

ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLÍN

Redactores : JUAN B. MONTOYA y FLOREZ y JUAN B. LONDOÑO

AÑO VIII. }

Medellín, Junio de 1897. }

N. 12

ACADEMIA DE MEDICINA

El 7 de Julio del presente año debe celebrar la Academia el décimo aniversario de su fundación, y el 20 de Julio, día de la Patria, la sesión solemne reglamentaria.

Todavía la Academia no ha dispuesto cómo han de celebrarse estas dos importantes fechas; posible es que se haga bastante en el sentido de dar solemnidad á los actos.

Opinamos nosotros que el medio más propio de acrecentar la importancia de aquellas reuniones, y dar, por tanto, muestras de amor al país, consiste en trabajar por el futuro engrandecimiento de la Academia, esto es, escribir sobre cuanto se crea útil y conveniente para la sociedad en que vivimos. Por consiguiente, creemos que á todos los miembros de la Academia les obliga, moralmente hablando, enviar para una de aquellas fechas algún trabajo importante sobre cualquier tema, con tal que se relacione con la Medicina y sus ciencias accesorias, y tenga por fin el adelanto de ellas en nuestro país.

Año por año, desde su creación, resuelve la Academia el problema de su existencia y como por mila-

gro—pues no otra cosa es su vida en este país tan pobre y tan atrasado—ha podido llegar á celebrar el décimo aniversario de su instalación. Creemos que la Academia subsistirá yá mediante un pequeño esfuerzo de sus miembros y del Gobierno Departamental bajo cuyos auspicios ha vivido. En cuanto á éste, bien conocida es su patriótica y decidida voluntad en continuar prestando su apoyo á nuestra Corporación; y cuanto á los miembros de ella, creemos que han descuidado mucho sus deberes, y de ello pueden dar testimonio los actuales Redactores de los *Anales*, quienes no han recibido un solo trabajo científico de ninguno de sus colegas de la capital en todo el año que hoy termina.

Cabe aquí hacer una indicación á nuestros colegas, de la cual creemos puede resultar algo provechoso para nuestra sociedad: queremos hablar de la situación en que se coloca á los Redactores de los *Anales*.

Eso de nombrar dos redactores, obligarlos á aceptar el nombramiento so pena de asumir la responsabilidad de la disolución de la Academia y dejarlos en seguida trabajar solos, como ha sucedido en el curso del presente año, es una práctica que tarde ó temprano causará la muerte de la Corporación, pues día llegará en que algunos de sus miembros no acepten la pesada carga y se declaren vencidos y con ellos la Corporación científica á que tenemos el honor de pertenecer, y en quien la Patria tiene fundadas esperanzas de gloria y prosperidad.

Seguir haciéndoles el vacío á los dos miembros redactores es, pues, poner en peligro de muerte á la Academia, y por eso llamamos hoy la atención de

nuestros colegas sobre ese hecho, y les pedimos, en nombre de la Patria, remedio para el mal.

Hacemos votos porque nuestros ilustrados colegas no desmayen en la benéfica labor de difundir los conocimientos modernos sobre medicina; y damos las gracias á los colegas de fuera de la capital que han colaborado en el periódico para el cual fuimos honrados con el nombramiento de redactores.

Junio de 1897.

LL. RR.

ALGUNAS OBSERVACIONES
sobre la histerectomía vaginal.

Grandes esperanzas hizo nacer esta operación para la curación del cáncer de la matriz en general. Después de discusiones apasionadas en que se demostraba con la estadística que la histerectomía no daba mejores resultados que la amputación supravaginal, y aunque el simple raspado á fondo fuese bien hecho, muchos cirujanos, como nuestro Presidente de la Sociedad de Ginecología, Mr. Richelot, trataron de hacer un estudio comparativo, y desilusionados, han vuelto á la histerectomía casi sistemática. Nosotros creemos realmente que las histerectomías que han dado los mejores resultados (6 y 7 años, sin reincidencia para Richelot, 7 á 9 años, sin reincidencia para Thiem y Olshausen), son las hechas en cánceres exclusivamente limitados al útero, aun sin infección de los linfáticos de los ligamentos anchos, ni de los ganglios ilíacos; porque es un hecho hoy evidenciado por la práctica quirúrgica, que desde que en los linfáticos periuterinos haya la menor infección, tan mediocres resulta-

dos da la amputación supravaginal, como la histerec-
tomía.

Para juzgar del valor de las distintas operaciones que hoy se hacen para el cáncer, es conveniente dividir los cánceres en tres clases :

1.^a Cánceres recientes, limitados al útero;

2.^a Cánceres del cuello de más de un año que comienzan á invadir los fondos vaginales ; y

3.^a Cánceres que datan de 2 ó más años y han invadido parte de la vagina, uno ó ambos ligamentos anchos, el recto ó la vejiga, y que además han infartado los ganglios inguinales, ilíacos ó los lumbares, útero inmovilizable.

1.º CÁNCERES LIMITADOS AL UTERO.—Se examina una mujer y se encuentra un cáncer vegetante ó ulcerativo (cavitario) que data de poco tiempo, está circunscrito al útero; éste tiene toda la movilización normal, la mujer no es muy anciana y está en buena salud general: debe hacerse la histerec-
tomía vaginal, que dará el mejor resultado imaginable como éxito inmediato y lejano ; pues en estas condiciones la operación no es difícil. Sólo en estos casos llena la histerec-
tomía la gran condición operatoria de los tumores malignos, *extirpación amplia, larga manu*, para no dejar nidos de células neoplásicas que más tarde puedan reproducir la enfermedad.

2.º CÁNCERES DEL CUELLO DE MÁS DE UN AÑO, QUE COMIENZAN A INVADIR LA VAGINA.—El examen muestra un cáncer que comienza á invadir los fondos de saco vaginales; el útero es movilizable á medias, no desciende sino en parte: debe hacerse la amputación supravaginal amplia, es decir, que llegue hasta el ist-

mo, separando la vejiga con el índice y ligando ó cogiendo las uterinas, con las pequeñas pinzas de Doyen, y para terminar cauterizar enérgicamente el muñón, para destruir los trayectos neoplásicos que hayan quedado. Las amputaciones intravaginales no tienen valor alguno. Richelot dice que una amputación supravaginal amplia es tan delicada como una exéresis total, por lo cual él prefiere la última, que según dice, extirpa los trayectos neoplásicos que suben hasta el cuerpo pasando el istmo, como también los nidos neoplásicos del cuerpo que en ocasiones se encuentran á distancia y sin relación directa de continuidad con el epiteloma del cuello; cita, en su apoyo, el caso de Ott, de Sampetersburgo: se presenta una mujer con un cáncer y dicho cirujano le hace la amputación supravaginal, 2 años después, reincidencia; histerectomía, y á los 6 años no hay reincidencia todavía. El caso de Ott me parece excepcional, y á pesar de la enorme autoridad de Richelot, en el asunto, creo que hay bastante exclusivismo de su parte y que en cánceres de esta clase yá los ganglios están en general infectados y la reincidencia á los pocos años es tan segura con la exéresis total como con la parcial; sí creo, por supuesto, que la simple continuación sin que haya lugar á reincidencia, es más frecuente en la amputación que en la histerectomía, pero en cambio la amputación es una operación más fácil y menos grave que la exéresis total, hablo entre nosotros, por que Richelot, que tiene casi tanta habilidad como Doyen de Reims, para hacer una histerectomía en 10 minutos (no en 6 y en 4, como Doyen, porque eso es como decía alguno en el Congreso de Cirugía: "Rapidez epiléptica"), dice que es tan delicada la una como

la otra, por lo cual prefiere la histerectomía que le da más garantías.

3.º CÁNCERES DE 2 Ó MÁS AÑOS, ENORMES, QUE HAN INMOVILIZADO LA MATRIZ, INFECTADO LOS GANGLIOS QUE RECIBEN LOS LINFÁTICOS DEL ÚTERO É INVADIDO ALGUNO DE LOS LIGAMENTOS ANCHOS.—Ningún tratamiento con pretensiones de curativo les es aplicable; como paliativo, para suprimir las hemorragias, mejorar el estado general y quitar el mal olor, debe aplicarse el raspado á fondo, cauterizando en seguida enérgicamente los puntos indurados; esta operación es fácil y casi no produce sangre, como uno se imagina, á *priori*. Los exclusivistas de la histerectomía vaginal no retroceden, otros practican la operación de Herzfel-Hochennegg (histerectomía sacra] ó sea la aplicación del método de Kraske, para los cánceres elevados del recto, á la extirpación de la matriz. Esta operación es difícil y muy larga y por añadidura da más mortalidad que la histerectomía, 30%₀, según Terrier y Hartmann, mientras que la histerectomía vaginal da 5%₀ solamente. En cuanto á la histerectomía para-sacra de Zuckerkandl, es pura teoría; en general hay que dejar la operación comenzada porque el espacio que da la incisión es insuficiente para extraer una matriz normal, ahora una voluminosa, y llena de adherencias. A mi modo de ver, desde que se tiene que recurrir á la resección del sacro, para extirpar la matriz, es porque el cáncer es inoperable, y lo es porque en este estado yá los ganglios están infectados, y aunque los resultados inmediatos fueran buenos, que no lo son en lo general, la infección sigue su curso en muchos de los tejidos que quedan infectados, y en realidad no hay reincidencia rápida, como dicen

erróneamente algunos cirujanos, sino pura continuación. La histerectomía vaginal es ciertamente menos grave, pero en lo demás es plausible de las mismas objeciones y debe excluirse en absoluto, no sólo por inútil, sino por lo excesivamente difícil en estos casos, en que la matriz no desciende ni una línea.

La observación 1.^a se refiere á mi primera histerectomía. Cánceres como éste son operados diariamente en el servicio de Richelot; y aún más extendidos, en la clínica de Pozzi por la vía sacra; pero todos los que vamos por primera vez á Europa, caemos en el error de creer que las operaciones que se hacen en los hospitales, están bien indicadas, y no hay tál. Los cirujanos por amor propio tratan de aumentar su estadística sin escoger bien los casos y sin atender mucho á los intereses de una enferma anónima, en ciudades de 2 á 4 millones de habitantes, en que los malos éxitos operatorios no se saben si no se publican. A este optimismo que trae el que ha terminado sus estudios, se debe mi primer fracaso, y lo digo por que hoy yo no operaría un caso igual, por la histerectomía: le haría un simple raspado. No obstante el caso es de los más instructivos y merece un análisis:

1.º Las pinzas se retiraron á los 3 días y no á las cuarenta y ocho horas, porque tuve que ausentarme de la ciudad por un caso urgente;

2.º A los 7 días se quitó la gasa profunda, y de allí en adelante se notó una fístula vesical; y

3.º Al 8.º día de operada y al 5.º de quitadas las pinzas, muerte rápida por hemorragia secundaria.

Es conveniente no dejar las pinzas más de 48 horas, para evitar escaras. Las fístulas vesicales que aparecen á los 8 ó 10 días no son regularmente debidas á una fal-

ta operatoria; suceden á la caída de una escara; no parecen tampoco debidas á la presión de las pinzas, porque Martín de Berlin, que no opera sino con ligaduras, las ha visto producirse en la corriente del primer mes.

Estas fístulas se cierran espontáneamente á los pocos meses, y debe saberse que en caso de querer intervenir no debe ser demasiado pronto, porque es peligroso. Richelot dice que él perdió una de sus operadas por haber intervenido muy pronto.

Las hemorragias secundarias, vienen por defecto de las pinzas que cogen los ligamentos. Doyen dice, página 82 (*Traitement chirurgical des affections inflammatoires &c. néoplasiques de l'utérus &c.* 1893) que perdió su primera histerectomizada (para un cáncer voluminoso) por una hemorragia secundaria al 6.º día, debido á que usó una pinza rígida de las llamadas Richelot, que soltó una parte del ligamento. Este inconveniente no existe hoy, porque casi todos usamos las pinzas flexibles de Doyen, que son sin discusión las mejores. Otras veces, sin causa aparente, á los 8 días, dice Richelot, viene una hemorragia secundaria que mata la enferma si no se tapona pronto la vagina (1). Se deduce, pues, que una histerectomizada debe ser cuidadosamente vigilada hasta los diez días, porque puede sobrevenir una hemorragia como en la de mi observación, y si el médico no está al lado, se llega tarde y yá ni con transfusión de suero artificial se consigue algo.

Pero lo cierto es que la hemorragia secundaria es más frecuente en los grandes cánceres, y sobre todo cuando uno de los ligamentos está endurecido por el

(1) Richelot, *L'Histérectomie vaginale &c.*, página 83. 1894.

neoplasma, porque el tejido canceroso es muy friable y propenso á ulcerarse y producir escaras, sobre todo cuando se comprime con las pinzas, por lo cual, como dije atrás, lo mejor en estos casos es no hacer la histerectomía para evitar fracasos de que no se escapa el más hábil operador, cuando la muerte no depende de la operación sino del estado de la enferma. Yo creo que cuando se opera por otra lesión distinta al cáncer no hay grave inconveniente en dejar las pinzas 3 ó 4 días como lo han hecho Pean y otros cirujanos en muchas ocasiones.

Veamos ahora la 2.^a observación :

En las metritis hemorrágicas rebeldes, la histerectomía está netamente indicada, la operación es fácil y los resultados espléndidos ; las pacientes pueden seguir en sus ocupaciones veinte días después, no hay necesidad de extirpar los ovarios, por que éstos se atrofian en seguida. En el prolapso muchos ginecólogos consideran la histerectomía como secundaria, siendo la colporrafia, por el procedimiento de Hegar, el método por excelencia, á condición, eso sí, de quitar mucha tela y estrechar bien la vagina [Richelot, loc. cit.)

Analícemos por partes : los prolapsos son muy complejos y no se curan con una operación exclusiva, sino en general con varias, según su género :

1.º Procidencia por hipertrofia del cuello y relajamiento de la vagina: Amputación del cuello y colporrafia triangular posterior;

2.º Prolapso de un útero voluminoso sin relajamiento de la vagina: histerectomía ; con relajamiento notable, colporrafia é histerectomía cuya hemostasis

debe hacerse con ligaduras y no con pinzas para hacer en la misma sesión la colporrafia; y

3.º Prolapso uterino, acompañado de cistocele y rectocele vaginal: histeropexia y eritrorrafia, *larga manu*, anterior y posterior. Sucede que hay casos en que la elasticidad y relajamiento de los paredes vaginales no tiene límites, y Quénu propone la vagino-fijación después de la histerectomía, sirviéndose de los ligamentos anchos suturados á la vagina, pero esto es pura curiosidad especulativa, porque los ligamentos son todavía más complacientes y extensibles que la vagina, y al menor esfuerzo todo está en el mismo pie que antes. Lo mismo diremos de la operación de Alexander-Adams, que los clásicos describen como lo más sencillo, y que es en realidad muy difícil, porque el hilo de Ariana no es bien aparente y hay que cerrar de nuevo sin terminar la ponderada operación ó bien hendir con las tijeras los canales inguinales y buscar los ligamentos redondos en la profundidad y hacer la histeropexia lateral de los dos cuernos uterinos.

En resumen: que la operación de Alexander es más difícil de lo que parece, y por último que no sirve para nada (caso de que se tenga la fortuna de hacerla) en el prolapso de la matriz, porque todo es levantar-se la mujer, para él volver, aunque se la combine á la colporrafia.

En general, lo que verdaderamente trastorna la salud de la mujer en los prolapsos, es la caída del útero y no la de la vagina (no hablo de la rectocele y cistocele): metritis por exposición al aire, ulceraciones por el roce, imposibilidad del esfuerzo, flujos tenaces, peso en las caderas, gastralgias, dispepsias &c., son todas debidas á la posición anormal del útero; supríma-

se ésta y todo desaparece, siendo lo demás asunto de pura estética. Yo soy partidario de la histerectomía en los prolapsos simples de la matriz, haya ó nó metritis; y de la histerectomía y colporrafia amplia en los complicados: lo demás es teoría inútil. La operada de nuestra segunda observación sufrió la histerectomía simple, sin anaplastia de ninguna especie, y yá tiene seis meses de estar entregada á sus ocupaciones (la cocina], haciendo toda clase de esfuerzos violentos sin que haya habido novedad la más mínima por parte de la vagina, y en cuanto á salud general nada más satisfactorio.

Nuestra tercera observación es de las más interesantes: mujer cuyos sufrimientos databan de 18 años, á la cual había yá laparotomizado para una salpingoovaritis adherente, y que por último histerectomícé porque los dolores y las hemorragias eran alarmantes é insufribles.

La matriz de esta mujer estaba enclavada en un magma de adherencias que no la dejaban descender una línea; el tejido celular formado por la perimetritis, era muy denso; hubo que emplear la fragmentación de Doyen; operación de las más difíciles, tanto por el *plastron* que retenía como fuerza invisible la matriz, como por lo rígido y estrecho de la vagina, que á pesar de todo no quise desbridar. El fondo de la matriz fue todavía más difícil extraerlo, y aunque Richelot lo deja en casos difíciles, me pareció mejor sacarlo. Aparte de un cólico ventoso fuerte no tuvo más novedad, y ocho días después de tales dificultades la enferma se levantaba para cambiarle la curación, abandonando el servicio á los 19 días de operada, perfectamente cicatrizada, y llena de salud.

Estas inflamaciones pelvianas son el gran triunfo de la histerectomía, que proporciona un drenaje ideal. La operación es en general difícil, pero el resultado espléndido, ideal, y la mujer á los tres días está tan fresca, como si tal cosa.

PRIMERA OBSERVACION.—CÁNCER DEL CUELLO UTERINO

Histerectomía el 26 de Noviembre de 1894. Muerte á los 8 días.

R. P., 33 años, 5 hijos. Gran coliflor de todo el cuello, ligera propagación, al fondo de saco posterior, movilidad parcial del útero, tinte amarillo-paja, mucha debilidad, hemorragias frecuentes muy abundantes. Tuvo una *flegmatial alba dolens* en la pierna derecha. Operada en unión del Dr. Maldonado, curetaje preliminar, operación difícil, hemisección de Doyen. Aplicación de la pinza para el ligamento derecho, fácil; para el izquierdo con mucha dificultad; hubo que poner dos suplementarias, induración del ligamento ancho izquierdo. Se sondeó regularmente hasta la separación de las pinzas (á los 3 días), Vómitos el primer día, dolor en el vientre; vomitó cinco lombrices muy gruesas. Luégo se le dio santonina y arrojó 50 más. Después de quitar las pinzas el estado general siguió bien. A los 7 días cambio de la gasa profunda, y lavado suave de la vagina; la enferma que orinaba bien no vuelve á hacerlo y la vagina está constantemente humedecida (fístula vesical por escara). El octavo día por la noche vi la enferma y no le encontré nada anormal; pocos momentos después se me llamaba con urgencia; fuí inmediatamente, pero yá era tarde: Se había producido una hemorragia formida-

ble (desprendimiento de una escara], que había producido la muerte en menos de diez minutos. Como no era del hospital no se le hizo la necropsia. Las orinas de esta mujer no contenían nada anormal, ni antes, ni después de operada.

SEGUNDA OBSERVACIÓN.—METRITIS FUNGOSA, PROLAPSO UTERINO

Histerectomía el 29 de Noviembre de 1896. Curación

R. M., de 35 años, cuatro hijos. Desde el primer parto [á los 19 años) comenzó á sentir dolores en las caderas, sensación de peso, mucho flujo amarillo. Más tarde hemorragias profusas. Desde el último parto (hace 7 años) caída completa de la matriz é imposibilidad de trabajar, micciones frecuentes. Operación fácil; se dejaron dos grandes pinzas de Doyen sobre los ligamentos, nada de dren de gasa como aconseja Pozzi, ni sutura vagino-peritoneal, como aconseja Martín. Utero de doce centímetros de largo, enorme hipertrofia intravaginal del cuello. Se quitaron las pinzas á las 48 horas y se cambió el primer tapón de la curación vaginal; se quitó la sonda que se había dejado á permanencia. Estado general muy bien, nada de vómitos ni de elevación térmica. Ocho días después cambio de toda la curación vaginal y lavado suave, luégo cambio de la curación cada dos días; la enferma va ella misma á la sala de curación. A los 20 días la cicatriz es perfecta y no hay supuración alguna, la enferma abandona el servicio y se entrega al trabajo.

TERCERA OBSERVACIÓN.—SUPURACIÓN PELVIANA, UTERO FIBROMATOSO

Histerectomía vaginal secundaria el 1.º de Marzo de 1897. Curación

M. de los S. S., 35 años, un hijo. Histeria patológica de las más complicadas. Hace diez y ocho años tuvo un niño. Al día siguiente se levantó y siguió en sus ocupaciones. Cinco días después se le desarrollaba una fiebre que le duró 15 días. De allí en adelante se sintió siempre indispuesta, y las reglas se le hicieron muy abundantes, y en los intervalos tenía un flujo purulento. Hace 5 años le hicieron un raspado uterino; pero los dolores en el bajo vientre, las hemorragias y las perturbaciones dispécticas se le aumentaron. El 10 de Mayo de 1895 se presentó en mi servicio clínico, y el examen reveló una pío-sulfingitis izquierda con fístula vaginal del mismo lado (fondo de saco postero-lateral). La enferma se queja de dolores insoportables en el bajo vientre. Se hizo una laparotomía y se extrajeron la trompa y el ovario izquierdos, se puso un dren en T que salía por la vagina. Muchas adherencias en los ganglios alíacos, por lo cual no se pudo sacar parte del saco. Durante 3 días estuvo con vómitos y dolores peritoneales espontáneos sin mejor sensibilidad á la presión. Fiebre de 38°.

Un mes después abandonaba el servicio con la fístula vaginal cicatrizada, después de una supuración abundante. La enferma sigue muy bien 8 meses, y luego las hemorragias se repiten, le duran 15 ó 20 días, los dolores son espantosos y la vida se le hace insoportable.

El 1.º de Marzo de 1897, va á mi servicio y se le

hace la histerectomía vaginal con asistencia del Dr. J. de D. Uribe. Operación excesivamente difícil; el útero no desciende una línea, parece enclavado, la hemissección de Doyen no le da ninguna movilidad, *morcellement* difícil porque la vagina es muy estrecha. Se dejó unas pinzas grandes en el lado izquierdo y en el derecho. Para sacar el fondo del útero hubo que romper las adherencias [posteriores y laterales] con el dedo y la espátula. Se dejó sonda á permanencia que se retiró á las 48 horas junto con las pinzas y la curación externa. Al 2.º día gran meteorismo y dolor al vientre, vómitos verdaderos, nada de fiebre, se le quitaron las pinzas y el dolor calmó, pero el meteorismo siguió aumentando considerablemente; se le pusieron paños de alcohol y trementina al vientre y una lavativa de vino tinto y glicerina, como se acostumbra en el servicio de Pozzi, en Paris. Al otro día la enferma no sentía novedad alguna, dormía bien y comía mejor.

A los 8 días la paciente se levantaba para cambiarle la curación profunda. A los 19 días de operada no hay supuración, la cicatriz es perfecta y la enferma abandona el servicio en un estado de salud y bienestar que le eran desconocidos hacía muchos años.

Medellín, 1.º de Mayo de 1897.

Dr. MONTROYA Y FLOREZ.

Miembro correspondiente de la Sociedad Obstetrical y Ginecológica de París y de la de Francia.

LA PESTE

EL PROFESOR PROUST Y EL PROFESOR ROUX.

La Academia de Medicina oyó en su sesión de hoy, dos comunicaciones de sumo interés actual, sobre la peste.

El Dr. Proust, Inspector General de los servicios sanitarios, y Profesor de Higiene en la Facultad, dio primero lectura á un largo é importante estudio sobre la epidemia de la peste y sobre las medidas internacionales que convendría tomar para impedir la propagación del flagelo en Europa.

La proximidad de las peregrinaciones de La Meca, la insuficiencia de las medidas de observación de los hombres y de desinfección de ropas y equipajes al dejar á Bombay, la obstinación del Gobierno inglés, que una vez más parece querer rehusar toda precaución sanitaria susceptible de impedir la contaminación de su comercio marítimo, constituyen un peligro, cuya importancia no hay para qué exagerar, pero sí mirar desde el primer momento para prevenirlo con tiempo.

Esta comunicación del Dr. Proust, cuyos términos han sido discutidos, según creo, y consultados detenidamente en el seno del Comité consultivo de higiene, no debe preocuparnos hasta el punto de privarnos del sueño y arrebatar nos la tranquilidad por el temor de ver invadida próximamente la Europa por la peste: me parece, ante todo, destinada á suministrar á nuestros Ministros del Interior y de Relaciones Exteriores, argumentos científicos, que emanan de hombres autorizados, capaces de llevar la convicción á los demás gobiernos europeos, de la necesidad de un pacto, de una unión internacional sanitaria que dé protección á los pueblos orientales contra su ignorancia, su incuria y su fatalismo espantoso.

*
**

Después tomó la palabra Emilio Roux.

En un discurso notable por la precisión de los hechos, por la claridad en la exposición, por la moderación en las conclusiones y por la propiedad del lenguaje, el ilustre in-

ventor de la vacuna del crup ha trazado la historia de la vacuna de la peste.

Esta historia fue ya leída por nuestros lectores, en un artículo biográfico sobre el Dr. Yersin; no vuelvo sobre ella sino con el objeto de precisar ciertos detalles.

El microbio de la peste, descubierto por Yersin en los bubones característicos del mal, es un bacilo corto de extremidades redondeadas, un *coco-bacilo*, como se dice hoy.

Se sabe que las grandes epidemias de peste principian por la muerte de multitud de ratas y *ratones*.

Por dondequiera se encuentran ratas muertas: en las calles y jardines, en las piezas de habitación, en los corredores &c. O bien se las ve arrastrarse entontecidas y enfermas para ir á morir en campo descubierto.

Los ganglios y la sangre de esas ratas se encuentran repletos del mismo microbio que produce tánto estrago en el hombre. El análisis del suelo muestra en las capas más superficiales de la tierra, ese mismo bacilo de virulencia atenuada, que no aguarda, para recuperar su energía, sino la sequedad de una estación.

Sobreviene el hambre en una población *descuidada* (?), vestida con harapos sucios, miserable, que vive á flor de un suelo abominable y constantemente humedecido, y el flagelo toma bien pronto proporciones alarmantes. Los moscos contribuyen también, por su parte, á propagarlo mejor.

La experiencia muestra que la rata adquiere fácilmente la peste por inoculación ó por negación. El hombre la adquiere de la misma manera, bien que sea picado por un insecto ó que se sirva de las manos desaseadas como vehículo para su alimentación.

*
* *

Nuestros lectores saben cómo vino Yersin á Francia después de esas primeras investigaciones, y cómo emprendió allí, ayudado por M. M. Calmette y Borel, la inmunización de

caballos, por un procedimiento análogo al procedimiento de Roux para la vacuna antidiftérica.

Cada inyección de cultivo microbiano produce en el caballo una fiebre violenta que dura varios días, después de lo cual y repuesto el bruto, se practican nuevas inyecciones hasta conseguir que el animal no reaccione con las dosis ordinarias.

El suero de ese caballo suministra la vacuna, es el suero llamado *anti-pestoso*.

Las dos experiencias que siguen no me parecen dejar duda alguna sobre las propiedades preventivas y curativas de ese suero.

PRIMERA EXPERIENCIA: A diez animales, á diez ratas, por ejemplo, se inyecta $\frac{1}{16}$ de centímetro cúbico de suero de caballo inmunizado, y esos diez animales resisten á una dosis ampliamente mortal de cultivo de bacilo; diez animales testigos, inoculados con la misma cantidad de suero de caballo nuevo, sucumben infaliblemente con las mismas dosis de cultivo. Luego el suero es preservativo.

SEGUNDA EXPERIENCIA: Se prueba que es curativo, no inyectando el suero sino cuando el animal es víctima yá de los síntomas del mal. Los resultados son también concluyentes.

*
* *
*

También se conocen los resultados obtenidos en el hombre.

Mientras que la peste mata por término medio de 80 á 90% de las personas atacadas, Yersin no ha perdido sino el 7% de sus vacunados ó sea 2 sobre 26, y aun en estos casos la muerte ha sobrevenido en 2 casos en que la vacunación había sido practicada muy tarde, hasta el quinto día.

Hé aquí, además, algunos detalles más precisos que ponen de manifiesto la importancia del tratamiento en cuestión.

Los enfermos vacunados el primer día de su enfermedad

han sido curados en 12 ó 24 horas, sin que haya sido necesario emplear más de 10 á 20 c. c. de suero.

Cuando la inoculación no se practica hasta el 2º día del mal, se han necesitado de 30 á 50 c. c. de vacuna para obtener una curación que ha requerido 3 días para declararla definitiva.

Cuando se opera el tercero, se requieren cuatro días y de 40 á 60 c. c. para que el enfermo se cure.

Al cuarto día se necesita más tiempo y más suero. De cuatro enfermos vacunados al quinto día, dos han muerto á pesar de las fuertes dosis administradas.

El envenenamiento del organismo era profundo y definitivo. La antitoxina ha sido impotente.

Debe notarse como hecho muy importante, que mientras que los enfermos curados por Yersin han tenido una convalecencia tan fácil como pronta, en los casos de reacción espontánea, bien raros por cierto, aquélla ha sido siempre tardía y penosa en extremo.

Establecidos estos hechos, la prueba es concluyente.

Por tanto, podemos deducir que toda vez que el suero Yersin es empleado á tiempo, cura el mal y obra con eficacia perfecta, toda vez que se le emplee como preventivo.

*
*
*

La Academia de Medicina registrará el día de hoy como uno de sus más gloriosos días. M. Proust nos ha probado que sería posible "si todo el mundo cumpliera con su deber, como estamos dispuestos á practicarlo nosotros", impedir que la peste invada en lo sucesivo el Norte del Africa y la Europa.

Cuanto á Roux, nos ha demostrado de una manera clara y definitiva la eficacia de un medio de preservación y de curación que parece ser el más activo y el más próximo á la perfección de todos aquellos de que dispone hasta ahora nuestro arsenal terapéutico.

Nos es satisfactorio hacer notar que esta vez más ha tocado á Francia dar un nuevo ejemplo de sabiduría, y que su genio inventor para el bien de la humanidad, extiende por dondequiera los campos de resplandeciente luz.

DR. MAURICE DE FLEURY.

De (*El Figaro*).

CISTITIS BACILAR DOLOROSA DEL CUELLO

(OBSERVACIÓN)

(Cistostomía practicada por los DD. Rafael Pérez y J. B. Londoño).

Varón, 49 años, casado, militar y comerciante. Sin antecedentes específicos hereditarios ni adquiridos. En 1885 recibió un balazo en una pierna, que fue amputada en malas condiciones por el lugar de elección, y padeció por ello una larga supuración. Ha tenido en varias ocasiones fiebres intermitentes. Ha tomado mucho aguardiente.

1894. A fines de Noviembre de 1894, después de un viaje á bestia y de haber tomado mucho licor, empezó á sentir deseos frecuentes de orinar, dolor á la micción, y observó que al arrojar la orina salían 8 ó 10 gotas de pus y á veces de sangre. Un médico le recetó balsámicos y la dolencia se acrecentó de tal manera que al poco tiempo orinaba de diez en diez minutos con dolores insoportables que partían del cuello de la vejiga y se irradiaban por todo el trayecto de la uretra y hacia atrás hasta el ano.

La intensidad y frecuencia del dolor le impedían dormir; pero dormía cuando, involuntariamente, sin contracción dolorosa de la vejiga, se salía la orina.

En este caso, al despertar, el dolor era todavía más intenso.

No ha tenido durante toda la enfermedad acceso de fiebre, ni hemorragia de consideración. Se ha enflaquecido visiblemente.

1895. A principios de este año vino á Medellín. Entonces le vimos por primera vez. Estaba pálido, descarnado, irritable, nervioso, dormía mal, comía poco y padecía de estitiquez y diarrea alternativamente, hemorroides, y los sufrimientos de parte de la vejiga de que ya hicimos mención, llevados á tal extremo, que parecía imposible que este señor viviese más. Se le hicieron varias aplicaciones locales, y se le sometió á un tratamiento general específico y reconstituyente. Además, se le aplicaron muchos supositorios calmantes y se le administraron muchos sedativos. El paciente no soportaba el lavado de la vejiga: la mayor cantidad de líquido (agua boricada), que recibió la vejiga fue 30 gramos. Las instilaciones de nitrato de plata le causaron dolor y hematurias pasajeras. En fin, el enfermo regresó á su casa más ó menos como había salido de ella.

1896. En ese año vino por segunda vez á esta ciudad en busca de alivio para sus crueles padecimientos, y con diferencia insignificante se le hicieron las mismas aplicaciones con el mismo resultado.

1897. Estaba ya para regresar á su casa, en su tercer viaje, en este año, porque el último médico que le recetaba le hizo algunas aplicaciones sin buen resultado y le desahució, cuando me llamó el enfermo y me manifestó que le hiciera cuanto quisiera con tal que lo aliviara.

Acompañado del Dr. Pérez visité este enfermo, y luégo que nos hubimos persuadido de que se trataba de una cistitis bacilar, se le propuso al enfermo una operación (la cistostomía), y la aceptó.

ESTADO ACTUAL.—Demacración, palidez general, la cara está desencajada y revela angustia suma; padece insomnio y neurastenia; inapetencia, vómitos alimenticios y biliosos pertinaces, sed, diarrea serosa, y sudores abundantes.

La micción es dolorosa y frecuentísima: cada 5, 10 ó 15 minutos, especialmente de noche. El dolor que siente al orinar lo compara el enfermo á una gota de plomo derretido que resbala por la uretra: es un escozor atroz que parte del cuello de la vejiga y recorre toda la uretra. El dolor no aparece cuando pasan las primeras gotas de orina en forma de chorro, sino cuando expulsa las últimas, gota á gota, mezcladas con moco-pus. La cantidad de orina en 24 horas es de 1,300 á 1,500 gramos. El sedimento que deja la orina en el vaso es purulento, muy abundante y fétido. No hay en la orina filtrada ni albúmina, ni azúcar. En el pus no encontró bacilos de Koch el Dr. Montoya y Flórez, sino otros microbios. No hay dolor á la presión en el bajo vientre. No se pudo inyectar ninguna cantidad de líquido en el receptáculo urinario porque la vejiga lo rechazaba inmediatamente.

La exploración por sonda reveló la ausencia de cavidad vesical, y el espesor y el tetanismo de las paredes considerabilísimos de este órgano. Nada bien notable en la próstata, ni en las vesículas seminales. Submatitez en la cima del pulmón derecho. El pulso

es débil y un poco frecuente (80 á 90). Respiración alterada en su ritmo por el esfuerzo y el dolor, pero no es frecuente. Tiene algo de tos seca.

OPERACIÓN. Abierta la cavidad abdominal como si fuera á hacerse la talla hipogástrica, se buscó la vejiga oculta en su mayor parte detrás del pubis; se quitaron las adherencias del peritoneo que eran fuertes y extensas y contenían, lo mismo que la pared externa y anterior de la vejiga, gran número de granulaciones de aspecto grasoso, pero duras y evidentemente patológicas.

Se levantó el receptáculo con una crin puesta transversalmente en la parte anterior y superior (Figura 1^a AA); se colocó otra crin en la misma dirección, en la base, cerca del trígono (BB), y dos laterales en dirección longitudinal (CC CC). Se hizo la incisión de la pared vesical con bisturí abotonado, y se pusieron, después de examinar con el dedo el interior del órgano y de lavar bien la cavidad, cuatro hebras de crin (DD DD) comprendiendo desde la mucosa vesical hasta la piel todos los tejidos, á saber: piel, aponeurosis, músculo recto, músculo vesical y mucosa. Se hizo lo mismo con las hebras de crin suspensoras de la vejiga colocadas al principio y se amarraron bien, de manera

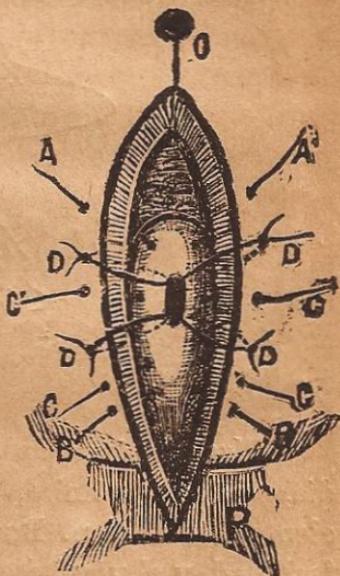


Fig. 1^a

de tener bien adherido el órgano á la pared abdominal. El resto de la herida se cerró adentro con catgut y afuera con criu. Se hizo otro gran lavado vesical; se colocó en la herida ó boca una sonda blanda que terminaba afuera en un tetero que hizo las veces de receptáculo de orina y se hizo la curación. (Figura 2^a)

Hé aquí el aparato que inventamos para recibir la orina de manera que pudiese el enfermo levantarse y andar:

Consta de un embudo aplanado con una tubuladura lateral la cual recibe un tubo de caucho que va á un frasco ó tetero. El embudo se sostiene con una banda ó cinturón que tiene un ojal para meter en él el vértice del embudo.



Fig. 2^a

Días que siguieron al de la operación. El primer día, colapso y vómito, pero á las cuatro horas el paciente estuvo bien. Buena noche. La orina salía con facilidad, y el vómito cesó prontamente.

Al tercer día cambiamos el apósito: todo bien; lavado boricado. Buena noche. El enfermo comía y dormía bien. De vez en cuando hubo expulsión de orina por la uretra, siempre con tenesmo y dolor. La

orina salía bien por la sonda. Se formó en la parte superior de la herida abdominal un absceso pequeño y hubo fiebre de 38°

Continuámos lavando la vejiga, pero retiramos la sonda.

La uretra pubiana trató de cerrarse. Extirpamos un pequeño polipo desarrollado en la boca de la fístula, y dilatamos el trayecto con sondas de Egar. Hicimos un lavado con solución muy diluída de nitrato de plata y el enfermo empeoró notablemente; por fin calmó, y hoy está en su tierra muy bien, tomando balsámicos y creosota.

Junio de 1897.

J. B. LONDOÑO.



TRATAMIENTO

DE LA CISTITIS TUBERCULOSA EN EL HOMBRE

(Décimo Congreso de cirugía reunido en París del 19 al 24 de Octubre de 1896.)

M. A. Routier (de París). “Después de haber ensayado, como la mayor parte de mis colegas, los diversos medios recomendados contra la cistitis tuberculosa, he venido en dividir esta enfermedad en dos períodos para el efecto del tratamiento. En el primer período, que prolongo lo más posible, me abstengo de toda intervención local y proscribo también las instilaciones y los lavados, contentándome con instituir un tratamiento general (régimen lácteo parcial, aceite de hígado de bacalao creosotado, fricciones revulsivas sobre los riñones y el abdomen, baños salados).

“Cuando las micciones son demasiado frecuentes ó sanguinolentas y los enfermos son privados del sueño por la intensidad de los dolores y los deseos frecuentes de orinar, practico una cistostomía suprapubiana; y si hay muchas ulceraciones vesicales, las toco con el termocauterio.

“Cuando el meato hipogástrico funciona bien, y no hay dolores, hago por él primero y por el meato uretral más tarde, lavados boricados; de este modo se logra reconstituír una capacidad vesical razonable (140 á 160). Obtenido esto, pasados cuatro ó seis meses, cierro el meato hipogástrico. He operado varios enfermos y á la verdad los resultados que he obtenido son bien alentadores.

“El método es largo, pero no tiene gravedad ninguna”.

(*Sémaine Medicale*, 24 de Octubre de 1896).

TRATAMIENTO DE LA VIRUELA

Tratamiento general. — El único tratamiento interno que parece activo consiste en el empleo combinado del opio y del éter (medicación etero-opiácea del doctor du Castel)

1º Inyectar mañana y tarde, en el tejido celular de la parte anteroexterna del muslo, de la nalga ó de la región lumbar, una jeringa de Pravaz llena de éter;

O dar al enfermo de seis á diez cuchararadas de jarabe de éter por día;

2º Hacerle tomar mañana y noche 10 centigramos de extracto tebaico, y á las mujeres 7 centigramos. El enfermo tomará además de 40 á 80 gramos de alcohol y la poción siguiente en las veinticuatro horas:

Percloruro de hierro	XX gotas.
Jarabe de azahares	25 gramos.
Agua	100 gramos.

El tratamiento no es eficaz sino en el caso de que sea instituido desde los primeros días de la erupción.

Es particularmente útil en las viruelas coherentes graves, y entonces debe combinarse con el tratamiento por los baños fríos. La temperatura de estos últimos será de 18° á 20° en el adulto, y de 21° á 23° en el niño. Están indicados siempre que exista hipertermia y accidentes nerviosos graves.

No deberá vacilarse en hacer una sangría de 300 á 400 gramos en los individuos vigorosos que tienen una disnea intensa ó presenten fenómenos congestivos pulmonares ó encefálicos.

En el período de invasión, se combate la raquialgia por medio de fricciones con :

Cloroformo	10 gramos.
Esencia de trementina	10 —
Bálsamo de Fioraventi	80 —

Ligeros laxantes contra el estreñimiento.

En el período de erupción, baños tibios, con los cuales se continuará durante la supuración.

El alcohol es siempre útil, y en los alcohólicos deben extremarse las dosis.

Higiene alimenticia: leche, sopas, bebidas abundantes.

Tratamiento externo.—Dos veces por día baños á 33-35° que contengan 10 gramos de sublimado disuelto en alcohol: duración del baño, un cuarto de hora.

Durante la escamación, un solo baño en las veinticuatro horas, y después baños simples á los cuales puede adicionarse ácido bórico.

Cubrir la cabeza de los enfermos con bandas de muselina empapadas en una solución de sublimado á 50 centigramos por litro. Una banda con un prolongamiento en lengüeta sobre la nariz, oculta la frente y baja hasta las cejas; otra banda sirve de marco á la cara cubriendo lo más completamente posible la barba y las

mejillas, y finalmente, una última banda cortada en forma de mandil, pasa bajo la nariz, entre ésta y la boca, y se junta por sus bordes con las bandas laterales. Las bandas de muselina deben mantenerse aplicadas todo el tiempo que dure la enfermedad.

Varias veces por día se aplica por medio de pulverizador la solución de sublimado teniendo cuidado de proteger los ojos con un tapón de algodón impregnado de solución bórica; puede bastar el humedecer las bandas con algodón hidrófilo empapado en la solución mercurial.

Aplicada esta cura desde el principio de la erupción en la mayor parte de los casos impide la supuración y los elementos eruptivos se secan en el sitio mismo. En cualquier momento de la viruela impide las infecciones secundarias, y aunque se aplique tardíamente disminuye la duración de la supuración.

Los accidentes de hidrargirismo son excesivamente raros.

Debe atenderse con cuidado á la antisepsia de las mucosas: hacer lavar la boca y los ojos con agua bórica y embadurnar la faringe cada dos horas con una mezcla de partes iguales de salol y de glicerina.

Es preciso á toda costa lavar la conjutiva al menos una vez por día y no vacilar en emplear los separadores si los párpados están demasiado hinchados.

En las personas que temen mucho á las cicatrices, Mr. Dujardin-Beaumetz aconsejaba emplear en la cara el emplasto de Vigo con mercurio en masa epispástica y espolvoreado en seguida con almidón, y las fisuras que se producen se cierran por nuevas capas del emplasto y de almidón. Salvo en el circuito de los labios en donde el emplasto no adhiere, si es aplicado desde el comienzo de la erupción, hace abortar las pústulas. Pero la careta que resulta es excesivamente penosa de soportar.

Hebra hace espolvorear los tegumentos, después de los baños, con la mezcla siguiente:

Acido salicílico.....	10 gramos.
Polvo de talco.....	} aa 50 —
-- almidón.....	

INDICE

A.

	PÁGS.
Abscesos del hígado	175
Academia de Medicina	402
Acido fénico	118
Acido fénico y la antisepsia	384
Actinomicosis-fístulas	308
Advertencia	362
Agua caliente en cirugía	348
Algo de higiene	108
Algunas observaciones sobre la histerectomía vaginal	403
A los médicos	241
Alienistas y neurologistas (Congreso francés)	207
Año 8º de los <i>Anales</i>	1
Auge y decadencia del vejigatorio	198

B.

Bacteriología clínica	87-125
Baños calientes (Los)	340
Boticas y boticarios	113
Boticas y Boticarios (Denominación de las)	117

C.

Cáncer del esófago	381
Cáncer del estómago (su tratamiento)	389
Carate (El)	180
Cardiacalgia de origen palúdico	311
Cistitis bacilar dolorosa del cuello	420
Cistitis tuberculosa (su tratamiento)	425
Cistitis blenorragica (su tratamiento por las instilaciones argénticas)	134
Circulación de substancias tóxicas	314
Congreso francés de médicos alienistas &c.	207
Cuerpos extraños de las vías aéreas	150
Cuerpos extraños de la vejiga	376

D.

De todo	200
Denominación de las boticas y boticarios	117
Dentología	301
Dermatobia noxialis (conclusiones de Mr. Blanchard)	338
Dispensario de salubridad	265
Dos palabras	146

E.

Eczema húmedo crónico	121
emigo (El) común	399

Enfisema subcutáneo del cuello en las parturientas.....	220
Exposición industrial.....	240
Exposición industrial (Documentos relativos á la).....	242
Expulsión de una tenia por el cloroformo.....	374
F.	
Florencio Mejía (El Dr.).....	104
Florencio Mejía (El Dr.).....	105
G.	
Gusano de monte.....	333
H.	
Hipertrofia de la próstata.....	238
Histerectomía vaginal.....	403
I.	
Informe acerca de la prostitución.....	267
Instituto Carrasquilla.....	121
J.	
Julio Restrepo (El Dr.) y sus espartillos.....	346
L.	
Ley 157 de 1896.....	299-331
Libros de la Academia (lista adicional).....	361 262
M.	
Manicomio Departamental.....	201
Manual (El) de la comadrona y de la enfermera.....	397
Manuel Uribe Angel (El Dr.).....	4
Marco A. Botero A. (El Dr.).....	138
Medicina en Antioquia (La).....	17
Medicina en Antioquia (La).....	81
Medicina práctica.....	134
Miasis intestinal.....	173
Muerte súbita por insolación.....	132
N.	
Natalicio del Dr. Uribe A.....	99
Notas editoriales.....	234
Notas editoriales.....	262
O.	
Obstrucción catarral de las vías biliares.....	86
Odontálgicos.....	2
Ofidios venenosos del Cauca (Los).....	1
Ordenanza número 24.....	
Ordenanza número 34.....	
Ordenanza número 37.....	

P.

Perturbaciones digestivas en los histéricos.....	182
Peste (La) &c.....	416
Plantas medicinales y alimenticias de Antioquia.....	152-221

Q.

Quereme (El).....	360
-------------------	-----

S.

Seroterapia.....	141
Solución para quitar manchas.....	236

T.

Terapéutica (propiedades de la yerba cana).....	330
Tesis inaugural del Dr. Julio M. Restrepo.....	159
Tesis del Dr. Jesús M.ª Vieira I.....	393
Tratamiento médico del cáncer del estómago.....	389
Tratamiento de la viruela.....	321-426
Tratamiento del cáncer por el extracto de celedonia.....	235
Tratamiento de la cistitis blenorragica.....	134
Tratamiento de la dipsomanía.....	285
Tratamiento de los animales envenenados por el veneno de la víbora.....	215
Trepanación.....	146
Trepanación.....	148
Trepanación.....	371

V.

Veneno de víbora (experimentos seroterápicos).....	215
--	-----

