

falitis, sino de una lesión vascular. . . . ¿Trombostis? . . . ¿Encefalitis?

En la médula había del lado contracturado, degeneración del haz piramidal. En el otro: la misma degeneración aunque menor que la del lado opuesto; y degeneración de la porción fundamental de los haces antero-laterales y del cordón posterior; igual cosa se observaba en el haz elíptico de Fleischsig, y á los lados del surco posterior. En la substancia gris las alteraciones de la cromatolisis.

Respecto de la operacion de Joannesco no ha tenido hasta hoy éxito alguno, pues sólo su inventor la recomienda.

CLINICA EXTERNA.

UN CASO DE URETORRAGIAS ESPONTANEAS

CONSECUTIVAS

AL EXTRECHAMIENTO BLENORRAGICO

N. . . . Z. . . . Comerciante, empleado en casa de abarrotes, de 23 años, atrapó una blenorragia aguda que se complicó de orquitis, en enero de 1900, la que á pesar de un tratamiento apropiado, se prolongó por más de 60 días, quedando al fin curado sin haber tenido posteriormente accidente alguno, hasta los primeros días del mes de febrero próximo pasado.

Un día, sin razón causal, pues que ni fatiga, ni traumatismo, ni coito, etc., le sobrevino una hemorragia uretral, ligera al principio, pero que fué aumentando progresivamente. La sangre que escurría era pura, y cosa notable, con el escurrimiento coincidían algunos dolores en toda la extensión de la uretra, dolores continuos é independientes de las micciones.

Aunque alarmado el enfermo, creyó que su escurrimiento sanguíneo debía terminar, y se limitó á prescribirse unos baños de asiento y algunas limonadas; pero sus esperanzas no se realizaron, la sangre seguía saliendo, y esto á pesar de sus prescripciones, y algunas dosis de ergotina que prescribió un médico sin ver al enfermo, correspondencia por escrito, muy usual hoy entre ciertos médicos. A medida que el tiempo transcurría, aquella hemorragia tomaba tales proporciones que, no sólo por la natural inquietud que ella producía, sí que tam-

bién por la debilidad que le había producido, á pesar de su buena constitución, se resolvió el paciente á hacer lo que desde el principio debió haber hecho.

El día 11 de febrero fuí consultado, y el estado del enfermo era el de la anemia aguda: intensamente pálido, con vértigos, náuseas, ruidos en los oídos, cefalalgia frontal, mucha sed y anorexia. La micción era fácil, aunque el chorro estaba modificado; después de la micción seguía escurriendo por el meato y de un modo continuo, regular cantidad de sangre pura. Ya he dicho que el enfermo no había sufrido ningún traumatismo en la región.

La falta de todo estado inflamatorio agudo, así como también, la casi normalidad de las micciones, hacía pensar en la existencia probable de un pólipa uretral. Con tal idea, procedí á la exploración del canal. Al efecto, me serví de un explorador olivar de Guyon, núm. 12, según su consejo para una uretra desconocida. Al llegar á la región perineo-bulbar la oliva se detuvo por un obstáculo infranqueable. Intenté pasar diversas bujías filiformes, cónicas y olivares, y todas se detenían en el mismo punto. Recurrí al procedimiento americano, llamado de la escoba, y que consiste como se sabe, en introducir de una en una hasta 5 ó 6 ó 6 más bujías, llegar al punto del obstáculo y mover separadamente cada bujía, tratando de pasar el obstáculo, lo que se consigue no pocas veces después de emplear una poca de paciencia, mas en este caso, no fuí más afortunado con tal ardid que con los otros medios; pero lo que agravaba la situación, era, que mis tentativas de cateterismo produjeron en el paciente notables sufrimientos, y la hemorragia fué más intensa, la sangre de un rojo vivo, escurría en abundancia.

En vista de la intensidad de la hemorragia, y de los dolores provocados por la exploración, juzgué por conveniente suspenderla, y recomendar á mi enfermo el más absoluto reposo. Una inyección de 2 centímetros cúbicos de solución de Ivon, y algunas aplicaciones de agua helada sobre el pene y las bolsas fueron poco útiles; pues el escurrimiento sanguíneo continuó por casi todo el día, y sólo hasta en la noche se contuvo.

De todo intento me abstube algunos días de reiterar las maniobras de exploración, aprovechando todo este tiempo de completo reposo

para tonificar al enfermo por medio de algunos medicamentos, pero principalmente por una alimentación bien dirigida.

Logrado en buena parte el propósito arriba expresado, y favorecido un poco por la disminución de la hemorragia, empecé de nuevo el cateterismo, y aunque con algunas dificultades, logré al fin pasar el punto estrecho, con una bujía filiforme que dejé y fijé á permanencia. Sobre esta, y sirviéndome de ella como conductor, pasé el día siguiente otra de un calibre un poco mayor, que dejé igualmente con la anterior. A partir de ese momento las uretrorragias disminuyeron, hasta suprimirse completamente. Proseguí la dilatación permanente, casi sin dificultad, guiándome siempre sobre el cateter anteriormente introducido.

Cuatro ó cinco días después logré hacer pasar un núm. 10, y entonces, recurrí á la dilatación temporal, con tan favorable resultado que, en el curso de quince días poco más ó menos, el enfermo pudo admitir, sin dolor ni molestia alguna, un cateter núm. 20.

Este tratamiento insuficiente ha bastado, sin embargo, para conjurar aquella tempestad; y el enfermo, librado de sus dolores, y sin haber perdido ya más ni una gota de sangre, disfruta hoy de una mejoría bien notable.

La falta de todo traumatismo, la existencia de una blenorragia anterior, la forma, la marcha de los accidentes, y sobre todo, los datos recogidos por la exploración, hacen el diagnóstico: tratábase, en este caso, de un estrechamiento inflamatorio muy cerrado, causa de las hemorragias. La eficacia curativa de la dilatación *confirma* la hipótesis.

Ahora bien, las uretrorragias consecutivas á los estrechamientos blenorragícos, son, en mi concepto, una complicación bastante rara; y por mi parte, confieso, que nunca las había observado, como tampoco las he visto señaladas por los autores que nos son bien conocidos sobre el particular. Pero aun hay más: algunos especialistas como Guyon y Thompson, consideran la uretrorragia como significativa siempre, de una desgarradura del canal, traumatismo ó ruptura de la cuerda dice, el primero.

Hamonie, en su tratado sobre los estrechamientos de la uretra, se ocupa ya de estas hemorragias, y al lado de las uretrorragias de-

pendientes de traumatismos exteriores, indica otra clase de hemorragias uretrales, consecutivas á las coartaciones inflamatorias, haciendo de este síntoma la característica de una variedad clínica de estrechamientos.

«Ciertas coartaciones raras, dice [*] dan lugar á hemorragias que algunas veces son considerables. Estas uretrorragias son debidas á fungosidades vasculares, á yemas carnosas, que tapisan el interior del obstáculo, ó existen en la vecindad. El menor contacto, el paso, aun muy suave de un instrumento las hacen sangrar abundantemente.» En otro lugar, dice: «Ciertos estrechamientos sangran con una extrema facilidad, y bajo la menor influencia. . . En los casos ordinarios, la aparición de la sangre es siempre provocada: ya es la exploración [lo más común], ya la dilatación, ó el paso de un instrumento cualquiera; ya, en fin, hay que atribuirle á una inflamación uretral, agregada y secundaria al estrechamiento.»

Como se ve, el caso patológico que he descrito, se separa hasta cierto punto de la descripción de Hamonie. En mi enfermo, como ya lo dije al principio de mi trabajo, no ha habido ni traumatismo extra, ni intra-uretral, ni inflamación agregada ó secundaria, pero sí una estrechez cerrada, consecuencia de una blenorragia curada dos años antes, estrechez acompañada quizá, de cierto grado de uretritis crónica atrás del estrechamiento, y que determinó á la larga, las uretrorragias *espontáneas* y de abundancia progresiva.

Esta espontaneidad de las hemorragias, unida á su abundancia, me parece ser el punto más interesante de la historia de mi paciente. La acción curativa rápida de la dilatación sobre esta complicación bastante grave, merece, también, así lo creo, ocupar la atención de los prácticos.

La pronta evolución de las lesiones, así como también, su resolución rápida, caracterizan en este caso, una localización en la mucosa, y estas lesiones es muy probable que estaban constituidas por una proliferación vascular.

Yo creo, que la patogenia de los accidentes en mi enfermo podría interpretarse del siguiente modo: curado probablemente de una mane-

[*] Hamonie, Tratado de los estrechamientos de la uretra, pág. 113.

ra incompleta de su blenorragia, lo que es frecuente por falta de constancia de parte de los enfermos, sucedió que, bajo la influencia de causas habituales: coito ó abusos de otro género, su uretritis volvió al estado agudo, y esta recrudescencia de los fenómenos inflamatorios, que no fueron lo suficientemente intensos para llamar su atención y corregirlos, sí, fueron lo bastante, para constituir el origen ignorado de una proliferación fungosa de la mucosa bulbar, cuya consecuencia fué el desarrollo rápido de su cerrado estrechamiento. Desde entonces, la vejiga, poderosamente contráctil de este individuo, entrando en conflicto á cada micción con el estrechamiento uretral, aunque lo dilataba temporalmente, y el enfermo no acusaba modificaciones notables, ni siquiera el chorro de su orina había sufrido las transformaciones que conocemos, aunque comenzaba á suceder, el traumatismo era, sin embargo, suficiente para desgarrar las yemas y determinar el escurrimiento sanguíneo que sucedía á las micciones. Este es, á mi entender, el mecanismo de los fenómenos presentados por mi enfermo. Quizá haya ó sea otro más racional que se me escapa.

Para terminar, debo señalar un hecho que es clásico desde hace mucho tiempo, y que he visto confirmado en el presente caso: quiero referirme, á la falta de relación que existe frecuentemente, entre el grado de angustia del estrechamiento y la intensidad de las perturbaciones funcionales que este produce en la micción. La uretra de mi enfermo, cuando lo examiné por primera vez, no fué posible que dejara pasar ni la bujía olivar 12, ni los filiformes de que hice uso; y cuando repetí mi exploración, varios días después, sólo logré pasar la filiforme núm. 1, y sin embargo, la micción se verificaba con bastante facilidad, lo que hacía que el enfermo no diera importancia á su padecimiento ya existente.

México, marzo de 1902.

E. R. GARCÍA.

OBSTETRICIA.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO DE LA SEPTICEMIA PUERPERAL.

La infección puerperal, designada también actualmente con la denominación de septicemia de las mujeres paridas, ha sido, desde el período más embrionario de la medicina, bien conocida clínicamente, pero su patogenia fué por mucho tiempo completamente ignorada. Así vemos que desde Hipócrates hasta fines del siglo XVII se denunciaba como causa de esta afección, que entonces se llamaba fiebre puerperal, la supresión de los loquios: es decir, que el efecto era tomado por la causa.

Por error análogo de raciocinio, Puzos, que había observado que la disminución y á veces la supresión de la secreción láctea coincidía con la aparición de los accidentes febriles, ideó la teoría de la metástasis lechosa. Según él, la leche se distribuía en todas las regiones del cuerpo y determinaba la calentura.

A fines del siglo XVIII, nació la teoría anatómica, seguramente más científica pero no más verdadera; y sus primeros partidarios localizan en la serosa peritoneal el sitio primitivo de la afección, sosteniendo que las otras manifestaciones que tan frecuentemente se observan, son únicamente complicaciones de la peritonitis.

Un poco más tarde Dance, Behier, Pourtier y Hervieux, aseguran haber encontrado manifestaciones inflamatorias y aun pus en las venas del útero y consideran á la flebitis uterina causa principal de los accidentes puerperales.

Tonele, en 1830, muestra alteraciones en los linfáticos y cree que la linfagitis desempeña el papel principal en la patogenia de la fiebre puerperal. Esta teoría ha sido sostenida con convicción por Nonat, Cruveilhier, y aun muy recientemente por J. L. Championier y Side-rey.

En todos los tratados clásicos de partos se menciona la célebre discusión sostenida en 1858 por los miembros más caracterizados de la Academia de Medicina de París, que se dividieron en dos bandos: esencialistas y localizadores. Los primeros,—al frente de los cuales figuraron Paul Dubois y Depaul—sostenían que la fiebre puerperal era debida á una in-