11352

Facultad de Medicina.

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
DE LIMA

Excisión de la uretra en el tratamiento de las estrecheces infranqueables.

Tésis
para el grado de Bachiller

presentada por

Augusto Luna

LIMA - 1892

Señor Decano

Señores Catedráticos

Motivo del mas legítimo orgullo para mi, es venir á este recinto y dirijirle la palabra al joven Cirujano del Perú.

Esta tribuna goza hoy de merecida fama. Alumnos distinguidos la han ocupado y leyendo en ella trabajos de indispentable mérito, no solo le dieron celebridad: tambien fueron de manifiesto el fruto de nuestro trabajo y nuestra salida enseñanza.

Lo que carezco de las dotes que adornan á mis predecesores, me aliento á ocuparl[redacted] por dar cumplimiento á una prescripcion reglamentaria.

Al pretender hoy el grado de Bachiller en Medicina y Cirujia, os ruego juzgueis conmigo S.S. CC. y escucharme en mi disertacion sobre la Eficacia de la metra en el tratamiento de las Estrecheces uretrales.

[redacted]

Antes de entrar de lleno en el estudio que me propongo tratar, séame permitido, Señores Catedráticos, hacer una ligera descripcion anatómica y fisiológica del canal uretral con el objeto de comprender con la mayor facilidad los diversos manuales operatorios practicables en sus regiones para la curacion de la estrechez y en especial el de la excision del que me ocuparé despues.

Anatomia.

Se llama uretra ó canal uretral al conducto que se extiende desde el cuello de la vejiga hasta el meato urinario poniendo en comunicacion al receptáculo urinario con el exterior.

La etimologia de esta palabra viene de dos voces griegas: οὖρον, que significa orina y ρεχω que quiere decir correr.

La longitud de este canal ha sido objeto de estudio de muchos anatomistas distinguidos como lo prueban las numerosas observaciones encaminadas á dar luz en este asunto. Así, Whately sobre cuarenta y ocho experiencias en individuos de diversas tallas

ha encontrado diferentes longitudes y obtuve el término medio tomando las medidas primero entre los de talla grande cuyo número fué de diez y seis, despues entre los de talla media que fueron treinta y dos y por último, entre los de talla pequeña que fueron doce.

Entre los de talla grande encontré lo siguiente:

1	de centímetros	25-00
8	"	23-75
5	"	22-50
2	"	21-00

Entre los de talla mediana obtuve lo siguiente:

3	de centímetros	23-75
1	"	23-00
7	"	22-50
2	"	22-00
7	"	21-20
2	"	20-60
1	"	20-00

Y entre los de talla pequeña encontré:

1	de centímetros	23-00
2	"	22-50
4	"	21-20
5	"	26-00

Philipps, confirma los datos de Whately por experiencias practicadas despues de inyectar el tejido erectil de los cuerpos cavernosos y acepta como término medio veinticinco centimetros de extencion.

Thompson de diez y seis observaciones en el cadaver dedice veinticinco centimetros.

Briggs, practicando sus experiencias en el hombre vivo asigna de 18 centimetros 50 á 19.20. Hasta aqui el parecer de los autores ingleses; cuanto á los franceses, veamos sus conclusiones.

Sappey de cincuenta y cuatro observaciones hace el siguiente cuadro:

7	de	14	á 15	centimetros
19	"	15	" 16	"
16	"	16	" 17	"
5	"	17	" 18	"
4	"	18	" 19	"
1	"	19	" 20	"
1	"	20	" 21	"
1	"	23	" 24	"

y despues de dividir la suma de estas distintas longitudes entre los cincuenta y cuatro individuos observados, el cua-

ciente de 16 centímetros 3. lo acepta como término medio

Richet ha encontrado en cadáveres 14 á 16 centímetros de promedio.

Si tales divergencias existen para recomendar la longitud exacta de la uretra no son ménos las habidas con relacion al diámetro ó calibre de sus paredes que como se sabe no es igual en una misma á causa de sus dilataciones y estrechamientos.

Entre los varios procedimientos ejecutados para apreciar el calibre de la uretra, hay dos, que señala Sappey y son estos: el primero consiste en separar íntegramente de un cadaver los órganos urinarios, incindir en seguida todo el borde superior desde su nacimiento hasta su término y fijarla por último de manera tal que no cambie absolutamente de posicion. De aquí resulta una superficie plana y como esta superficie no es otra cosa que el canal primitivo que ha sido desdoblado basta tomar el tercio de ella para conocer el diámetro de aquel.

El otro procedimiento consiste en inyectar por el meato urinario una sustancia fácil de endurecerse como

la cera ó el sebo y una vez condensada se corta la uretra á lo largo y se saca el molde: en él se ve todos los diámetros correspondientes al conducto en que se vació.

El célebre cirujano inglés Thompson dá las siguientes medidas:

En el meato urinario	12 milímetros
En la fosita navicular	15 milímetros
En la porcion esponjosa	17 milímetros
En el bulbo	12 "
En la dilatacion prostática	17 "
En el cuello de la vejiga	13 "

Sir Everard Home que se ha ocupado de este asunto y cuyos modelos fueron un individuo de ochenta años y otro de treinta, ha encontrado en el molde de esas dos uretras las dimensiones siguientes:

	En individuo de 80 años	de 30 años
	milímetros	
En el meato urinario	11	8.50
En la porcion esponjosa	8.50	8.50
En el bulbo	15.	16.
En la dilatc. prostática	13.50	12.50
En el cuello de la vejiga	11	10

Richet abriendo la uretra y midiendo primero con extension y despues sin ella, de uno á otro borde del corte, en tres individuos distintos obtuvo lo siguiente

En individuo de 35 años = Milimetros

	Con extension	Sin extension
En el meato urinario	15	15
En la fosita navicular	30	22
En la porc. esponjosa	30	13
En el bulbo	25	12
En la dil. prostática	45	35
En el cuello de la vej.	45	30

En individuo de 30 años

En el meato urinario	18	14
En la fosita navicul.	32	18
En la porc. esponjosa	38	15
En el bulbo	20	11
En la dil. prostat.	42	20
En el cuello de la vej.	45	26

En individuo de 16 años

En el meato urinario	18	15
En la fosita navicul.	25	16
En la porc. esponjosa	22	12
En el bulbo	28	18
En la dila. prostática	32	20
En el cuello de la vej.	45	30

Como se vé no son exactos los

datos mencionados por los diferentes anatomistas; hay pues necesidad de tomar un promedio y todos estan de acuerdo para aceptar el señalado por Sappey que oscila entre 15 y 18 milimetros.

La uretra se extiende como ya he dicho desde el cuello de la vejiga hasta el meato urinario y presenta en esta extension dos direcciones: la primera curva de concavidad anterior y superior sostenida por una fuerte masa carnosa por lo cual se le ha llamado fija, y la segunda móvil ó libre susceptible de poder ocupar dos posiciones segun el estado del pene, es decir; hacia abajo por accion de la gravedad en la flacidez ó hacia arriba en el estado de erección. En este último caso todo el canal presenta una sola curva de concavidad superior. El límite entre la parte fija y la parte movil está marcado por el ángulo prepubiano.

Se acaba de ver que todo el canal uretral no tiene el mismo calibre, presenta normalmente dilataciones y estrechamientos naturales que conviene hacer conocer.

Examinadas de adelante á atrás estos estrechamientos y dilataciones son los siguientes: el primer punto estrechado es el meato urinario; de allí comienza la primera dilatacion la fosita navicular que corresponde al glande; viene en seguida el segundo estrechamiento que se estiende á lo largo de toda la porcion esponjosa hasta llegar al bulbo donde nuevamente se ensancha para formar el fondo de saco del bulbo; inmediatamente detrás de este fondo de saco existe otro estrechamiento llamado cuello del bulbo; viene luego la última dilatacion la dilatacion prostática de la uretra y por fin el cuello de la vejiga.

Bien se puede notar que el lugar mas estrechado del canal uretral es el meato urinario y que por consecuencia cualquier instrumento introducido por él llegará sin duda alguna á la vejiga siempre que no encuentre algun obstáculo anormal en su pasaje.

Anatómicamente la uretra está constituida por tres porciones que procediendo de fuera adentro son

1ª la porción esponjosa; 2ª la porcion membranosa y 3ª la porcion prostática
Porcion esponjosa. Es la mayor de las tres y está cubierta por tejido erectil. Exceptuando sus dos extremidades toda ella es del mismo grosor y por su estructura especial aumenta su longitud en unos cuatro centimetros al tiempo el pene en erección. Es muy dilatable en su extremidad posterior y no con poca dificultad se notan dos pequeñas aberturas correspondientes á las glándulas de Cowper. Puede asignársele como tamaño normal 14 Centímetros
Porcion membranosa. Tambien llamada musculosa por Cuvier se encuentra en medio de las otras dos porciones. Los antiguos anatomistas le dieron ese nombre creyendo en la ausencia de un tejido que la rodeara. Es despues del meato la parte mas estrecha. Su límite posterior es formado por el pico de la prostata y la hoja posterior de la aponeurosis media; y el limite anterior por la continuacion de esta aponeurosis en la extremidad del bulbo y su cubierta

FACULTAD DE MEDICINA DE LIMA
BIBLIOTECA

fibrosa. Su mucosa es de un tinte mas subido que el de la porcion subsiguiente en cuya pared inferior se nota la prolongacion de una trama blanquiza que mencionaré despues. Tiene 1 y ½ centimetro de largo.

Porcion prostática. Trae su nombre del organo que la atraviesa. Para algunos autores contiene tambien tejido erectil del que se serviria para impedir al semen su entrada en la vejiga durante el coito. Su longitud depende del volúmen de la prostata y en diametro es mas constante por razon de los tejidos que la rodean los que no son susceptibles de una variacion brusca. Si se abre la uretra en esta porcion se puede notar en su cara inferior inmediatamente por delante del cuello de la vejiga una cinta brillantemente coloreada sub-mucosa que vá á colocarse en el medio del canal hasta confundirse con una eminencia de la region anterior de unos diez y ocho milímetros de longitud que trata por

la region membranosa y llega hasta el bulbo. Esta eminencia es la cresta uretral, caput gallinaginis ó verumontanum. También puede percibirse sobre esta cresta una depresion pequeña por la que se podria penetrar á un fondo de saco de unos ocho milimetros de profundidad. Esta depresion es llamada por Weber fóvea prostática, por otros senos prostáticos ó utrículo.

En esta region de la uretra se encuentran los senos prostáticos á cada lado de la eminencia central, á donde vienen á desembocar veinte ó treinta de los conductos prostáticos que al presionarlos se percibe con facilidad un liquido viscoso y blanco que se derrama por ellos. Thompson dice que por estos senos no es difícil que pueda penetrar una bugia fina practicando el cateterismo.

Si sobre estas tres porciones de la uretra se dan cortes transversales se ve fácilmente su conformacion interior. En el estado de actividad es decir en la miccion ó eyaculacion se encuentra abierta para dar pasaje

al semen i á la orina; pero en estado de reposo sus paredes se encuentran perfectamente unidas y como no es igual en toda su extension presenta formas diferentes de la manera siguiente: vertical en el meato, oblicua en la fosita navicular, transversal en la region esponjosa, estrellada en la membranosa, por último tiene la forma de una i griega invertida en la region prostática.

Relaciones. La uretra toda mantiene con los tejidos que la rodean íntimas relaciones que conviene conocer pues tienen gran influencia con el cateterismo siendo los mas importantes la aponeurosis y la capa muscular.

La fascia perineal profunda, aponeurosis media de Richet, aponeurosis perineal ó ligamento triangular de la uretra. Compuesta de dos hojas juntimamente unidas se extiende a través de un espacio situado entre las dos ramas descendientes de los dos huesos pubianos limitando una superficie de 12 á 18 milímetros. Unidas en su vértice

al ligamento colocado bajo del pubis entrelaza sus fibras con los ligamentosas que se encuentran delante y detras de las sínfisis pubianas.

Esta aponeurosis sirve para sostener en una misma posicion á la uretra la que no puede ser modificada sino por una violencia extrema

La última porcion de la uretra se encuentra envuelta por todas partes por la cápsula prostática dependencia de esta glándula y sujeta al pubis por los ligamentos pubio-prostáticos y al isquion y rama inferior del pubis por ligamentos isquio-prostáticos.

La porcion membranosa que forma con el recto un ángulo de 50 á 60.º está encerrada en parte en el ligamento de Carcassonne y el resto en el músculo de Guthrie. Representa una curva anterior y superior. Su parte posterior es mas corta que la anterior debido á la eminencia del bulbo en aquella. Mm centimetro por delante tiene al arco pubiano y hacia atras está en relacion con las glandulas de Cowper ó de Méry

y una parte del bulbo.
Por último se encuentra separada del recto por un espacio triangular llamado uretro-rectal.
La porcion esponjosa tiene por alojamiento el surco inferior formado por la union de los dos cuerpos cavernosos del pene. La hoja anterior de la aponeurosis media se continua con la cubierta fibrosa del cuerpo esponjoso al propio tiempo que la hoja posterior envia un prolongamiento que vá hacia atrás.

Cuanto á los musculos voluntarios en relacion con la uretra son en número de cinco: el elevador del ano; el transverso profundo; el bulbo cavernoso; el transverso del perineé y el esfinter-cavernoso.

1º Elevador del ano- Musculo destinado á servir de base á la cavidad de la pelvis.
Tiene su nacimiento en la cara posterior de la rama descendente del pubis, de allí desciende al costado de la próstata para unirse por debajo de esta glandula y del cuello de la vejiga en la parte central del perineé con el del otro lado

su homólogo. Otro grupo de fibras nace por la parte posterior de una línea blanca que llega al isquion después de cubrir la superficie del obturador interno; en fin un tercer manojo fibroso tiene su origen en la aponeurosis recto-sacral, y convergiendo todas se entrelazan con los esfinteres fijandose á los lados del recto yendo sus ultimas fibras musculares ó posteriores á terminar en el cóccix.

2º. El transverso profundo del perine, constrictor urethræ, constrictor urethræ membranacea está situado entre las dos hojas de la aponeurosis media y tiene con el canal uretral relaciones estrechas. Por mucho tiempo se creyó que este músculo era de los antiguos y se atribuia á Wilson haber sido el primero en describirlo negandole á Santorini su conocimiento; pero los trabajos posteriores de Charles Bell sobre este mismo asunto ponen de manifiesto que ya era conocido á juzgar por las palabras con que el profesor inglés termina su referencia y que á la letra dicen: "se puede concluir que Santorini,

denocia este músculo. pero no lo ha descrito.

Está formado por fibras transversales, oblicuas, descendentes y circulares situadas encima y debajo de la uretra colocadas en la porcion membranosa y que van á fijarse á la porcion cartilaginosa del arco púbiano.

3º El bulbo - cavernoso - <u>accelerator urinæ</u> <u>ejaculator seminis</u> es el mas importante de esta region. Está formado de dos mitades unidas en la linea media por un tendon nacido del centro del perineé y á donde vienen á juntarse los músculos transversos del perineé, el esfinter del ano, la porcion prostática del elevador: de aquí sus fibras se dirijen horizontalmente para rodear la parte posterior del cuerpo esponjoso y termina en la parte superior del canal de la uretra; al paso que las fibras anteriores despues de hacer lo mismo se insertan en la capa tendinosa que cubre la red arterial del pene.

Por la compresion, que ejerce sobre la uretra y sobre los vasos que llevan la sangre al miembro mil ha merecido los dos nombres que lleva.

4º. El transverso profundo ó músculo de Guthrie situado entre el ligamento de Carcasonne. Contiene en su espesor las glándulas de Cowper y en su parte anterior anterior encierra una red venosa.

De cuenta afuera, encima del labio interno del arco pubiano y vá á la parte inferior de la uretra terminando su inserción en el pubis.

5º El isquio-cavernoso nace por fibras carnosas y aponeuróticas de la cara interna del isquion y del labio interno de las ramas inferiores del isquion y del pubis formando con el hueso ilíaco un cilindro osteo-muscular que llega á la raiz de los cuerpos cavernosos fusionándose con su cubierta. Un manojo lateral de cada lado cubre el dorso del pene.

Mucosa uretral. Fina y suficientemente vascularizada se continua por delante con la mucosa del glande y por su parte posterior con la de la vejiga.

De color rosa encendido en su tercio anterior vá disminuyendo de coloracion á medida que se aproxima al reservorio urinario. Se introduce en los vesículos seminales, conductos

prostáticos y algunos sacos ó lagunas de la que la mayor es llamada magna ó laguna de Guerin.

Su epitelio es esférico y también Pilíndrico y cuanto mas se acerca á la parte anterior ó libre vá gradualmente convirtiéndose en pavimentoso. Humedecida constantemente por las secreciones glandulares que derraman moco. Cubierta de pliegues en sus dos primeras porciones, éstos disminuyen en la prostática donde son nulos á su terminacion.

Debajo de la mucosa se encuentran aun á la simple vista los orificios de las glandulas prostáticas, las de Cowper y las de Littré. Por último, en varias partes y sobre todo en la pared anterior se ven varios repliegues valvulares. La mas grande de todas se encuentra á 5 centimetros del meato.

Estructura. Tres capas forman la uretra y son una muscular, una submucosa y la tercera mucosa.

La primera se encuentra en relacion superior con el cuerpo esponjoso, en la membranosa con los musculo del perineé y con la prostata en la p. prostática.

En la capa sub mucosa y entre las regiones membranosa y esponjosa se encuentra un tejido cavernoso.

Arterias. La uretra recibe sangre de la arteria bulbosa ó transversal del perineé que nacida del músculo transverso llega al bulbo atravesando el cuerpo esponjoso, dá ramificaciones numerosas que van al meato anastomosándose con las extremidades de la dorsal del pene.

Para obtener la sangre se vale también de dos canales: el uno que la lleva á las venas del bulbo y el otro que la hace desembocar en la vena dorsal del pene que vá á unirse con el plexo prostático enviando á la vez algunas ramas á las venas hemorroidales.

Nervios. Los nervios del bulbo y de la próstata envían una red nerviosa extremadamente fina que envuelve la uretra de todos lados razon por la cual es un organo delicadamente sensible.

Ahora, digamos algo de las funciones que cumple el canal uretral, para ocuparnos en seguida en Patología.

Fisiología

No es objeto de nuestro estudio ocuparnos del mecanismo de la micción desde su principio, pues como se sabe solo depende de la contracción de la vejiga que al referirla nos separaríamos del fin que llevamos; pero si debemos detenernos en observar el pasaje por la uretra de la orina en la micción y del semen en la eyaculación.

Para dar pasaje á cualquiera de estos dos líquidos la uretra tiene que abrirse convirtiéndose en tubo y ceder de esta manera la resistencia que goza cuando permanece en quietud.

En estas dos funciones la uretra anterior es enteramente pasiva. Por su extensibilidad, así como su facilidad para dilatarse dá pasaje á cualquiera de los dos líquidos siendo ayudada por el músculo bulbo cavernoso hasta la terminación del acto. Estas propiedades de la uretra se abolen ó pierden completamente cuando sus paredes sufren de una inflamación crónica lo que dá lugar á que

se racie mal lo que se comprueba observando que terminada la miccion aun se vacian unos. despues escaparse algunas gotas de liquido.

La miccion puede ser interrumpida asi como tambien impedida de producirse sin mas que la accion contractil del esfinter vesical.

La vejiga llena de orina es obligada á distenderse, pero esta distencion llega á un limite en que cesa y es obligada la contraccion inmediata. Verificada esta, lanza la orina en la uretra y se produce entonces un reflejo bajo cuya accion se contrae fuertemente el esfinter uretral impidiendo de esa manera que se derrame.

Este esfinter contrayendose por accion voluntaria no hace nacer la necesidad de orinar.

Ahora en la eyaculacion juega un rol bastante activo la region posterior de la uretra y el mismo esfinter

Contrayendose los vesiculos seminales y los canales deferentes hacen pasar el semen a la region prostatica de la uretra donde permanece encerrado. En este momento el vermontanum se encuen-

hra en erección, el esfinter prostático contraido y contraido tambien el esfinter uretral; de tal modo que el esperma no puede pasar ni para adelante ni para atras. Aglomerado allí va adquiriendo lenta pero progresivamente una fuerte tension gracias á las contracciones energicas de los musculos lisos á las que no puede resistirse el esfinter uretral porque su contraccion no puede ser permanente y relajándose dá paso para la ulterior

Vuelve á contraerse para volver á relajarse, lo que hace sucesivamente por lo cual se verifica la eyaculacion. Aqui tambien contribuye en mucho la accion del músculo bulbocavernoso.

Estas notables observaciones fisiologicas son debidas á las investigaciones sucesivas de Vésale y Amussat primero, ál celebre profesor Guyon despues y finalmente comprobados por ensayos numerosos practicados por el profesor Laroux en su clinica particulares y con las que ha ilustrado su obra de enfermedades de las vias urinarias.

Causas capaces de producir las estrecheces.-

Multiples definiciones se han dado de la estrechez de la uretra: no las mencionaremos por no consentirlo los estrechos límites de este trabajo.

A nuestro modo de ver la estrechez de la uretra es un estado patológico permanente que completa ó parcialmente obstruye su calibre.

Todos los tratadistas difieren mas ó menos en las causas que pueden producirlos. Hé aquí las mejores opiniones

Nélaton atribuye las estrecheces á dos ordenes de causas: las unas traumáticas y las otras inflamatorias; pero no de un modo absoluto. Para su buen estudio es preferible admitir una clasificación para poner de manifiesto las diversas formas. Esta clasificación es la siguiente para el primer grupo: 1 las heridas del canal de la uretra; 2 rupturas seguidas á las contusiones ó también á una maniobra brusca ejecutada por él; 3 las desgarraduras producidas por instrumentos introducidos en ella, por cuerpos extraños; 4 las contusiones

producidas á consecuencia de una caida ó por golpes recibidos en la region fermeal y 5 á cauterizaciones producidas en la mucosa. Agrega á estas causas otra la de las ulceraciones espontaneas y las consecutivas á destruccion parcial del espesor de la mucosa por una inflamacion intensa

Al segundo grupo, pertenece segun el cirujano frances, en primer lugar la blenorragia sea aguda ó sea crónica; en seguida los excesos del coito, despues las erecciones prolongadas y finalmente el catetirismo, la introduccion de cuerpos extraños y las inyecciones cáusticas é irritantes.

Hemitz ignora la causa de las estrecheces y le parece imposible apreciarla. Hace notar que existen estrechamientos en el esófago y en casos numerosos estrecheces de los intestinos y sobre todo del recto, ademas del canal vaginal, del prepucio, del ano. Del mismo modo pueden formarse para la uretra en personas que jamas han tenido relaciones sexuales. Confirma su asercion citando un caso de un individuo escrofuloso de 19 años de edad, con un

estrechamiento uretral de ocho años es decir iniciado cuando el observado solo tenia once años de edad y que por consiguiente aun no conocia el coito.

De una opinion completamente contraria es Cooper, quien asegura que noventa y nueve veces sobre cien la estrechez es causada por la blenorragia.

Para Abernethy la gonorrea mal cuidada es la causa principal.

Everard Home concedera, el estrechamiento consecutivo á la blenorragia; á consecuencia de ella la mucosa no se cura completamente y la produce.

Para Charles Bell tambien es la gonorrea, asi como la inflamacion aguda, las causas que la ocasionan.

Liston la refiere asi: los estrechamientos uretrales vienen frecuentemente de una inflamacion especifica ó de una blenorragia mal cuidada, descuidada ó agravada en su primer periodo por las inyecciones en su curacion.

Ducamp concedera que varias blenorragias la producen pero la

es la última que se ha prolongado indefinidamente

Chelius hace una de idéntica manera así como Brodie

Lawrence hace venir el estrechamiento de un cambio de estructura en varios puntos del canal á consecuencia de una inflamacion ó á la cicatrizacion de una superficie ulcerada.

Civiale dá la preferencia á las uretritis; sin abandonar tampoco las inflamaciones crónicas, las heridas, contusiones, la permanencia de cálculos, los cortes del perineí, el abuso del coito y las erecciones.

Leroy dice que todo punto inflamado es causa de estrechamiento.

Thompson ha hecho sus investigaciones en doscientos veinte casos coleccionados de su práctica de hospital y de la civil

Dispensa de recomendar la autenticidad de sus observaciones de célebre especialista inglés, descompone las causas de sus observados en el cuadro siguiente:

Causas supuestas de las estrecheces orgánicas y permanentes.

Inflamacion especifica	164
Lesiones del perine	28
Cicatrices de chancros	3
Cicatriz seguida de fagedenismo	1
Estrecheces congenitas comprendidos los casos en los cuales el canal está disminuido á causa de una mala formacion	6
Envenenamiento por el nitrato de potasa - la litotricia y la sinfurtacion - cada uno un caso	3
Estrechamiento inflamatorio comprendidos los ligeros	8
Estreches espasmodica causada por mutacion á nivel del recto	2
Estreches espasmodica sin causa	2
Estreches espasmodica causada por acidez ó alcalinidad excesiva de las orinas	3

Suman = Casos = 220.

Del primer grupo es decir de los 164 estrechamientos producidos por inflamaciones, deduce los sigs. hechos:

En 90 casos la afección ha sido descuidada.
" 3 ha sido atribuida por los enfermos á inyecciones concentradas.
" 6 el derrame había desaparecido total y prontamente; pero en cinco de ellos la estrechez apareció inmediatamente después de desaparecer
" 4 el estrechamiento y la blenorragia existían al mismo tiempo.
" 61 no se hace mención del derrame.

De estos mismos 164 casos la estrechez se ha producido
10 veces = inmediatamente á la enfermedad.
71 " = un año después
41 " = tres ó cuatro años después
22 " = siete ú ocho — —
20 " = ocho, veinte y veinticinco años mas tarde

También en el hospital Necker y en el Servicio del profesor Guyon se hizo una estadística igual á la de Thompson, dando resultados análogos como se puede notar en las observaciones que son 226.

En 187 á consecuencia de blenorragia.
" 22 " un traumatismo
" 5 " cicatrices chancrosas
" 2 " espasmos
" 1 " causa desconocida
" 3 " excesos alcohólicos.

Y de los 187 blenorrágicos
" 89 la enfermedad ha sido descubierta
" 17 " " " " " corta
" 81 no se hace mencion.

Cuanto al tiempo que se notó:
En 4 casos menos de un año desp. de la blenor.
" 10 " uno á dos años despues
" 12 " dos " cuatro " "
" 20 " cuatro " seis " "
" 16 " seis " ocho " "
" 11 " ocho " diez " "
" 49 " diez " mas " "
" 20 " mas de veinte " "

Como se vé estos dos cuadros difieren muy poco uno del otro.

Nosotros despues de haber hecho conocer estas diferencias de pareceres concluimos con el profesor Duplay

Segun este autor los estre-

chamientos uretrales obedecen á dos ordenes de causas: ó toman su origen en la inflamacion que modifica los tejidos que constituyen las túnicas de la uretra, quitándoles su blandura é imprimiéndoles una fuerza vital cuyo carácter principal es la contractilidad; ó son producidos por un traumatismo que dá lugar á una solucion de continuidad y por consecuencia una perdida de sustancia para cuya reparacion es imprescindible la formacion de una cicatriz.

Estas dos causas no son otra cosa que los accidentes inflamatorios y cicatriciales a los que uniria una mixta participando de las dos anteriores. Tal sucedería si se tratara de una inflamacion una seguida de ulceracion con perdida de sustancia.

1º Estrechamientos inflamatorios: Duplay hace mencion de los trabajos de J. Guerin, Mercier, Cruveilhier y Alfonso Guerin y de acuerdo con ellos considera la naturaleza de estos estrechamientos como resultado de una infiltracion de los tejidos sub-mucosos, obliteracion de los espacios vascula

res y organizacion fibrosa de exudados llegando al fin á ocasionar la retraccion de los tejidos normales y á su condensacion atrófica.

Esta infiltracion de los tejidos no produce fatalmente la estrechez. En muchos casos el exudado producido se reabsorve y la estrechez faltará; pero en otros el exudado lejos de reabsorverse se refunde con mas fuerza y apoyado por idiosincrasias especiales dá lugar á las estrecheces.

Finalmente, cree Duplay, que un motivo suficiente para la perpetuidad del exudado es el decaimiento manifiesto en no atender á las dilataciones frecuentes y también el empeño de maniobras - similares á lo menos - como son la introduccion de sondas, inyecciones cáusticas, etc.

2º Estrechamientos cicatriciales. En este existe de antemano una lesion con pérdida de sustancia para cuya desaparicion es forzosa la produccion de una cicatriz naturalmente retractil. A consecuencia de esto la mucosa desaparece y en su lugar reemplazara por el tejido

modular que no consiente las inyecciones linfáticas.

Casi todos estos estrechamientos son debidos ya á una herida de la uretra ocasionada de dentro afuera, ya á otras de fuera a adentro, ya á contusiones del perine y por fin á accidentes operatorios.

Los estrechamientos mixtos participan naturalmente de las dos causas.

Lesiones producidas por las estrecheces.—

Para describir los caracteres anátomo-patológicos de las estrecheces uretrales, habria deseado hacer observaciones propias. Desgraciadamente no han estado á mi alcance los medios indispensables por lo que me he visto obligado á abandonar mis deseos y buscar en los autores que mejor se han ocupado de este asunto las conclusiones a que han llegado.

Hasta fines del siglo XVII nada se conocia de la verdadera estrechez, solo al comenzar el XVIII Ferri hizo una

descripcion de la carúncula y desde esta epoca el estudio incesante hizo conocer cada vez mas su naturaleza

Acabamos de ver las causas que las producen por consiguiente estudiaremos tambien solo dos clases de lesiones.

Para esplicar la formacion del estrechamiento inflamatorio Alfonso Guérin ha desarrollado una teoria por la cual atribuye á una flebitis, posterior á la inflamacion de la mucosa uretral, lo que daria lugar á un depósito de linfa plástica y una retraccion de los tejidos. Niega la formacion de una membrana nueva.

Trabajos posteriores de histologia patologica no admiten la conclusion de Guerin y dan á conocer una esclerosis ó induracion partida si originada en la misma mucosa de la uretra inflamada anticipadamente y cuya inflamacion ha llegado al estado crónico. Hay, pues, una infiltracion de celulas conjuntivas desarrolladas sobre otras. A consecuencia de esto viene la retraccion, la atrofia y una nueva formacion conjuntiva.

Por lo que respecta al estrechamiento cicatricial solo sobreviene á una ulceracion ó una herida de las paredes de la uretra y aquí como en cualquiera otra parte de la economia la terminacion es conocida. Toda solucion de continuidad que sigue su curso normal termina precisamente por la neoformacion de tejidos moviulares, cicatriciales extendidos en tanto puntos cuanto eran comprendidos por la lesion.

De un modo ó de otro, si se abre la uretra en toda su longitud se presenta á la vista del observador en la mayoria de los casos una especie de doble cono unidos por su vertice ó mejor dicho confundidos. Esta observacion de Thompson la ha llamado estrechamiento modular indurado.

Reybard no le parece tan conveniente esta designacion porque para él el mayor numero le hace recordar la forma que presentaria una uretra en el caso de ajustarle una ligadura perpendicular á su eje

En otros casos la uretra puede ser destruida exactamente como un diafragma presentando en su centro una ó mas aberturas.

Civiale, Bell y Vaillemier han notado que este diafragma era bastante incompleto y no cuadrandole la denominacion anterior proponiendo llamarle bridas á este estrechamiento.

Cuanto á su sitio, no puede ser mas variado. Se presenta en cualquier punto de la uretra siendo el preferido lugar el bulbo, especialmente su parte inferior.

La forma mas comun parece ser el asiento de la estrechez chancrosa.

Existian algunas dudas para conocer si la estrechez blenorrágica podria ser completa á tal punto de imposibilitar la miccion y Civiale observó varias veces que haciendo el cateterismo no le era posible franquear el obstáculo despues de muchas tentativas aun cuando estuviera en él mismo; á estos accidentes sobreviene la muerte del individuo y cuando practicaba la autopsia era grande su sorpresa

pasando sondas de toda calibre, de las que las mas delgadas no habrian penetrado durante la vida.

Por otra parte estos estrechamientos son generalmente multiples presentandose tres y cuatro en una misma uretra.

dice que ha encontrado un individuo con diez estrecheces en toda la longitud del canal.

La mucosa es blanca, lisa y muy adherente á las paredes que la rodean y en otros es rugosa y desigual, dura, resistente al corte y de varios milimetros de espesor. Una sustancia amarilla grisacea infiltra sus mallas.

El tejido patológica se presenta bajo la forma de bandas irregulares ó nucleos pequeños de volumen bastante variable y obligando á tomar el pene formas caprichosas.

Las cicatrices no son tan comunes, pero si mas graves. Su límites perfectamente marcados, el estrangulamiento es brusco y no ocupa mas extension que la que le dió origen.

Como las anteriores pueden ocupar cualquiera region, hasta en

la membranosa.

Variedades

Muchos autores han establecido variedades de estrecheces de la manera que les ha parecido mas conveniente y motivadas por diversas causas.

Atendiendo á su duracion ya en permanentes i pasajeras y de estas las que no desaparecen las califican ademas de orgánicas.

Hunter considera tres clases permanentes, puramente espasmódicas y mixtas. Cooper admite otras tres: permanentes, espasmódicas ó inflamatorias. Thompson niega esta última clase y admite las otras dos.

Leroy considera cuatro clases: inflamatorias, fungosas, valvulares, fibrosas, turgescentes, ulceradas, vegetantes, cancerosas y cartilaginosas.

Ducamp: por inflamacion, por inervacion y por bridas.

Desault acepta tres clases de obstáculos: 1º en el espesor de las paredes; 2º en el exterior; 3º en el interior del canal.

Beclard: dos variedades;
1º En inflamatoria y 2º la orgánica
con 6 variedades: bridas, callosas, ulcera-
das, carnosidades, vegetaciones sarcoma-
tosas y varicosas.

Para Lisfranc dependen ó de una
causa situada fuera de la uretra, ocu-
pando el espesor de las paredes ó de una
causa situada en la superficie del canal.

Sedillot, con toda justicia
fijándose mas en la dificultad que oca-
sionalean para la salida de la orina
propone cuatro clases: las primeras que
se franquean y cuya dilatacion se tendria;
otras que se franquean sin conseguir
q. la dilatacion se mantenga; otras que
se franquean sin dejarse dilatar y por
último las infranqueables.

Para Vallemer es mas-
simil esta última acercion. dice que
no hay estrechez que no sea franqueable.

Nosotros opinamos con
Sedillot y en contra de Vallemer y
tanto para dificultar la miccion ó
para practicar el cateterismo admi-
timos solo dos clases: unas que dejan
pasar la orina y los cateteres delgados y otras
que impiden totalmente: las infranqueables

Diagnóstico

Para apreciar bien el diagnóstico de una estrechez es preciso recurrir á varios medios de exploracion. pues de otro modo se incurre en errores mas ó menos graves

En algunos casos la palpacion de la uretra practicada con los dedos pulgar é indice puede hacerla notar, no así para las colocadas en la porcion membranosa que es inaccesible

Se ha recurrido á la introduccion de bujias de cera pretendiendo que estas dieran la forma de la estrechez. Asimismo el empleo del endoscopio en un tiempo en voga, llegó á desecharse. Como medio de diagnóstico tambien se recurre frecuentemente al uretrómetro á la bujia de laton, de Roser y aun á un instrumento de este mismo autor que ha caido en desuso.

Pero de todos los modos de exploracion ninguno mejor que el que se consigue con las bujias de bola ideados por Thompson. Estas bujias consisten en un tallo metálico, delgado y resistente, terminado por una olivа

Respecto al modo cómo se procede este es bien sencillo: se introduce primero una de un regular volúmen hasta un punto donde se encuentre el obstáculo sin forzarlo por ningun motivo. Detenida en este punto se mide entonces la distancia que hay entre la oliva situada en la estrechez y el meato urinario. Conocido esto queda por averiguar, si la estrechez es franqueable, que longitud tiene y que calibre.

Para saber esto se van introduciendo con el mayor cuidado las bujías del mismo género, pero cada vez menores hasta conseguir franquearla. Luego se extrae y se pone en una bilera apropiada donde se vé á que diametro corresponde.

Finalmente para conocer su longitud: una vez que la bujía ha vencido la estrechez y que se mueve con libertad se hace la maniobra inversa, es decir, se trata de extraerla con la mayor suavidad hasta que tropiece con el obstáculo Ya se puede apreciar la longitud, fijandose en la nueva cantidad de bujía que

se ha introducido á medida mecanicamente desde la oliva hasta el meato. En este caso se resta de la cantidad que señala aquella que se midió primero, su diferencia marca fijamente la longitud que se buscaba.

Este procedimiento no fue de ser mejor siempre que se trate de estrecheces franqueables; pero si desgraciadamente no pasa ninguna de las bujías por delgadas que estas sean, no podremos conocer mas que el límite superior.

Síntomas.

Cuanto mas avanzada se encuentra la estrechez mayores y mas notables son los síntomas que presenta. En muchos casos, pasa bastante número de años para que los enfermos lleguen á percibirse de la enfermedad que padecen; tal sucede con las estrecheces producidas por la blenorragia, por su lento desarrollo; en otros las perturbaciones que presentan en el canal uretral son casi inmediatas, como en los estrecheces traumáticas.

Aunque la eyaculacion puede suministrar datos un tanto seguros para revelar los síntomas de las estrecheces, sin embargo es la miccion las que los pone evidentemente de manifiesto.

Un ligero derrame purulento y constante es uno de los primeros síntomas, viene en seguida una dificultad mas ó menos grande para la libre emision de la orina: el chorro carece de fuerza y por esta circunstancia, es comun, ver que las ultimas gotas caen á los pies del enfermo. La no es unico sino multiple y si es sólo no presenta la forma normal, se halla aplanada, torcida y en espiral. Estos síntomas van desarrollandose lentamente progresivamente y dan lugar á otros fenómenos mas serios. Los esfuerzos mas inauditos y las posiciones mas espinchosas son puesto en juego por los pacientes á fin de efectuar la espulsion de la orina, haciendo veinte cuarenta y hasta cien tentativas en 24 horas. El cuerpo se cubre de sudor, la cara se congestiona, se exponen á la formacion de hernias, al prolapso del recto, á hemorroides y hemorragias cerebrales.

Despues de un ligero descanso mehe inmediatamente á reproducirse este cuadro sin que el paciente haya conseguido otra cosa que derramar unas frias gotas de orina.

Esto se repite cada vez con mas frecuencia hasta convertirse en una incontinencia de orina, sobreviene inflamaciones de la uretra detras y delante de la estrechez, inflamacion del glande y del meato, todos sintomas mas o menos ciertos.

Por otra parte, la eyaculacion es mas dificil, el semen se derrama poco á poco. y la ereccion y el coito con sumo cuidado y bastante dolorosos.

Pronostico

Al principio, la estrechez es una afeccion benigna si se trata con cuidado, pero abandonada á si misma es una dolencia grave, mortal tanto por las perturbaciones locales á que dá lugar como tambien trastornos generales y complicaciones, fiebre urinosa, intoxicacion por absorcion de orina, gangrena, etc.

Tratamiento de las estrecheces.

Las estrecheces de la uretra han sido tratadas por tres métodos diferentes desde la mas remota antigüedad: la dilatacion, la cauterizacion y las incisiones. Estos tres métodos aislados, modificados ó combinados, puestos en práctica por médicos y cirujanos, por sacerdotes y por charlatanes han subsistido hasta hoy.

Casi puede decirse que cada operador ha modificado como le parecia mas conveniente no solo el método sino tambien los instrumentos empleados, como tendremos ocasion de estudiandolos ordenadamente.

Tratamiento por dilatacion.

Esta manera de proceder es la mas antigua. Ninguno trabajo al respecto da mas detalles que la celebre memoria del baron ingles Percy, leida en 1864 en la Academia de Ciencias. En ella hace mencion de Alfonso Ferri por una obra publicada el año 1550 y en la que cita á Lacuna asegurando que fué col-

mado de los mayores honores y de ri=
quezas cuando tuvo la suerte de curar
al papa y a varios cardenales de esa
epoca valiendose de bujias para di=
latarles sus estrecheces.

Despues de estos dos autores
italianos, viene el español Cristobal
de la Vega de la Universidad de Sala=
manca, que haciendo uso de los mismos
medios que sus antecesores, llego a enrique=
cerse a tal extremo que las gentes de su
epoca decian por él: que podia pisar sobre
el oro, dado por sus enfermos.

Fue a establecerse en Va=
lia Juan el frances, fabricante de bujias
quien por el trabajo a que se dedicó me=
reció que se le conociera con el sobre
nombre de Juan de las bujias. Carlos IX
quiso curarse de sus estrecheces valiendose
de esta clase de bujias; pero no habien=
dolo conseguido, fue en descredito su
sistema e instrumentos y llego a ser acu=
sado por ignorar la verdadera manera
de fabricar su composicion.

Daran especulo bastante
con la fabricacion de estos instrumen=
tos, hacia el mismo la introduccion en
las uretras y a consecuencia de ruptu=

maciones sucesivas hacia suponerlas
y decia á sus enfermos que era supu-
racion era la estrechez que se iba di-
solviendo. La fama de este hombre lle-
gó á la Corte de la reina Maria Lec-
zinska la que al preguntar por él á
uno de sus señores le contestó este: es un
hombre que quiere hacernos creer que son
lombrizas nuestras rejigas.

A esta epoca sucedió
otra durante la cual las bujias, duras
hasta entonces, comenzaron á fabricar-
se blandas y al orden de la China la Em-
bajada francesa comenzaron á construir
de gutta percha.

Para la fabricacion de a-
quellas, cada cual, tenia su procedi-
miento especial. Asi Boyeau trató de
curar á Enrique IV y lo consiguió-segun
dicen- en trece dias valiéndose de su bu-
jia provista en la estremidad de una
regular cantidad de sebo de Cabra.

Hunter fué el primero de
nuestros tiempos que usó el nitrato de plata
en la punta de las bujias. Ensin, otros
las han fabricado, de cuero, de gra-a en
durecidas, de cera, que hoy han sido
enteramente modificadas.

Por último además de los mencionados, también existen otros instrumentos cuyos constituyen de diferentes curvaturas ya duras ó blandas que sirven con el mismo fin. Las principales son de folones de ocho pulgadas de longitud y de las que la mayor grueso tiene un centímetro de diámetro. Cada una es un cuarto de milímetro menor que la anterior. También los hay con escalones de 1/5, 1/6 y 1/12 de milímetro correspondientes á las hileras de Phillipeaux, Thompson y Benqué.

Para terminar haré mención de los dilatadores empleados con el mismo fin, los cuales describiremos en cada uno de los diversos procedimientos.

Según el modo de proceder toma diferentes nombres; así: si se vá dilatando el conducto uretral con mucha el procedimiento se llama dilatación progresiva; si se hace en una sola sesion se llama rápida; si en una cola vez se rompe la estrechez, ulceres se le dice brusca ó forzada, etc.

Existe dos modos de dilatación: la una inflamatoria y mecánica la otra. La primera comprende dos grandes dilataciones abrupta y dilatación ulcerativa

La segunda el catetorismo forzado y la dilatacion brusca.

Dilatacion inflamatoria. Este procedimiento está basado en el hecho producido por un cuerpo duro en contacto con las paredes de la uretra dando por resultado la atrofia y la reabsorcion de los tejidos que constituyen la estrechez.

A) Dilatacion inflamatoria atrofica. No consiste en otra cosa que en la introduccion de una bujia ó sonda que pasa hasta la rejion, pero que se encuentra amoldada por decirlo asi con el estrechamiento: si en ese momento se introduce la sonda un poco mas ó se retira se nota que goza de mas libertad y consiguiente entonces el paso de otra de mayor calibre.

Esto se realiza por la presion que ejerce el instrumento contra la estrechez, cuanto mas permanece en el canal mas obliga á contraerse y atrofiarse hasta desaparecer en todo ó en parte segun sea su extension y caracter. Benevoli fué el primero

hombre de ciencia que vea este procedimiento.

B) Dilatación inflamatoria ulcerativa Hijo de proceder como se acaba de relatar se comienza la maniobra por emplear una bujía volumínosa. Aquí sobreviene una inflamación violenta seguida muchas veces de ulceración de la membrana mucosa y a lo largo la desapariciones de la estrechez.

Dilatación mecanica. Este segundo grupo comprende varios procederes que son los siguientes: la dilatación rapida, la dilatación lenta; el cateterismo forzado, la dilatación brusca y las inyecciones forzadas.

A) Dilatación mecanica rapida. Aquí desempeñan un papel importante los instrumentos llamados propiamente dilatadores, los que mas o menos tienen el mecanismo de una pinza que se introduce cerrada y que sus ramas tienden abrirse a voluntad del operador que las maneja.

El dilatador de Rigaud es mui

Instrumento ingenioso. Consiste en dos medios cilindros unidos por laminas pequeñas de acero. En extremidad inferior está unida á la de la otra por una soldadura muy fina y la extremidad anterior de una rama de una reja por un tornillo que aleja ó acerca una y otra ramas.

Otro dilatador es el de Perrère. Está formado por dos ramas también pero acanaladas en toda su longitud y que se separan por medio de mandriles introducidos por la canaladuras. El espesor de estos es de 2. 3 y 4 milímetros.

Tiene la desventaja que una reja dilatador hace tomar á la uretra una forma inconveniente, por lo cual es defectuoso; pero Charriere lo ha modificado en el sentido de que en lugar de dos ramas presenta cuatro

B) Dilatacion mecánica lenta. Para este procedimiento las bujías de Benique son mejorables. Se comienza por la introduccion de una que trae la estrechez, despues por otra mayor

y así sucesivamente: pero lo principal, del método consiste en hacer pasar en un mismo día varios cateteres hasta cuatro i cinco

C) Cateterismo forzado. Data del siglo pasado. Su principal defensor es Boyer y antes que éste Roux, Chopart y Desault.

Para practicarlo Boyer se servia de una sonda metálica cónica. Introducia su índice izquierdo en el recto y con la mano derecha conducia la sonda hasta la estrechez. Forzada ésta la llevaba hasta la vejiga dejándola en ese sitio por cuatro dias, pasados los cuales la extraia y reemplazaba por una de caucho de igual volúmen. Esta sonda de caucho la cambiaba de ocho en ocho dias por otra cada vez mas gruesa.

Tal procedimiento sufrió una reforma con el profesor Mayor que en lugar de hacer uso en la primera sesion, con la sonda cónica introducia siete cateteres de estaño sucesivamente mas gruesos, iniciando sus maniobras

con el menos.

D) Dilatación ó dilatación brusca. Se practica con el instrumento de Vallemier llamado dilatador que consta de lo siguiente: Tiene la forma de una sonda encorvada que soldada en su parte inferior, presenta dos láminas de acero. Se le adiciona de un mandril, que acaba en una parte cónica, que al ser cortadas las canaladuras que lo forman recuerdan la de una.

Para hacer la operación se introduce primero el conducto, una vez en su puesto, se abren sus ramas colocando en las ranuras del mandril y de un golpe se hace penetrar este hasta la vejiga. Luego se retira todo el instrumento, continuando la dilatación con el auxilio de los catéteres.

En fin, otros procedimientos

E) Las inyecciones forzadas. Han sido ejecutadas con aceite, agua, mercurio, etc sin gran resultado, siendo sus autores Amussat, Roybard, Sommering y Brainingham, que conocidos los han abandonado.

— Tratamiento por cauterizacion. —

— Esta manera de curar las estrecheces uretrales tiene su origen á principios del siglo XIII.

El primero que lo refiere empo trabajo han llegado hasta nosotros fué Amatus Lusitanus que no era otro que Juan Rodriguez, judio portugues y cirujano de aquella época.

Operaba con bujías de cera blanca bien endurecidas, en número de veinte y con otros de plomo.

Cada una de estas diferentes bujías tenia un canal lateral lleno de una sustancia cáustica especial que él mismo preparaba y que nadie conocia.

Amatus Lusitanus comunicó su procedimiento á su maestro Alderete y este hace una relacion por la cual refiere que habiendo llegado á curar á un negociante frances que se fundo en sus manos, si un médico — nada mas que teórico — no hubiera, en ausencia suya, tratado de curar al

mismo enfermo usando las inyecciones de Lacuna las que le ocasionaron la muerte.

Su caústico era el siguiente: Tomaba una buena cantidad de cinabrio fuerte y en ella ponia dos partes de alumbre, dos de orpimente y dos de vitriolo verde; esto mezclaba la ponia al sol, despues de desecarla la pulverizaba finamente exponiendola ál ossa yo- colaba por ocho dias. — Este polvo le agregaba á un ungüento compuesto de dos onzas de litargirio y cuatro de (unguento) aceite rosado, hasta consistencia de.

Ferri, Lacuna, Alejandro el Griego y otros conocian y empleaban caústicos semejantes.

Ambrosio Pare se valia de este mismo sistema, pero antes raspaba las estrecheces para que produjeran mejor efecto. A esto siguió Inyeccion que como ya he dicho se hizo celebre por su curacion á Henrique II.

Todos estos procederes se usaron sin protesta hasta la epoca en

que Theodoro de Turquet manifestó por su escrito que había visto morir enfermos en medio de los mas grandes sufrimientos. Recomendó desde entonces las cauterizaciones suaves, blandas y usarlas con cuidado. Termina sus relaciones con estas palabras: "En fin el mejor secreto para curar las carúnculas consiste en proceder lenta mejor que precipitadamente".

Todos estos procedimientos fueron desarrollándose hasta fines del siglo pasado que entró en furor. Con el apoyo de Chopart y Desault comenzó á decaer y solo renació con el empleo de Hunter y su discípulo Home que sustituyeron aquellos cáusticos por el empleo del nitrato de plata hasta hoy en uso.

Los procedimientos se reducen á la cauterización de delante á atrás y la cauterización lateral.

Procedimiento de Hunter: En primera curación se refiere á un joven al cual no pudo pasarle la mas fina bujía. Entonces hizo una cera en cuya extremidad colocó un trocito de nitrato de plata. Con

llegó á la estrechez: allí la detenía solo un minuto, repitiendo en maniobra tres o cuatro veces. Con un dia de intervalo fue siguió en tratamiento hasta una mañana que se sorprendió de no encontrar el obstáculo.

Consiguió sucesivamente su bujia fuse en ella solo curaba las de la porcion recta de la uretra y encorándola consiguió llegar á las otras porciones. Usaba despues de franqueada la estrechez, otros instrumentos como dilatadores

Procedimiento de Home. Partidario y discípulo de Hunter, aprendió de él en tratamiento. Comenzaba por reconocer el sitio de la estrechez valiéndose de una bujia 9. introducia hasta encontrar obstáculo. El punto correspondiente al meato lo marcaba con tinta en esa como la que introducia después con el cáustico haciendo la permanecer un minuto y esto por varias veces. En algunos individuos hacia sus maniobras por doscientas, trescientas y tambien quinientas veces.

Procedimiento de Leroy. Este operador modificó los instrumentos conocidos, haciendo construir uno formado de manera que

llevaba el cáustico y á favor del cual se le imprimia un movimiento circular.

A estos procedimientos haremos conocer otros basados en la cauterización lateral. Son los siguientes:

Procedimiento de Whately. Reconocida la estrechez, armaba en el extremo de una bujía un trocito de potasa cáustica del tamaño de la cabeza de un alfiler, cubriendola de cera á que estaba. Entibiaba en seguida en cubierta con aceite y la introducia rapidamente. Todo debia estar hecho en tres minutos incluso la extraccion de la bujía.

Procedimiento de Ducamp. Este autor usaba el porta cáustico que lleva su nombre que viene á ser lo siguiente: una sonda de caucho con seis milimetros de espesor, de extremidad inferior abierta. Por esta sonda se introduce un mandril de metal, cuya parte inferior, de plata, lleva en su interior el cáustico. Se introduce el instrumento de manera que el cáustico este protejido por la sonda y solo se le usa cuando toca con la estrechez. Este operador practica diariamente lavados en el procedimiento usando siempre de dilatadores.

Tratamiento por inciones. —

También se ha recurrido á las inciones para el tratamiento de las estrecheces. En esto consiste la operacion de uretrotomia que puede ser de dos clases: interna ó externa segun que sus secciones se ejecuten dentro ó fuera del canal.

— Uretrotomia interna. —

Desde la epoca de Tierni data el origen de este procedimiento que sucesivamente fué sostenido y continuado por Ambroes Pares, Francis Diaz Cirujano español; y el operador frances Mr. Viguerie.

A estos siguieron otros que inventaron instrumentos especiales é modificando los ya conocidos gozaron de bastante credito. En el siglo pasado Physick y en el presente Arnolt y Mac Ghie. Sin embargo de estos fueron los que dieron construir un verdadero uretrotomo cabiendole este honor al Cirujano Amussat quien presentó tal instrumento

á la Academia de Medicina de Paris el año 1824.

Despues de este año y en adelante los uretrotomos han mejorado cada vez mas como lo comprobaremos al describirlos.

Procedimiento de Ambrois Pare.- Valiase de una sonda cortante ya recta ya curba La sonda recta tenia en su estremidad uno ó dos aberturas cortantes que al contacto de la estrechez la cortaban y disminuian. La sonda curba carecia de aberturas, en cambio se valia de un estilete que la atravesaba y terminaba en su estremidad en una media esfera cuyo borde era cortante. La manejaba con movimiento de va y ven

Procedimiento de Francisco Diaz- En su obra refiere un procedimiento y dice que debe recurrirse á él en último estremo. Una sonda curba y abierta por sus estremos era introducida por la uretra hasta la estrechez y con un rastago de plata cortante que la atravesaba quitaba las escrecencias que encontraba.

Procedimiento de Thycick. Refiere por el autor. Se valia para operar de un instrumento cortante parecido á un bisturí.

Procedimiento de Mac Ghie. Fué el primero que usó el conductor para servirse de guia. Su instrumento difiere poco de los anteriores

Procedimiento de Amussat. Ejecutó su uretrótomo en 1824. Este compuesto de un mandril y una cánula. Esta tenia á los lados varios alerones todos cortantes; pero como se le presentaran dificultades, corrigió y empleó el siguiente: una cánula con una escotadura y un mandril que en su extremidad tiene una lamina cortante. Con este instrumento consiguió hacer operaciones mejores que sus antecesores y dió origen para que muchos otros aprovecharan de sus inventos.

Procedimiento de Leroy.- Se sirve en sus operaciones de varios uretrótomos. El mejor consistia en una cánula terminada por un ensanchamiento oliar y el mandril cuya punta terminaba en dos laminitas cortantes

Procedimiento de Ricord. Usaba dos uretrótomos y escarificadores. Eran formados por una cánula con una ranura en toda su longitud, terminando como una corneta acanalada. Por ella se introducia ó bien una laminita de 2 milimetros de

altura y un centímetro de largo o bien un verdadero cuchillo que se maneja desde la extremidad dela cánula.- Procedimiento de Civiale.- Este tratadista empleaba dos uretrótomos, uno cerrado en una lamina fija sobre la cual se desliza otra igual provista de un talle oliva o cilíndrico con dos tornillos de presion y una corredera.

El 2º es un instrumento demasiado complicado y entro en desuso por considerarlo inutil si se carece de

Los procedimientos de Caudmont. Reybard y Civiale difieren en muy poco.

Procedimiento de Maisonneuve. Es bastante conocido para describirlo asi como el de Voillemier, y otros.

Es necesario tener presente que todos los procedimientos que acabamos de indicar necesitan para su uso el auxilio delas dilataciones posteriores.

Uretrotomia externa.

Los escritos de Rhazes del siglo X y los de Avicenna del siglo XI. son los datos mas antiguos de que se puede disponer para buscar en ellos el origen

de este tratamiento.

En 1652 Richard Vreeman ayudante del Cirujano inglés Edward Molins, dice, que no á su maestro abrir la uretra cerca del cuello de la vejiga, encontrándola tan dura como un cartílago.

Dolinger Cirujano Holandés incindió toda la uretra con el fin de colocar cáusticos en su interior para destruir las carnosidades, después de lo cual cubrió los labios de la herida y consiguió su curación.

Lusperes del Corazón Cirujano francés Colot. Tolet, Palfin y Col de Villars, cada uno practicó operaciones de esta naturaleza consiguiendo mas ó menos buen resultado no solo como tratamiento de la estrechez si que tambien en las relaciones de orina.

Con ambos fines operaba Sedran del que se conserva una historia con motivo de un caso de estrechez operado por él.

Astruc dice que este proceder no es bueno y Sharp lo defiende con buenas razones

En 1786. Chopart lo empleó con muy buenos resultados. Cinfin fué generalizandose cada vez mas el procedimiento de abrir la vegiga por su parte esterna y sucesivamente operaron Thomas Cheraliér, Grainger, Arnott, Guthrie, Benjamin Brodie y Prieto.

Pronto este metodo quedó en descrédito y solo en 1826 Syme de Edimburgo llamó la atencion del mundo científico.

Hé aquí como describe su manual operatorio: El operador frente del enfermo, sentado ó de rodillas. Con un bisturí recto hace una incision de 24 á 30 milímetros sobre la línea que ocupa la estrechez. Mete el en la vejiga con la mano izquierda el catéter que ha introducido de antemano y volviendo el corte hacia arriba, apoyando el dorso en su dedo indice sobre el estrechamiento de abajo á arriba hasta llegar al conductor. Concluido esto introduce una sonda de plata por el meato hasta la vejiga y la deja allí cuarenta y ocho ó setenta y dos horas.

Recomienda especial cuidado en no herir la aponeurosis media del perine y hace la operacion en dos sesiones.

Por ultimo, otra variedad de este manual es operar sin conductor.

Se coloca una sonda acanalada por el meato hasta la estrechez. Alli se fija por un ayudante, se cortan los tejidos hasta llegar a la sonda. y luego se pasa por el estrechamiento la misma sonda, un estilete, etc sobre lo cual se corta. En seguida se pasa desde el meato una sonda a la vejiga.

Esta eccision sera motivo de otro capitulo. —

Eccision de la uretra.

Hbe llegado, Señores, al punto principal de mi trabajo, a describir el procedimiento operatorio conocido con los nombres de Eccision y Resection de la uretra y aprobar de la mejor manera que es un tratamiento excelente para las estrecheces

Las operaciones practicadas desde hace dos siglos sobre la región perineal, con diferentes fines, fueron progresando sucesivamente, consiguiendo dar origen á la operacion llamada Cautomiere por los franceses.

Esta operacion consistia en abrazar la uretra desde el exterior y llegar á la vejiga, ofreciendo desde entonces un conducto nuevo para dar salida á su contenido.

Operaciones posteriores fueron mejorando estos procedimientos que como he dicho eran para la estraccion de cuerpos extraños de la uretra, para cálculos vesicales, etc. La mejor descripcion que se hace de ella es la de Avicenna que dice a la letra Quando urinae fit difficultas et retinetur causa lapidis vesicae, et non sentit ad scindendum propter aliquid quod prohibet, aut propter timorem, tunc de hominibus est aliquis qui ingeniatur, et in eo, quod est inter anum et testiculos scissuram efficit parvam et ponitur in ea cannula ut egrediatur"

Marianus la practicaba de la manera siguiente: Colocaba al operado en una cama alta, acostado

de espaldas y con los muslos flexionados; un ayudante, de pié, se situaba al lado derecho, á la vez que suspendía el escroto, ponía los muslos á los lados del canal uretral. Introducía en seguida un catéter acanalado y poniendo en tierra una de sus rodillas se disponía á la operacion. Con su mano izquierda tomaba el catéter y lo rascullaba haciendo emergencia en la uretra, mientras que con la otra, armada de un bisturí que tomaba como pluma de escribir, incindia la uretra, ya sobre la línea media, ya sobre los costados en una extension de 3 ó 4 centímetros descendiendo hacia el ano. Abandonaba el instrumento cortante y reemplazandolo por un gorgerete lo introducia hasta la vejiga que luego era sustituido por una sonda, dando asi salida á la orina.

Simplifico la operacion Thévenin, quien no usaba del gorgerete. Abierta la uretra introducia un estilete del cual se guiaba para poner una sonda, consiguiendo el mismo fin.

Después Colot hizo una referencia á la Academia de Medicina agregando que había operado con regla y sin apoyo.

Francisco Tolet, Cirujano francés del siglo pasado; operaba como sus maestros y decía que si antes de la operación era trabajosa la introducción de las sondas, después de ejecutada se podía pasar cuantas quisiera.

A estas descripciones de la abertura de la uretra, encima y debajo de la estrechez, sucedió las de las uretrotomías externas por autores desconocidas.

En el siglo XVII fué Solingen, quien primero la practicó. Fué su enfermo un soldado que parecía de vegetaciones callosas. Después de tentativas inútiles para curarlo, decidióse á abrirle toda la uretra á partir por debajo del glande, cauterizó en seguida sus callosidades y por medio de puntos de sutura consiguió la cicatrización de tan vasta herida. En Inglaterra había practicado la misma opera-

con con muy buen éxito.

—El 20 de agosto del 190, Co-
lot, fué conducido á practicar esta opera-
ción, en vista del fétimo estado en que
se hallaba un enfermo que no pasaba
hacia seis días.

Continuaron estos trabajos
J. L. Petit, Grainger, Brodie, Lawrence, etc
y apesar de las guerra que en esa epo
ca se hizo procedimiento, no desaparecio
gracias á Syme que luchó para el bien
su protección.

Fué el mismo Syme quien
estudió las ventajas de la metástasis
externa con y sin conductor—

Vallemer critica dos pro-
cedimientos de Wiseman uno, y de Lavauer
otro los que operaron estrecheces de la uretra
de fuera á adentro, sin conductor, ex-
trayendo trozos de callosidad.

La transicion de estas ope-
raciones á la verdadera exacion de la ure
tra no la he encontrado, pero si el pri-
mero en practicarla que fué Henri Ro-
bert como se verá por la siguiente
relato.

Hacía quince años que padecía de una estrechez un negro de cuarenta años de edad. La dilatación en todas sus formas fué el tratamiento empleado por muchísimo tiempo en su curación. Inútil fué todo esfuerzo por pasar una sonda por dilatada que fuese. En vista de esto el Cirujano Dulgas se decidió operarlo. La estrechez tenía una pulgada de longitud y era debida probablemente á chancros que el enfermo acusaba haber adquirido 18 años atrás.

El 7 de Junio practicó una incisión á lo largo de la línea media de la uretra hasta descubrirla, encontrando la induración la circunscribió con el cuchillo escindiéndola en su totalidad. Puso en seguida una sonda gruesa de goma elástica y con tiras de esparadrapo reunió los bordes de su incisión.

Cinco días después la herida se reunió por primera intención. El 13 de Junio retiró la sonda y reemplazola inmediatamente por otra. Repitió asimismo la curación y continuó de esa ma-

nera hasta el 1º de Junio. A partir de esa fecha no se le hace al operado ma niobra de ninguna clase. Permanece en el hospital dos meses mas y el 1º de Setiembre feuvi su alta. En esta fe= cha el enfermo estaba completamente curado de su enfermedad de quince años.

Bourguet cita dos casos uno de un ministro que entró á su servi= cio cinco años despues de haber sido ope= rado por Syme y otro operado catorce meses antes por Goyrand.

En ambos practicó Bourguet la excision de la uretra= ralcerada del testiculo y tambien de la bejera. Cortados las estrecheces, puso una sonda gruesa de goma elás= tica, que reemplazaba frecuentemente.

En el primer caso la herida degeneró en una pequeña fistu= la que se curó bien pronto. Bourguet encontró este ministro ocho años mas tarde y supo comenzar de su com= pleta curacion.

El segundo operado no tuvo buen fin. Sucumbió á consecuen=

ca de infección purulenta, cuatro días después de operado.

Vollemer ha sido uno de los enemigos de este método y sin embargo refiere la descripción de una, ejecutada por él mismo y que tuvo buen resultado. Se expresa así:

" He practicado una sola vez la uretrotomía externa con excisión en un hombre que tenía un estrechamiento desarrollado á consecuencia de una coz de caballo dada en el perineo. A la continuación del meato urinario en la parte inferior de la uretra un tumor del tamaño de una avellana, alargada. La micción se hacia gota á gota y era imposible introducir una bujía ó un estilete. Hice sobre el raphe una incisión de 4 centímetros y llegado sobre el tumor me convencí pronto que no podia evacuarlo sin comprometer profundamente los cuerpos cavernosos que estaban comprendidos en la cicatriz. Me limité, pues á separar la porción en la cual toda la pared inferior de la uretra me parecia comprendida

La operacion de la ex-
cision ganaba en adeptos, suscitan-
dose discusiones respecto á la coloca-
cion de sonda permanente despues
de practicarla.

Voillemier decia que la
colocacion de la sonda era necesi-
dad obligatoria. Horteloup negaba
esta asercion como lo demuestra la si-
guiente observacion suya:

Un individuo de cincuenta
y tres años entró á su servicio en el
mes de noviembre de 1881. Tuvo doce años
antes una blenorragia que no se cu-
ró, al menor exceso se repetian los
accidentes. Un mes antes de su ingreso
al hospital la miccion fué haciéndose
difícil y dolorosa. Presentaba en el
meato genito-escrotal dos trayectos fistu-
losos. Examinado cuidadosamente
encontró una estrechez infranqueable
y al tacto rectal obtuvo una dureza
extremada.

Pocos dias despues de ingre-
sar le sobrevinieron dos abcesos urinosos
que fueron debidados. Una vez desa-

pareció la inflamacion trató de franquear la uretra y comenzar asi la curacion del enfermo. Vanos esfuerzos fueron todos; no consiguio de ningun modo introducir el instrumento mas delgado.

Asi continuó hasta Marzo de 1882. El ocho fui examinado nuevamente con toda detencion, reconocido cerrado los trayectos fistulosos escotados. Decidiose la operacion que tuvo lugar el nueve.

Se dormia al enfermo se le echó en la mesa operacion y para operar la talla y procedió el profesor Hortelano de la manera siguiente:

Dos incisiones partiendo centimetro por debajo del anus marcado por la terminacion de las bolsas, ambas curvilineas, las hacia terminar en dan punto donde terminaba un antiguo orificio fistuloso cerca de la margen del ano. Las incisiones se alejaban dos centimetros una de otra y profundizando en su extension llego al canal uretral invadido

Primero con el bisturí y después con tijeras curvas excisi cuanto fragmentos callosos tuvo á su alcance restableciendo de esa manera el canal herido. Hace pasar en seguida un cateter Nº 18 y cura á su operado con la colocacion en el interior de la reciente herida. Hoja de algodon empapada en una solucion fénica.

Retiro la sonda metálica y el enfermo vuelve á su cama. Tuvo al mediodia una ligera hemorragia que fué contenida por el interior de servicio con un pinchon de tenaza-cauterio.

A partir del dia siguiente, una mejoria notable se acentúa y el 20 de Mayo el operador hace pasar una sonda á la vejiga por la abertura posterior. El siguiente dia pasada por el meato encuentra la herida llena de botones carnosos y consigue sin dificultad pasarla á la vejiga. Asi continuó hasta el 30 de Abril que quedó completamente cicatrizada.

A mediados del mes de Mayo, estando el enfermo completamente curado, se le dió de alta y dejó el hospital. Se pasaba el cateter Nº 20.

Despues de este caso presenta el profesor Horteloup que como los anteriores tuvo un éxito favorable

Ahora se trata de un individuo de diez y nueve años de edad, y que por causa traumatica presenta una estrechez infranqueable de la uretra Horteloup examinó su enfermo con bastante cuidado; despues introdujo toda clase de sondas sin poder franquear el canal y pudo encontrar en el perine una hidrocele de dos centimetros de estension.

Decidida la eleccion de la uretra procedí dela manera siguiente: Coloco el enfermo en la posicion conveniente, un ayudante levantó el escroto. Hago una incision en la linea media. tan profunda como le fué posible y llegó á la hidrocele (la incision terminaba a un centimetro y medio por encima del ano) abrió los labios del corte y encontrando la uretra flaccida, la eleccion por encima transversalmente, disecla en seguida y costeando uno borde llegó á la estremidad inferior, seccionandola de la misma manera que al

principio traumáticamente. Accidente no sobrevino alguno después de la operación. Paso como siempre una sonda de caucho gruesa hasta la vejiga sin encontrar el menor tropiezo.

El operado continuó mejorando sucesivamente. Cinco días después se le quitó la sonda gruesa que soportó sin el menor dolor. Y á los once se le puso un catéter de Pezzi que diariamente se substituía mas y mas grueso.

Al décimo tercio día la mucosa genital se encontraba completamente cicatrizada. No presentóse síntoma alguno inconveniente en el curso de la curación.

Se cuidó al enfermo con todo esmero. Tratamiento tónico, pues se encontraba algo debilitado. A los cuarenta y cinco días de operado salió de alta hoy sin que antes se le hubiera hecho toda clase de cateterismo por el mismo orificio que lo operó.

Morkos ha sido también partidario de esta clase de tratamiento y los resultados obtenidos por él han sido satisfactorios.

En Nantes el cirujano Jouon ha hecho la resección de la uretra en individuos predecendo de estrecheces infranqueables. La resección lo condujo á extraer un centímetro y medio de canal endurecido.

Pasó después sondas á la vejiga y no contento con este sutura también los labios de la incisión que acababa de practicar, con ocho puntos, todos con catgut-obteniendo un magnífico resultado.

Este operador ha continuado practicando resecciones de la uretra con tan buen resultado que en una comunicación á la Academia de Medicina de París, en la que acompaña distintos trabajos suyos sobre resecciones de la uretra, pone de manifiesto su buen éxito.

Concluye diciendo que en vista de sus trabajos, siempre que tenga un individuo con estrechez infranqueable, lo operará por la resección segura de obtener una curación segura y rápida.

Albarran, cirujano americano de residencia en Paris, y que se ha dedicado á trabajos de las vias urinarias, ha practicado mas de veinte veces la resección de la uretra.

Uno de sus operados lo habia sido dos veces antes (en su año) de uretrotomia interna. La resección cinco centimetros de canal; otro tambien operado de uretrotomia interna le resecó 6 centimetros. Ambos casos curaron con todo éxito.

En otros muchos sin operacion anterior empleó el mismo tratamiento obteniendo magníficos resultados.

El profesor Guinn, despues de operar á un individuo por la resección deduce consecuencias ventajosas para este procedimiento.

El caso citado por él era de un enfermo operado ya cinco veces consecutivas por otros procedimientos sin obtener curacion.

Sus armas anunciadas, fundentes, reclaban, con otros cauterios,

el mal estado de su vejiga. Su estado general era deplorable y sin embargo se decidió á resecar su uretra.

Excindió dos y medio centímetros de canal, encontrándolo casi tan duro como una piedra. A partir de esa época, la herida, la orina y el estado general del enfermo se modificaron notablemente y continuando así, consiguió su curación definitiva en dos meses justos.

Hostelous en un trabajo posterior refiere que ha operado de resección uretral á once individuos. lo que considera suficiente, para decidirse por él en las estrecheces infranqueables traumáticas. Es partidario de la sutura después de la operación, lo cual confirma diciendo que ha separado hasta 5 centímetros de uretra y ha suturado la herida. El resultado ha sido como los anteriores.

Heurtaux considera la resección como indispensable, dice que es el único tratamiento de la estrechez y acompaña en su apoyo varias historias de sus operados consiguiendo en poco tiempo una curación radical.

8/52

— Es partidario de la sutura y también de la aplicación de una corona permanente. La sutura la aplica tanto profunda como superficialmente y en los raros casos que relata el éxito coronó sus observaciones.

Uno de sus operados en 1886 lo reconoció el año próximo pasado, el cual le aseguró que desde aquella época no había vuelto á tener la molestia. De resto de su fractura como si nunca hubiera sufrido de ella.

Guyon el célebre operador francés, de las más urbanas no era hasta hace poco partidario de este tratamiento; pero en vista de los resultados obtenidos por otros operadores, fué puesto por él en práctica. Al practicar la resección de la uretra no la hace en su totalidad sino parcialmente, dejando una pequeñísima porción para dar lugar á que se regenere cosiéndola en ambos cabos. Admite decididamente la sutura superficial, es decir la perineal que cuantos veces la ha usado, le ha sido favorable.

Posteriormente este hábil operador especialista de las enfermedades de las vias urinarias, en una leccion dada á sus alumnos, les recomienda la reseccion de la uretra en su totalidad y termina espresandose de esta manera: No hay por que preocuparse de los estremos de la uretra: ellos se juntaran por medio de botones carnosos se regenerará y para conseguir una cicatrizacion regular y firme bastaría que hagais la sutura superficial.

Señores:

No se puede citar ya mayor número de observaciones en favor de la Excision o Reseccion de la uretra en el Tratamiento de las estrecheces infranqueables.

Yniciado este método como tratamiento en casos desesperados desde mas de dos siglos atras cada dia ha ido ganando mas partidarios hasta llegar á nuestros dias.

Ha citado, grafo abu

sando de nuestra paciencia, numerosas referencias de autores tan conocidos como experimentados y los nombres de Nélaton, Reliquet, Vaillemer, Thompson, Vignard, Laraux, Cirale, Heurtaux, Guéniu, Hortelonp, Guyon y otros poner de manifiesto sobre todo elogios la excelencia del método operatorio á que me refiero.

El principio abandonado en vista de sus malos resultados sufrió el método las críticas de sus enemigos, sin merecerlo, pues, si los daba eran merecidos solo por los que lo ejecutaban de mala manera.

Una vez desacreditado Syme, se aprovechó de él para extender y alabar su procedimiento de la uretrotomía externa; pero poco á poco, las manos acreditadas de cirujanos de nombradía incuestionable, ejecutando cada vez mejor las Excisiones convirtieron rehabilitando del olvido para convertirse en uso bastante comun.

A los cirujanos fran-

cesos modernos, en estos diez últimos años se debe esta reconquista.

Numerosas objeciones se le han hecho en vista de los casos desgraciados ocurridos después de practicarla; pero ¿qué operación ha dejado de tener malos resultados?

Se ha dicho de la resección que solo servía en caso de estrecheces infranqueables. Esto es cierto, sería temerario y hasta absurdo abrir la uretra solo por un estrechamiento inflamatorio reciente. Antes que todo se ha dicho sirve para la curación de las estrecheces que no pueden franquearse por ningun otro procedimiento.

Es infalible para los estrecheces inflamatorios de cualquiera origen el tratamiento por dilatación por bujías, catéteres y sondas.

Todo el mundo está conocedor de la bondad de aquel método Civiale, Philipeaux, Voillemier, Laroyenne en sus espléndidas obras se han encargado de demostrarlo y el celebre Thompson lo ha probado hasta la saciedad.

Lo que se pretende por esto probar que la estrechez infranqueable - reciente que rea- cede con la paciencia del práctico á la dilatacion lenta y progresiva.

Esto es altamente ridículo Mira, diez y cincuenta sesiones consecutivas, en las que se pretenda la dilatacion de un verdadero infranqueable son enteramente inútiles: el práctico se cansará asi como el enfermo y éste pedirá otra clase de tratamiento en vista del largo tiempo que sufre triste, dolorosa y esterilmente.

Otros autores prefieren la dilatacion brusca recomendando los dilatadores de Perrier y Vaillemier.

Esto carece de fundamento. y se apoyan las objeciones en la indicacion de Syme, de que no existia estrechez infranqueable. En la actualidad el mundo científico desmiente tal opinion. La estrechez infranqueable es un hecho cierto.

Cuando á la reseccion se han hecho estas objeciones, entonces se ha dicho que la uretrotomia interna

por cualquiera procedimiento y en especial, por el de Maissonneuve, era preferible.

Agregase á esto las consecuencias á que se expone la resección como infección purulenta y muerte, infiltración de orina, degeneracion en fistula y otras.

Si se opera con todas las reglas del arte estos inconvenientes desaparecen como han desaparecido de tantisimos manuales operatorios hasta llegar al estremo que se ha llegado de intentar, al cistoscopio abierto cualquiera cavidad como medio de hacer el diagnóstico.

Es sabido tambien los inconvenientes que presenta la uretrotomia interna en el tratamiento de las estrecheces para que nos detengamos en señalarlos.

No ha faltado tampoco quien nos prefiera la cauterizacion, la dilatacion y ambos combinados para tratar con éxito y alcanzando curaciones en las distintas estrecheces; pero las objeciones hechas las han dejado sin valor alguno.

Señor Decano

Señores:

Mi práctica es escasa y mi opinion muy humilde; pero no obstante, debo declarar que en vista de las observaciones hechas en este pobre trabajo y lo presenciado por mi en mis siete años de estudio me consienten y autorizan para declarar que los pocos casos que he visto curarse de estrechamiento infranqueable son debidos al tratamiento por la Resección.

Como complemento de este trabajo doy á continuacion las historias clínicas seguidas con este fin.

Augusto Lima

Lima Octubre 30./892.

Historia Nº 1.

Estechez traumática de la uretra. Resección - Curación.

Luis Uribe, indio, natural de Orajillo de 29 años de edad, de temperamento sanguíneo - constitución fuerte hace dos años que sufre de fiebres subintrantes y que no orina normalmente.

Ingresó al hospital "Dos de Mayo" el 1º de octubre de 1888 y ocupó desde ese día la cama Nº 8 de la Sala de S. Antonio.

Sano desde su nacimiento - así como sus padres - ha gozado de buena salud y que el único malestar que experimenta es el no poder orinar con libertad desde mucho tiempo atrás. Uribe desde 1880 y á causa de la guerra de esa época sentó plaza en Canta en uno de los batallones del voluntario y fué enrolado en Lima en uno de los del Ejército.

Su conducta tal vez no fué buena cuando merecio ser flagelado por ese motivo cual hiciera, posteriormente, pues á fuego por las huellas que aún conserva en

su cuerpo se le aplicó por todas partes.

A consecuencia de una chicotazo dado en el lado uctral del pene, produciéndole una herida como de dos centímetros comenzó á sentir fiebres en la micción. Ingresado al hospital de S. Bartolomé fué asistido por el Dr. Garoja y salió del hospital sin estar curado.

Actualmente presenta una dureza en el tercio de la pene cabonosa y en la cual se detiene la sonda cuando se pretende pasarla.

Todo tratamiento fué inútil para curarla, en vista de lo cual el médico del servicio se decidió á practicar la escisión de la estrechez.

Lo dicho en esta historia hasta aquí pertenece al interno del servicio D. José S. Rodriguez. La ha continuado el que habla.

A este enfermo como a los otros cuya historia relato se les dió cloroformo. Colocosele en la misma posición que á los operados de talla perineal y levantados los bolsas, procedió á la limpieza y desinfección de los trayectos fistulosos. Por uno de ellos penetraba perfectamente una sonda núme-

ro cuatro.

Practicó la operacion como lo aconseja Hostelucq. Llegó bien pronto á la celebel y exciси completamente la parte enferma. La operacion tuvo lugar el 11 de diciembre.

En esa tarde tuvo un ligero enfriamiento que hacia para no volver. Es de advertir que se le reconcentró la mayor quietud y la condicion expresa de no tocarse la corona de 12 que tenia fijada.

El 16 dbre. se cambió la corona. Se retiró un trocito de esponja preparada de uno delos trayectos y cauterizó con una solucion debil de sulf. zinc.

El 18 desapareció uno de los trayectos, los otros mas grandes fueron desapareciendo hasta que el 30 no salia mas que una gota de orina desde entonces la corona solo se usaba tres veces al dia y tres en la noche. La mejoria del enfermo se acentuaba cada vez mas. Pasaba una ó dos horas. El 14 de Enero comenzó á pasarle cateteres diariamente hasta conseguirlo con el numero 38, quedando el enfermo completamente curado el 29 de Enero.

Historia N.º 2.

Estrechez infranqueable antigua
Resección - Curación.

Dorotea Sarco, linfático - temperamento, viudo, de 32 años, ocupó la cama N.º 2 de la Sala de S. Antonio, el 6 de noviembre de 1888. Interrogué al enfermo y me contestó esto: "He tenido hace muchos años una supuración que no se me quitó hasta el día que me fué imposible orinar por el caño" Tiene trayectos fistulosos perineales y escrotales de donde sale continuamente una regular cantidad de orina: Su estado general es bueno.

Traté de pasarle una sonda lo que hice después de vencer la resistencia del enfermo que me decía que en tantos años su caño se había cerrado. No pude introducir mas que 9 centímetros. Con la sonda N.º 1. y la barba de ballena fué lo mismo

Al poco rato llegaba el médico de la sala y al examinar éste enfermo hizo las mismas tentativas de cateterismo consiguiendo resultado nulo.

De me ordeno colocar en cada trayecto fistuloso un tallito de laminaria á fin de dilatarlos y cauterizados después; anuncio en seguida la Resección para la mañana siguiente.

El 7 no pudo concurrir el operador al hospital y tuvo lugar el 9.

Introducida una sonda numero 3c (metálica) hasta la estrechez, hizo por fuera la seccion de los partes blandas aprovechando de dos aberturas fistulosas que le sirvieron de limite. Con dos separadores, alejó los bordes de la incision y costó francamente la uretra encima y por debajo de la parte estrechada, prenzamente aislada. Fijóle una sonda Nº 12.

Dia 10- El enfermo amanece bien, la orina sale por los trayectos, por la incision y por la sonda.

Dia 11- El mismo estado- Remuévase la sonda-

En los dias anteriores hasta el 20 ha ido disminuyendo la cantidad de orina y se han cerrado cuatro trayectos. La incision esta roja- supura muy escasamente y se suprime el 24 que amanece muy reducida. Desde el 30 Eclepaire sonda seis veces en veinticuatro horas- El 20 de diciembre

la curacion estaba concluida.

Historia Nº 3.

Esta se refiere á un escoces nacido en Edimburgo, marinero, fuerte, que trabajaba en un buque mercante ingles sufrió un golpe en la region perineal que le ocasionó una estrechez infranqueable.

La cama Nº 1 de la sala de S. Andres le dió lecho. Fué operado el 16 de Enero de 1889. Usado el mismo procedimiento que para los anteriores se obtuvo la curacion en un mes. Permaneció en el mismo hospital Dos de mayo como convaleciente en la sala de S. Lorenzo. Fué posteriormente ocupado como peinador. Este individuo falleció poco despues de un ataque de delirium tremens en el servicio del Dr. Quiroga.

August Lima

V. B.

Replicantes=

L. S. A. Alarco

" V. Vera

" J. Hernandez Dávila

- 11352

UNMSM - FM - UBHCD

010000073020