

GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MÉXICO.

CLÍNICA EXTERNA.

ESTRECHAMIENTOS URETRALES.—PERITONITIS.—URETROTOMIA.

Señores:

Persuadido de que en la accidentada práctica de nuestra difícil carrera cada hecho clínico que se observa es una lección que recibimos y una elocuente advertencia para hechos posteriores más ó ménos semejantes, heñe resuelto á ocupar en esta noche la atención de mis estimables consocios con la historia de un enfermo que recibí no há mucho en la sala que es á mi servicio en el hospital de San Andrés, historia bien triste, y que por lo mismo me ha impresionado.

La persona de quien voy á ocuparme llegó al hospital, como suelen todas ó la mayor parte de las gentes de nuestro pueblo pobre, es decir, cuando la enfermedad ha hecho en su evolucion progresos de tal naturaleza, que aleja toda esperanza de conjurarla, ó cuando ménos de imponerle determinados límites. Quizá la indolencia de esos séres desdichados que no saben interesarse ni por su propia salud; acaso el horror que sienten hácia los hospitales, donde dicen ellos que ni se les medicina convenientemente, ni se les alimenta con caridad, y donde muy cerca de la humilde cama miran la plancha del anfiteatro; tal vez por no apartarse de su trabajo ni de los séres que les son queridos; por cada una de estas razones, ó por todas ellas reunidas, no acuden al bienhechor asilo sino despues de haber arrastrado por dilatados dias, con la resignacion de un mártir, la cadena de sus dolores; cuando agotaron ya los recursos recomendados por un brutal empirismo, casi en los momentos en que la proximidad de la muerte hace que se vea con indiferencia la vida, y llegan para morir, para ocasionar el desconsuelo de sostener con su enfermedad una lucha sin esperanza,

para servir con su cadáver de libro elocuente á nuestros estudios médicos. Tal es la siguiente historia recogida por mi inteligente practicante Antonio Guerrero.

Salvador Delgado, de cuarenta años de edad, natural de Maravatio, entró al hospital de San Andrés la tarde del día 8 del mes corriente y fué colocado en la cama número 21 de la segunda sala de sífilis.

Aunque con alguna dificultad, á causa de sus propios males, contestó al interrogatorio informándonos de que en su niñez fué sano, salvo algunas conjuntivitis catarrales (mal de ojos) y erupciones en diversas partes del cuerpo, sin calentura, ó lo que es lo mismo, sin que pueda referirseles á cualquiera de las fiebres eruptivas propias de la infancia. Dijo que á la edad de catorce años sentó plaza de soldado, gozando siempre, á pesar de las fatigas y penalidades anexas á la carrera, de inquebrantable salud, no haciendo memoria de otra enfermedad natural que unas intermitentes. Fué varias veces herido en las campañas á que concurrió, y conserva como huella de aquellas lesiones algunas cicatrices: una de ellas, en la region de la sangradera, se extiende desde la parte inferior del brazo derecho á la superior del antebrazo, formando una especie de cuerda tendinosa que obliga al miembro á la semiflexion; en el antebrazo izquierdo existen las cicatrices de una herida por arma de fuego, cuyo proyectil fracturó el radio y el cúbito; en la region dorsal, hácia el lado izquierdo, y cerca de la columna vertebral, vése otra cicatriz que dijo el paciente haberla producido una lanzada. De todos estos percances del oficio adoptado por nuestro enfermo, no se procuró hacer minuciosa inquisicion histórica, tanto por la fatiga que se le ocasionaba obligándolo á hablar, cuanto por no haberse creído indispensables al esclarecimiento de su estado actual.

Llevado hácia otro punto el interrogatorio, dijo haber padecido cuatro veces de blenorragia, y que desde hace cinco años la miccion no se hace sino difícilmente y en chorro muy delgado, sin que haya habido nunca verdadera retencion, no obstante que alguna vez se le inflamó el escroton y por varios dias estuvo con calentura bastante fuerte. Su entrada al hospital la motiva un padecimiento en algo semejante: se queja de un dolor fijo en el perineo, que no le permite sentarse, el cual fué precedido de calosfrio, al que sucedió una calentura intensa; la escrecion de la orina se hace en chorro delgado, y la evacuacion alvina es natural y fácil; hay anorexia, sed, accesos de tos frecuentes que le hacen sufrir por resentirse de ellas el perineo inflamado; y por la misma razon tiene casi inmóviles los miembros abdominales, conservándose de continuo en posicion supina. A la simple inspeccion de la region enferma, vióse ésta ligeramente abultada, sin cambio de coloracion en la piel, y los órganos genitales externos en estado normal; palpándola, se despertaba dolor; y explorando por el recto se encontró la prostata aumentada de volumen y dolorosa. Por la parte del vientre dió la percusion un ligero sonido oscuro en la linea média, y sobre el púbis, en una extension como de siete centímetros en su linea vertical. El

higado estaba aumentado de volúmen y en todo el abdómen no pudo percibirse como notable sino algun dolor en las fosas iliacas, despertado por una presion algo fuerte.

Creyóse por de pronto en un flemon perineal. Era éste motivado por infiltracion urinosa? No creimos conveniente procurar desde luego la resolucion de este problema practicando un reconocimiento uretral, animándonos la esperanza de que algunos medios antiflogisticos calmasen el proceso flogistico y facilitarán la introduccion de una sonda. Por otra parte, él enfermo decia que orinaba sin dificultad aunque lentamente; y la percusion del vientre nos habia asegurado de que si el receptáculo urinario contenia algun líquido, no era éste ciertamente en cantidad extraordinaria. Prescribimos pues: unguento doble de mercurio con extracto de belladona al perineo; lavativas emolientes para facilitar la evacuacion del vientre, y polvos de Dover, con objeto de calmar la tos.

Al día siguiente (Marzo 10) encontramos á nuestro enfermo en el mismo estado. La noche habia sido penosa, levantándose la temperatura á 40°. Resolvimos sondearle, sirviéndonos al efecto de una sonda comun; pero nos fué imposible penetrar con ella á la uretra, por haber encontrado muy estrecho el meato, á consecuencia de la deformacion causada por la cicatriz de un chancro que hizo su evolucion en ese lugar. Conseguimos pasar ese obstáculo con una candelilla de las más delgadas, tropezando despues en la region esponjosa con otros dos estrechamientos por los que hubimos de pasar, merced á pacientes y cuidadosas maniobras; mas al nivel de la region prostática llegamos á una cuarta estrechez por la que fué imposible hacer pasar la candelilla, que de intento dejábamos bastante tiempo para que cesara todo espasmo y no hubiese el riesgo de practicar con ella una falsa vía. Persuadidos de que nuestros esfuerzos eran inútiles, sacamos la candelilla tan avanzada ya y usamos en vez de ella de la conductora del uretrótomo de Maisoneuve, la cual tampoco pudo penetrar por la estrechez prostática. Cansado ya el enfermo de aquella exploracion que, entre paréntesis debemos decir, no produjo una gota de sangre, y cansados tambien nosotros, suspendimos la operacion y prescribimos: unguento doble y cataplasmas emolientes al perineo; un purgante salino y dieta láctea.

Día 11.—El estado general del enfermo es el mismo. Se encuentra el perineo más abultado, más doloroso y parece propagarse abultamiento y dolor hácia las regiones gluteas. No fué posible hacer pasar la candelilla de Maisoneuve.— Tratamiento: ocho docenas de sanguijuelas al perineo, catáplamas emolientes al hipogastrio, supositorios resolutivos (yoduro de potasio, opio y belladona con unguento de populeon y manteca de cacao).

Día 12.—Mejorado el estado local, siendo el general el mismo. No se procura la introduccion de la sonda, por evitar se pierda lo adelantado y por haber estado saliendo la orina. Se insiste en el tratamiento del dia anterior, ménos las sanguijuelas.

Dia 13.—Se sostiene la aparente mejoría, pero el enfermo se queja dolor en la fosa iliaca derecha. El mismo tratamiento al perineo. Ungüento doble al dolor. Dieta de leche.

Dia 14.—Estado general grave. Decúbito supino; facciones contraídas; pulso pequeño, casi filiforme y acelerado; temperatura 39° en la mañana; respiracion frecuente; boca seca, náuseas, constipacion. El dolor de la fosa iliaca se ha extendido á todo el vientre, siendo tan exquisito, que impide aplicar las manos; se percibe sin embargo á la percusion que está meteorizado el abdómen. Calomel á dosis refracta y unguento doble con sulfato de atropina al vientre. Dieta absoluta.

Dia 15.—El mismo estado, más algun delirio. El practicante de guardia anotó en la noche 37°8 de temperatura. La orina sigue saliendo. El mismo tratamiento y á más hielo al vientre y una lavativa con aceite de ricino. Dieta absoluta.

Dia 16.—Parece haber mejorado el estado general; pero no así el del vientre, que guarda el mismo estado. Temperatura en la mañana 38°2, en la noche 38°8. Se suspende el calomel y se prescriben unas cucharadas con vino de quina é hiposulfito de sosa.

Dia 17.—El dolor del vientre ha calma^{do}, ménos en la region hipogástrica. Temperatura en la mañana 38°2, en la noche 39°. A pesar de que la orina continuaba saliendo, cuando el enfermo queria expulsarla, temiendo que, así la peritonitis como todo el cuadro sintomatológico observado, tuviesen por causa la intoxicacion urémica, se intentó de nuevo pasar la candelilla del uretrótomo, y habiéndolo conseguido fácilmente, se hizo la uretrotomia dividiendo el estrechamiento del meato, dos de la porcion esponjosa y el último muy resistente en la porcion prostática. Se aplicó despues con bastante facilidad una sonda metálica comun, extrayendo por ella como 100 gramos de orina. A las cuatro de la tarde le sondeó mi practicante, no habiendo podido obtener una sola gota de orina, y observando, en cambio, que el instrumento venia obstruido por coágulos sanguíneos. A las siete de la noche volvió á sondearlo y obtuvo entónces como 100 gramos de orina sanguinolenta. El tratamiento anterior.

Dia 18.—Estado general muy grave. Boca seca, aliento fétido, hipo incesante, ligero temblor de ambas manos, pulso filiforme y frecuente, sub-delirio. El enfermo, á quien se habia mandado disponer segun sus creencias, desde el dia 14, y quien se habia negado por sentirse, segun decia, incapaz de atender á otra cosa que á sus constantes sufrimientos, admite al sacerdote y recibe los auxilios espirituales.

Durante el dia se le siguieron ministrando las cucharadas del anterior; la gravedad se fué anotando más y más, y á las siete de la noche espiró.

Autopsia al dia siguiente.—Abierta la cavidad abdominal, se presentó el gran epiploon de un color amarillo verdoso sucio, con natas purulentas diseminadas

en su superficie, adherido fuertemente á la pared anterior del vientre, pues fué casi necesario disecar para separarlo. Habia adherencias tambien entre su cara profunda por una parte y la anterior de la vejiga y los intestinos por la otra.

Levantado el gran epiplon, quedó á descubierto un abundante derrame de un liquido de color moreno, de aspecto como de café con leche, nadando en él abundantes gotas grasosas. Las asas intestinales, adheridas entre si, presentaban una inyeccion marcadísima de los vasos sub-peritoneales. La vejiga sobresalía del borde superior de los huesos del púbis como ocho centímetros.

Se quitó la pared anterior de la pélvis, y se extrajeron en masa la vejiga y los órganos genitales externos, comprendiendo tambien la prostata y una parte del recto.

Examinada la pieza á la simple vista, se notaba: fragmentos del gran epiplon que habian quedado adheridos á la cara ántero-superior de la vejiga, y un liquido netamente purulento en el fondo de saco recto-vesical con notable alteracion de los tejidos inmediatos. Dividida la uretra en toda su extension por su cara inferior, no fué posible encontrar las estrecheces diagnosticadas en vida; parecia estar la uretra uniformemente estrechada en toda su longitud, de suerte que aquellos obstáculos, bastante resistentes en puntos determinados, que al salvarlos daban la idea de diversas bridas fibrosas, no existieron, ó la relajacion cadavérica los hizo desaparecer. En toda la porcion membranosa se encontró á la mucosa engrosada y resistente, y asi en esta porcion, como en toda la longitud del canal, observamos en la pared superior una herida longitudinal no interrumpida y muy poco profunda, huella sin duda del cuchillo del uretrótomo. La vejiga estaba ocupada por un gran coágulo sanguineo, quitado el cual, vióse la mucosa de un color rojo vinoso muy intenso, debido acaso á la imbibicion *post mortem*, pues carecia en lo absoluto de indicios flemásicos, no habia inyeccion vascular, ni reblandecimiento, ni ulceracion mucho ménos. La prostata estaba voluminosa y resistente al corte en su lóbulo derecho.

REFLEXIONES.

Los diversos neoplasmas peritoneales encontrados en el cadáver, dicen bien claro que el individuo de cuya enfermedad se acaba de hacer historia, sucumbió á una peritonitis sobreaguda. ¿En qué momento se desarrolló ésta? Inclínome á creer que llegó con ella al hospital, el enfermo; pero que en aquellos dias el proceso flogístico pasaba únicamente en la porcion intra-pelviana de la serosa, allí donde esta membrana se refleja del intestino á la vejiga y donde encontré en el cadáver una buena cantidad de pus. El dolor que referia el enfermo hácia el perineo, dolor que le hacia penoso si no imposible el sentarse sobre la cama y en el vaso para evacuar; el abultamiento edematoso del perineo, propagándose un poco hasta los isquiones; el calosfrio, la calentura y demás signos gene-

rales que precedieron, según confesión del paciente, al dolor perineal, todo esto hacia suponer un flemon simple ó prostático, una infiltración urinosa, ó bien una peritonitis parcial intra-pelviana. Confieso que ni por un momento pensé en esto último; mi diagnóstico, teniendo por principal fundamento la dificultad de la micción, vaciló entre un absceso prostático ó la infiltración. Pero para fijarse en uno ú otro de estos procesos, faltaban signos inequívocos: así, por ejemplo, yo encontraba, practicando el tacto por el recto, grande y endurecida la próstata; pero no tan sensible como debiera, á ser ella el órgano flogosado, ni mucho ménos fluctuante en alguno de sus puntos, y respecto de la infiltración urinosa, chocábame el que no invadiese las bolsas y los tejidos inmediatos, mortificándolos con la violencia que le conocemos. Yo, en la incertidumbre, quise entrar á la vejiga, por parecerme ser esta la indicación más urgente; pero no habiéndolo conseguido á pesar de dilatadas y prudentes maniobras, me limité á un tratamiento rigurosamente antiflogístico que, como se ve por la observación seguida todos los días, parecía mejorar la situación, y la mejoró localmente al grado de permitir la uretrotomía. El cadáver vino al fin á decirme que ninguna de mis suposiciones era la verdadera, que la tumefacción perineal, el dolor, etc., eran la advertencia de que el perineo estaba inflamado y de que su flegmasía se propagaba á los tejidos circunvecinos. Me parece ser este un hecho digno de recordarse para tenerlo presente, dada otra oportunidad semejante.

En qué momento, la inflamación que se anidaba en los repliegues peritoneales de la pélvis invadió una área más extensa? Data, en mi concepto, este accidente, desde el día 13, en que el enfermo se quejó de un dolor agudo en la fosa iliaca derecha, determinando al siguiente día el cuadro clásico de una peritonitis, sobre la que me precipité con todas las armas que se recomiendan. ¿Qué motivó esta irrupción inesperada? A la verdad que no lo comprendo; pero fué un hecho, supuesto que desde entonces se agravó rápidamente el enfermo, y supuesto que las alteraciones cadavéricas significaban datar de mucho ménos tiempo las extra que las intra-pelvianas.

Otro hecho que me llamó fuertemente la atención, fué la presencia del gran coágulo de sangre que en el cadáver ocupaba la vejiga. Durante la vida no hubo hemorragia vesical ninguna, pues en todos tiempos la orina expulsada salió perfectamente limpia; pero es de recordarse que el día 17 hice la uretrotomía interna, procurando dividir de preferencia el estrechamiento prostático que en todos los reconocimientos se le había encontrado infranqueable; que en la tarde de ese mismo día mi practicante sondeó al enfermo y no obtuvo una sola gota de orina; que en la noche volvió á hacerlo y extrajo entonces como unos 100 gramos de orina sanguinolenta. Esta fué la primera vez en que apareció algo de sangre; luego el accidente que la produjo no pudo ser otro que la misma uretrotomía ó una falsa vía practicada con la sonda en alguna de las veces que

se introdujo despues. No fué esto último, supuesto que encontré ilesa la uretra, supuesto que en ella no habia otra lesion que el ligerísimo surco que dejó el cuchillo del uretrótomo, y en la vejiga no era posible practicase la punta de la sonda una lesion capaz de ocasionar tan fuerte hemorragia; fué pues la uretrotomía misma, fué el cuchillo oculto el que á pesar de su ingeniosa forma, hirió la mucosa, desde el meato de la uretra hasta el término de la region membranaosa, ocasionando en terreno mas vascular una lesion capaz de producir bastante sangre. Busqué esa herida sin poder descubrirla; pero pudo suceder muy bien que se perdiese al distender la uretra, ó que por sobre aquella pasase el corte que se practicó durante la autopsia. A ser cierta la inculpacion que me hago, es decir, admitiendo que la debridacion del estrechamiento prostático produjo la hemorragia que acaso precipitó el funesto desenlace, ¿puede servir el hecho para preferir en tales condiciones la uretrotomía externa á la interna? Inclíname á creerlo así, suponiendo que un espasmo del canal ó la formacion de un coágulo obturador pueda hacer que la sangre que da la herida, en vez de salir por el canal urinario, se dirija hácia el receptáculo. Pudiera tambien suponerse que durante la operacion llevé el cuchillo del uretrótomo hasta más allá del punto estrecho, hasta el cuello de la vejiga; pero tal suposicion es inadmisibile, si se reflexiona en que allí precisamente es más amplio-el canal, en que la posicion perpendicular al plano del enfermo que se da al instrumento, le impide llegar hasta un punto tan distante, y en que la inspeccion cadavérica no enseñó herido el cuello de la vejiga.

Diré para concluir, que mi enfermo estaba condenado á muerte en razon de la peritonitis sobreaguda cuyos espantosos desórdenes encontré en el cadáver; que no fué la uretrotomía la causa de la muerte; pero que, en las circunstancias en que se encontraba el paciente cuando pude llegar hasta la vejiga, no debiera ya haber emprendido una operacion que acaso en tiempos anteriores lo hubiera salvado de la muerte, pero que por entónces era ya inútil.

México, Abril 1º de 1884.

MANUEL DOMINGUEZ.

VETERINARIA.

ESTUDIO CLÍNICO DE LA «RANILLA,» ENFERMEDAD DEL GANADO VACUNO EN MÉXICO.

En ningun sitio mejor que en éste, podrian escucharse los apuntes que sobre un padecimiento grave del ganado vacuno voy á tener la honra de leer:

Ministrados exclusivamente por la clinica, apreciados convenientemente, segun creo, poseen un valor significativo, notable para el conocimiento de la enferme-