práctico á hacer detenidamente observaciones que, si bien no darán frutos extraordinarios ni abrirán nuevas vías que hagan cambiar la faz de la ciencia, sí conducen á resultados que no son comunes y que llevan algún alivio al lecho del que sufre. Algo así es lo que contiene el adjunto escrito, el que deseo sea publicado en el acreditado periódico que ustedes dignamente redactan, previo examen y aprobación de ustedes. Merecer ésta será honra eximia para mí, no menos que ser aceptado por ustedes como su muy adicto compañero.

JOSÉ R. FLÓREZ.

Uretrotomía. —Curación.

El señor D. H. Q. C., de treinta y cuatro años de edad, constitución débil, deteriorada por una profunda anemia, la que sufre aún, solicitó mis servicios el 16 de Marzo del año en curso, á consecuencia de la suma dificultad (estranguria) que experimentaba para orinar. Este enfermo acostumbraba pasarse una sonda (número 1) de goma elástica, americana; y no habiendo podido hacerlo el día que dejo expresado, lo puso en mi conocimiento para que yo lo practicara el cateterismo. Tenía ya veinticuatro horas de no poder orinar. Procedí á la operación con la misma sonda que él usaba, pues no había otra por el momento, haciéndolo con suma prudencia y lentitud. Emplee cuatro horas, al cabo de las cuales el enfermo orinó. Al día siguiente traté de repetir la operación con la misma sonda, y ya no pude conseguirlo, á consecuencia del gran espasmo de la uretra y de-

la irritación producida en el cuello de la vejiga por la cistitis que en él estaba sufriendo, por los esfuerzos que hacía inútilmente para orinar, y probablemente por el paso de la sonda. Me decidí entonces á practicar un reconocimiento exploratorio con sondas filiformes de ballena, y encontré estrecheces múltiples, de naturaleza diversa, que ocupaban toda la extensión de la uretra, hasta su región profunda. La sonda era á cada paso detenida por el espasmo, especialmente en la región prostática, en donde la estrechez era infranqueable, sin dejar de serlo más que en un punto, y esto con grandísima dificultad. Al retirar la sonda era tan fuerte y dolorosa la contracción espasmódica, que la retenía con tenaz resistencia, y había que emplear alguna fuerza para extraerla. En cada vez tuve ocasión de observar que la sonda salía cubierta de pus, lo cual sucedió hasta el día que se hizo la operación. Con tal procedimiento logré que el enfermo orinara algo. Le prescribí un semicupio tibio y prolongado (tres cuartos de hora), bromuro de potasio, hidrato de cloral, cápsulas y agua de alquitrán; tratamiento que se sostuvo hasta el día de la operación.

El enfermo, dotado de buen criterio y regular instrucción, me refirió que desde su primera juventud sufría repetidas uretritis, las que no habían sido tratadas sino empíricamente por medio de inyecciones de nitrato de plata, de sulfato de zinc, de matico, etc.; pociones con óleo resina de copaiba, cubebas, semicupios, etc.

También me refirió que hace cinco años, poco más ó menos, fue tratado por el señor doctor D. Leonidas Quiñero, de la Facultad de Nueva York, para unas fistulas urinarias uretrales; y que desde esa época le aconsejó dicho doctor se sometiera á la operación de uretrotomía que últimamente se le ha practicado. Luégo agregó que hace unos seis años comenzó á observar que siempre que orinaba lo hacía con suma dificultad, quedándole sufrimiento por algún tiempo; y que esa dificultad había venido en aumento hasta la fecha en que lo vi, acusando dolor intenso en la región hipogástrica y vehementes deseos de orinar; y últimamente, que á pesar de entregarse á esfuerzos inauditos, no se verificaba la micción sino de una manera incompleta. Esos esfuerzos y sufrimientos, prolongados por tan largo tiempo, debilitaron su constitución profundamente.

El enfermo presentaba color pálido de la piel y de las mucosas, vacuidad de las venas superficiales, decoloración de las uñas y los labios, cefalalgia, fatiga y dispepsia, languidez y debilidad muscular, insomnio, ensueños y pesadillas, ineptitud para los trabajos corporales é intelectuales, gran enflaquecimiento, anorexia, palpitaciones nerviosas al corazón, desvanecimientos, oscurecimiento de la vista, ruido en los oídos, y como de fuelle en las arterias del cuello. La región renal estaba dolorida á la presión. y el paciente se quejaba de lumbago y de cansancio, con suma debilidad en las piernas, al menor ejercicio. Las orinas, que eran blancas y alcalinas, depositaban un sedimento en que se veían, examinado al microscopio, abundantes glóbulos de pus, sin contener albúmina ni azúcar.

Me persuadí de que las estrecheces que trataba, por su carácter de espasmódico-dolorosas y orgánico-múltiples, imposibilitaban la dilatación lenta y gradual, y me decidí á practicar la uretrotomía, tratando de dilatar el conducto con sondas de ballena, para dar paso al instrumento. Traté repetidas veces, pero siempre inútilmente á causa de la estrechez, de practicar la operación con el uretrótomo de Otis, y me decidí á hacerlo por medio de la bujía conductriz del de Maison-neuve.

Desde el día 16 de Marzo hasta el 19 de Abril del corriente año no dejé un solo día sin pisarle una sonda filiforme; requisito indispensable para que pudiera orinar, aunque con grandísimo trabajo. Intenté, no pocas ocasiones, hacer la dilatación lenta y gradualmente; pero esta operación fue siempre impracticable, por las razones que dejo expuestas.

El enfermo sufrió, además, durante el tratamiento una orquitis parenquimatosa en el testículo izquierdo, la que hizo adquirir á éste un volumen extraordinario en poco tiempo. Tal accidente no era sino repetición de idénticos sufrimientos anteriores. Dicha orquitis imposibilitaba el cateterismo, por el agudo dolor que causaba. La combatí con semicupios tibios prolongados, pomadas con unguento mercurial doble y extracto de belladona, glicerolado de ácido fénico, pomadas con yoduro de plomo, y el uso del suspensorio bien apretado, quietud, dieta, etc. Sufría también de catarro á la vejiga y de una prostatitis crónica, consecuencia de las uretritis mal tratadas,

cuya prostatitis no imposibilitaba menos el cateterismo, por la estranguria, tenesmo vesical y agudísimo dolor al nivel de la próstata, donde la sonda quedaba detenida y comprimida cada vez que se practicaba el cateterismo.

Abril 19. — Uretrótoma. — Prescribí antes de la operación un semicupio tibio y prolongado (igual indicación había hecho los días anteriores), hidrato de cloral y bromuro de potasio combinados con clorhidrato de morfina y tinturas de valeriana y belladona. Pasé como siempre una sonda filiforme, en esta vez no untada de pomada de belladona ó de aceite de almendras dulces, como lo acostumbraba, sino de una solución de glicerina al cuatro por ciento de cocaína (clorhidrato) y al diez de antipirina. Dejé la sonda á permanencia unos quince minutos (mientras tanto el enfermo tomaba la poción que dejo indicada), la retiré y le apliqué una inyección con la solución que puse á la sonda, la que repetí dos veces más, dejando un intervalo de diez minutos entre ellas. La bajía conductriz pasó difícilmente y con suma lentitud; para el paso del catéter acanalado hubo que hacer grandes esfuerzos y obrar con suma prudencia. Se empleó la lámina número 1, cortando sobre la concavidad. La cuchilla, desde su entrada en la uretra hasta la región profunda, dividió bridas, callosidades, etc., y se necesitaron grandes esfuerzos para hacerla avanzar. La hemorragia no fue sino de unas pocas gotas; generalmente es poco abundante (una cucharada, como se sabe). Inmediatamente después de la operación traté de introducir una sonda americana, de goma elástica, número 6, y el espasmo era tal, que no daba paso ni al número 1 de la misma hilera. Prescribí paños de agua fría, con tintura de árnica, á los órganos genitales; una gran cataplasma, emoliente y renovada, á la región hipogástrica, y otro semicupio tibio prolongado. El enfermo se quejaba de cefalalgia intensa, y durante el día rehusó toda clase de alimentos. Había tomado por la mañana, sin consultármelo, dos copas de ron antes de la operación. Le prescribí antipirina, y cuando cedió la cefalalgia, bromuro de potasio y extracto de belladona á altas dosis, hidrato de cloral, tintura de valeriana y agua de azúcares. Por la tarde pasaba con facilidad la sonda número 4 de la hilera americana, y resolví usar nuevamente el uretrótomo de Maisonneuve; hice

grandes esfuerzos por que pasara la bujía conductriz, y, no lográndolo, determiné usarlo sin el conductor, poniéndole en su lugar el botón adecuado, á imitación de los de Otis. El catéter acanalado pasaba de nuevo con gran dificultad; y empleando la lámina número 1, se hallaban las mismas dificultades que por la mañana. El instrumento, funcionando como en la operación anterior, cortó desde su entrada en la uretra, profundizando un poco más hasta penetrar en la vejiga, la que intencionalmente se mantuvo en distensión. A pesar de esto, la hemorragia fue como la anterior, unas pocas gotas. Dejé á permanencia la sonda número 4 y prescribí cataplasmas repetidas al hipogastrio, paños constantes de agua fría y tintura de árnica á los órganos genitales, unas píldoras compuestas de 20 centigramos de sulfato de quina, 10 de ácido tartárico, 1 de sulfato de morfina, para cuatro píldoras que debía tomar en la noche. Agua de alquitrán por bebida ordinaria. Seis cápsulas de alquitrán; otro semicupio tibio y prolongado.

Día 20.—La emisión de la orina se verificaba bien; el enfermo no experimentaba nada anormal; poco apetito, sed. El sueño fue tranquilo y no interrumpido. La sonda estuvo abierta toda la noche, y la alterné luego con el número 5. Temperatura, 36°.5; pulso, 76. La misma prescripción del día anterior, menos el semicupio. Por la noche cambié la sonda por el número 6. Temperatura, 36°.5; pulso, 76.

Día 21.—La micción se efectuaba bien; cambié la sonda sin dificultad por el número 7. La misma prescripción del día anterior. Temperatura, 36°; pulso, 72. Por la tarde troqué la sonda por el número 8 con suma facilidad. Retiré los paños y las píldoras. Temperatura 36°.2; pulso, 72.

Día 22.—El paciente orinaba fácilmente, sin experimentar ardor, á pesar de hacerlo por la sonda y por las paredes de la uretra; introduje la número 9. Temperatura, 36°.1; pulso, 80. Por la tarde pasé la número 10, con ligera dificultad, únicamente en la región prostática; la misma prescripción que el día anterior, y agregué agua de Vichy, por haber sentido el paciente ardor en la uretra al paso de la orina. Temperatura, 36°.5; pulso, 80.

Día 23.—Quitóse el ardor al orinar; retiré la sonda, la limpié muy bien y volví á colocarla. La misma prescripción

anterior. Temperatura, 36°.5; pulso, 80. Na la de fiebre: el enfermo se levanta y toma píldoras de sulfato de quinina. Por la tarde repetí la operación con la sonda y la dejé durante la noche. Temperatura, 36°.2; pulso, 76.

Día 24.—Hice que el enfermo orinara sin la sonda; lo verificó perfectamente, sin experimentar ningún ardor ni desagradable sensación, como sucedía, según me refirió, antes de enfermar. La retiré definitivamente. Quejábase de tener poco apetito y de dolor en la región hipogástrica; le prescribí: tintura de belladona, 1 gramo; clorhidrato de morfina, 2 centigramos; tinturas de euasia y gensiana, de cada una 2 gramos, y agua 150 gramos. Por cucharadas que tomaba de hora en hora. Píldoras de sulfato de quinina. Temperatura, 37°.2; pulso, 84. Por la tarde: temperatura, 36°.1; pulso, 72. Orinó sin sonda perfectamente bien, sin sentir la menor incomodidad; desapareció el dolor al hipogastrio, á beneficio de cataplasmas emolientes y narcóticas repetidas; tuvo mejor apetito. Prescripción: cápsulas y agua de alquitrán.

Día 25.—Continúa bien. Temperatura, 36°.3; pulso, 84. Por la tarde: temperatura, 36°.7; pulso, 92. La misma prescripción del día anterior.

Día 26.—Orinó con facilidad y sin ardor, y durmió bien. Temperatura, 36.2; pulso, 76. Prescripción: extracto de quina, 4 gramos; infusión de coca, 150; licor de Hoffman, 2; tintura de belladona 1; por cucharadas durante el día. Cápsulas de alquitrán, 6; agua de alquitrán. Por la tarde: temperatura, 37.2; pulso, 88. Orinó bien y tuvo regular apetito. Suspendí la infusión de coca. Prescripción: cápsulas y agua de alquitrán: alimentos reanadores.

Día 27.—Sigue bien. Temperatura, 37°; pulso, 88. Dejo el mismo tratamiento: cápsulas y agua de alquitrán. El paciente está aún sometido á este tratamiento.

Quince días después de la operación pasó con mucha prudencia la sonda número 9, lo que verifiqué con bastante facilidad y sin que hubiese la menor incomodidad ni dolor. El enfermo se encuentra hoy completamente bueno, sin que haya habido necesidad de continuar molestándolo con un frecuente sondeo.

En dos operaciones de uretrotomía, que en épocas distin-

tas hemos practicado el señor doctor D. Margarito Quintero J. y yo, haciendo uso del uretrótomo de Otis para una, y en la otra del de Maisonneuve, hemos puesto en práctica el sistema (que nos pertenece) de dejar las sondas á permanencia *durante cinco días*, con la precaución de no introducirlas á más de dos á tres centímetros dentro de la vejiga, y de mantenerlas siempre cerradas después de la micción, con un corcho adecuado, para evitar así la vacuidad del órgano. Con este método, y *variando el número de la sonda*, según he indicado, quedó en uno y otro caso efectiva la completa curación del paciente, *sin necesidad de practicar cateterismo después de la operación*. El resultado ha sido idéntico en esta vez, y no temo equivocarme al afirmar que lo será casi siempre; con lo cual creo que el método empleado queda, si no en evidencia plena, pues aún le falta la sanción del tiempo y de mayor número de experimentos, sí como una de esas concepciones que la ciencia acoge á manera de verdades embrionarias, para convertirlas luégo, por la acción de su fuerza incubadora, en creaciones benéficas y en realidades que perduran.

Abrigo la creencia de que es nuevo el método que hemos ensayado el señor doctor Quintero J. y yo, y por tanto lo someto humildemente al estudio de mis ilustrados colegas.

JOSÉ R. FLÓREZ.

Ocaña. Mayo 8: 1891.



HISTEROTOMIA VAGINAL

PRACTICADA CON BUEN ÉXITO

La señora N. N., natural de la ciudad de Piedecuesta, de cuarenta y cinco años, padecía há tres años de un *prolapsus* completo de la matriz, que había sido descubierto en absoluto.

Antecedentes.—Cuarenta y ocho horas después de haber dado á luz, tuvo un disgusto en la casa, y salió á la calle á buscar refugio, é inmediatamente sintió que la matriz salió por completo fuera de la vagina. Su excepcional situación la retrajo de consultar á un médico, y se contentó con reducirse á la cama, porque no podía mantenerse de pie; algunos días después una curandera le hizo maniobras imprudentes que le lastimaron é inflamaron la matriz, y ésta continuó creciendo notablemente.

El día 6 de Octubre de 1889 fui llamado para recetarla de una fiebre que sufría, y al verme me dijo que prefería morir de esa enfermedad antes que continuar en la situación tristísima en que se hallaba por su antiguo daño en la matriz. La tranquilicé y le ofrecí hacerle una operación cuando se repusiera de la fiebre, que tenía el carácter de tifoidea; ésta duró 29 días, y la enferma quedó en un estado de profunda anemia, contra el cual empleé todos los reconstituyentes, hasta conseguir, al cabo de tres meses de tratamiento, alguna reposición, y le anuncié que se preparara para un examen de su antigua enfermedad.

Examen general.—Enflaquecimiento notable, tinte pálido, atrofia de los músculos de las piernas é imposibilidad absoluta para caminar por la quietud á que había estado sometida.

La matriz ha franqueado toda la vagina y pende entre los muslos; de un volumen triple del normal, ofrece el aspecto de una degeneración cancerosa por las ulceraciones y fungosidades que presenta; el orificio del cuello está obstruido completamente por el tejido de nueva formación, de tal manera que no se distingue el cuello del cuerpo. Esta sintomatología me hizo pensar en las opiniones de M. Huguier sobre la causa del *prolapsus* completo de la matriz, quien lo atribuye casi siempre á un alargamiento hipertrófico de la porción supra vaginal del cuello, y en el presente caso hay lugar á considerar que esa hipertrofia se propagara á todo el órgano por la permanencia largo tiempo expuesta al aire. No presenta infartos ganglionares en la ingle ni en el cuello. Hace dos meses que no se le presenta la menstruación.

Tratamiento preventivo.—Le aconsejé buena alimentación, preparaciones de quina y hierro y curación desinfectante sobre la matriz.

Como mi residencia es en esta ciudad, á cuatro leguas de la de Piedecuesta, no tuve ocasión de volver á ver á la enferma, y un día recibí una carta de ella en la que me decía que la enfermedad y la pobreza la tenían loca, y que estaba resuelta, si yo no la operaba pronto, á envenenarse. Al día siguiente, 10 de Febrero de 1890, fui á verla, llevando consigo todos los instrumentos necesarios y la esperanza de hallar un compañero en el señor doctor Eulogio Uscátegui, quien vive en esa

población; pero desgraciadamente se había ausentado para un viaje lejos, y habiéndole propuesto á la paciente aplazar la operación, le sobrevino un ataque de verdadera locura que me hizo temer apelara al medio con que me había amenazado en su carta. La tranquilicé, le manifesté la gravedad de la operación en las condiciones de miseria fisiológica en que se hallaba, y, con tres mujeres por compañeras, me resolví á practicar la histerotomía.

MODO OPERATORIO

Después de haber desinfectado los instrumentos, esponjas y demás útiles en una solución de licor Vans-Wieten, clorofórmicé á la enferma y la coloqué convenientemente en una mesa con la cadera al borde de ésta y levantada por medio de una almohada; confié el cuidado de las piernas á mis ayudantes, y suspendí la acción del cloroformo por falta de un ayudante inteligente. En seguida vacié la vejiga de la orina que contenía, cogí el pedículo vaginal, y, ejerciendo presión con los dedos, me aseguré de que no contenía porción alguna de los intestinos, lo atravesé con una aguja armada de un doble hilo de catgú y ligné separadamente cada mitad; luego abracé el tumor con la mano izquierda, y con un bisturí convexo dividí circularmente y por pequeños golpes por debajo de la ligadura, é inmediatamente se retrajeron los ligamentos anchos, que fueron cortados en parte, y sobrevino una hemorragia abundante de las arterias uterinas y útero ováricas; la paciente despertó, y yo me vi en un caso apurado por la falta de ayudantes; apelé al termocauterio é introduje una punta de fuego en el interior, con lo cual se calmó la hemorragia. No pudiendo en esta situación hacer ligaduras, practiqué el taponamiento con hilas empapadas en percloruro de hierro; hice trasladar la enferma á la cama, la abrigué bien y le administré una copa de buen vino y caldo.

A las 7 p. m. del mismo día hallé á la enferma con un enfriamiento notable, pulso pequeño, suma postración de fuerzas, pero no había vuelto la hemorragia. Le extraje la orina con la sonda y le prescribí una poción tónica con alcohol, quina y canela.

EUSEBIO CADENA.

(Concluirá).