1883

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
DE LIMA
10656

Tesis

que

para obtener el grado de Bachiller

en

Medicina

presenta el alumno Ramon B. Herrera

relativa al tratamiento de las

estrecheces orgánicas de la uretra

1883

Aprobada

Dr. Salazar

" Silva

" Corvalán

Señor Decano:

Señores Catedráticos:

La necesidad impuesta hoy el Reglamento general de Instruccion Pública, en la parte referente á opcion de grados, me pone en la dura situacion de presentaros un trabajo, trabajo que, por grandes que fueran mis esfuerzos, no podria jamas estar á la altura de nuestra elevada ilustracion; y, me he decidido á ocuparme del "tratamiento de las estrecheces orgánicas de la uretra" guiado por las sábias y firmes doctrinas que, de vosotros he recibido, y que me han servido de base para tratarlo.

No tengo la intencion de pasar en revista todos los medios que se han propuesto para llevar á cabo el tratamiento á que me refiero, sino únicamente hacer una descripcion clínica de lo que he visto emplear con éxito en los hospitales.

Comprendo que notaréis grandes imperfecciones; pero, falto de conocimientos bastantes, sin esperiencia personal y conciendo en todo su alcance lo difícil que sería, para las escasas fuerzas que me asisten, el hacer un trabajo completo, confio, sobre todo, en la bonda

que os caracteriza, para disimilarlas.

Tratamiento
de las estrecheces orgánicas de la uretra.

El tratamiento de estas estrecheces tiene por objeto volver el calibre de la uretra á su estado normal, y conservar la ampliacion necesaria para el ejercicio regular de sus funciones.

Las estrecheces presentan diferencias en su volúmen, en su estension ó en la sensibilidad local que trae, por consecuencia, reacciones simpáticas que se conocen con el nombre de accidentes generales. Se comprenderá, pues, que el tratamiento tiene que variar segun la naturaleza de la estrechez.

Siendo tan variado el número de procedimientos que se han inventado para curar las estrecheces de la uretra, se encuentra uno perplejo cuando se trata de reunirlos con órden; pero, no obstante, mirandolos bajo el punto de vista de las indicaciones, como lo hacen algunos autores, es fácil llegar á una clasificacion.

Con dos grandes métodos principales se pueden agrupar todos los procedimientos y sub procedimientos que conocemos, y entre estos se coloca un tercero que participa de ámbos.

El primero se reduce a dar al conducto uretral su calibre primitivo, pero con lentitud y poco à poco

En el segundo, se propone llegar al mismo fin, pero rápidamente y de porrazo.

En el tercero, se le da cierta dilatacion que, si bien no es la que se debiera, es bastante para que, con maniobras posteriores, se obtenga el resultado que se desea

En el primer método, tenemos todos los procedimientos que, sin determinar solucion de continuidad, tienen por objeto dilatar la estrechez, sea de una manera gradual, sea permanente.

En el segundo, que trae consigo una herida de la uretra, se hallan comprendidos: el cateterismo forzado, la uretrotomia en general, la divulsion y la cauterizacion

Por último, en el tercero, que se ha formado de uno y otro de los anteriores, estan comprendidos los procedimientos de Perreve y Corradi.

No es mi ánimo ocuparme de todos los procedimientos y sub-procedimientos comprendidos en esta clasificacion, como lo he manifestado ántes, sino únicamente de los que he visto emplear en mi práctica; y, para proceder con método me ocuparé sucesivamente:

I° — De la dilatacion gradual
II — De la divulsion
III — De la uretrotomia interna
IV — De la uretrotomia externa
y V — agrego algunas observaciones hechas en el hospital

I – Tratamiento de las estrecheces por la dilatacion gradual ó progresiva.

Este método de tratamiento que consiste en introducir candelillas cada vez mas gruesas con el objeto de hacer que el conducto vuelva á tomar sus dimensiones normales, se supone que obre de dos maneras: primero, mecánicamente; segundo, determinando, al nivel del obstáculo, una inflamacion favorable á la reabsorcion de la linfa derramada. Puede ser temporal ó permanente, segun que se haga por un tiempo mas ó ménos corto, ó sin interrupcion.

Antes de pasar al modo como se trata una estrechez por la dilatacion gradual, seame permitido decir dos palabras sobre los instrumentos.

Los instrumentos que se emplean para tratar las estrecheces por este método son las bujias y las sondas. Las bujias ó candelillas son varillas macizas, cónicas ó fusiformes, destinadas á explorar, franquear y curar las estrecheces de la uretra. Pueden ser blandas ó rijidas: las primeras estan formadas de cera ó goma elástica, y las segundas son de ballena ó metálicas. Las de cera, utilizadas en otro tiempo, para tomar el molde de la ante-cámara de la estrechez y la situacion de la abertura de la misma, estan abandonadas por la mayor parte de los cirujanos actuales, y reemplazadas por las de

goma, que son las mas usadas en el dia.

No estan acordes todos los cirujanos con respecto á la forma que debe tener la estremidad de la bujía Vollemier la hace terminar en cola de raton, es decir, en punta muy afilada, para otros, como Guyon y Civiale la estremidad debe tener casi el mismo volumen que el cuerpo. En la actualidad, las candelillas cónicas terminan por una pequeña dilatacion olivar, detras de la que, conservan su tenuidad.

No estando siempre el orificio de la estrechez en el eje mismo del canal, los autores han aconsejado dar diversas corvaduras á la estremidad de la bujía, y Civiale para que tengan consistencia y conserven su forma, les da un baño de colodion.

Las bujías rijidas de ballena ó de metal, son muy peligrosas, porque esponen á formar falsos camino Vollemier las aconseja tan solo cuando la estrechez es muy dura, y su orificio no está en el centro.

Las sondas ó algalias, destinadas á la evacuacion de la orina, y como las anteriores á la curacion de las estrecheces, son tubos cilíndricos, flexibles ó rijidos, rectos ó curvos, y abiertos por sus dos estremos. A la estremidad de la sonda, donde se encuentran dos aberturas laterales, se le llama pico ó punta, que, generalmente es redondeada, y á la estremidad opuesta se la denomina pabellon.

Las sondas son, como las bujías, blandas ó rijidas: las primeras son de goma y toman las direcciones

del canal, por medio de una tira metálica que las atraviesa, denominada mandrin; las segundas son de diversos metales, siendo las mas comunes las de plata.

Las sondas de goma mas usadas actualmente son las francesas é inglesas, diferenciandose por la graduacion de su escala y por su elasticidad. En efecto, los franceses toman el milímetro como punto de partida para la graduación de su escala: el número 1 representa un milímetro de circunferencia, el 2, dos milímetros, y así sucesivamente hasta el número treinta, graduacion mucho mayor que la inglesa. Los ingleses gradúan de distinto modo las sondas: la numeracion es del uno al doce, correspondiendo este último al 21 de la escala francesa. Los instrumentos flexibles franceses son los mas suaves, se les puede enrollar en el dedo con facilidad, al paso que los ingleses nó; pero, en cambio, tienen una cualidad importante, que es conservar, despues de frios, la forma que se les ha dado por el calor.

Los instrumentos blandos deben, en la mayoría de los casos, reemplazar á los rijidos, en razon de que estos tienen el inconveniente de producir falsos caminos, hemorragia, inflamacion, escalofrío y fiebre. Verdad es que con los blandos pueden sobrevenir tambien estos mismos accidentes; pero, no son tan intensos ni tan frecuentes como cuando se hace uso de los rijidos.

Volviendo al tratamiento por la dilatacion

observamos que pueden presentarse dos casos: primero, que las estrecheces sean fáciles de franquear, y segundo, que sean difíciles. Examinarémos en uno y otro caso lo que conviene hacer.

Primer caso.— Tratamiento de las estrecheces fáciles de franquea — Recordando las relaciones que tiene la uretra en el perine será útil para examinar al enfermo, colocarlo en una posicion favorable á la relajacion de los planos musculares que rodean este órgano. Se consigue esto, poniendolo horizontalmente en decúbito supino, con la cabeza ligeramente levantada, la boca abierta y las piernas dobladas y separadas.

Antes de empezar la exploracion, el cirujano sabrá que instrumento debe tomar, por los datos que adquier del enfermo. Con efecto, si es un individuo que ha tenido una ó varias blenorragias de larga duracion y que orina con dificultad, en este caso, se trata de una estrechez y la sonda ordinaria de plata no podria pasar; entónces tomará una candelilla de estremidad olivar. El cirujano debe colocarse de preferencia al lado izquierdo del paciente, coge el pene con su mano izquierda, echa el prepucio hácia atras, aplica, en seguida, detras de la corona del glande el pulgar por un lado, el índice y el medio por el otro, afin de no comprimir el conducto, y levanta el pene, poniendolo en una direccion casi perpendicular al tronco. Se toma la candelilla con la mano derecha, como una pluma de escribir, untada préviamente con aceite ó cerato, se introduc

con suavidad y muy lentamente en el canal, haciendola seguir á la entrada la pared inferior de la uretra para evitar que vaya á tropezar con la válvula de Guérin. Será, ademas, conveniente no llevar el instrumento por la pared superior, por ser el asiento general de las lagunas, del mismo modo que por la pared inferior en caso de falsos caminos; por esta razon se la debe introducir, siguiendo una de las paredes laterales del conducto, ayudando su progresion por medio de fracciones hechas al miembro, con el objeto de despegar la mucosa. Si durante su curso se detiene, se la retira algunos milímetros, y, en seguida, se la hace avanzar hasta llegar al punto donde tiene lugar la estrechez. En este punto es donde el cirujano debe redoblar mas sus cuidados, porque el obrar con violencia no produciria otro resultado que doblar sobre si misma la estremidad de la candelilla, ó si esta fuere muy resistente perforar las paredes del conducto, ocasionando por lo tanto, un camino falso que hace que las dificultades sean mayores. Ademas, procediendo de esta manera hace sangrar la uretra, ocasionando dolor al enfermo, y la estremidad del instrumento no penetra en la estrechez. Conviene, pues, cuando se llegue al punto coartado de la uretra, no hacer fuerza, retirarla un poco, y, despues de algunos momentos de reposo, volverla a impulsar, girandola como un eje entre los dedos; pero, de todos modos, obrando siempre con la mayor suavidad. Cuando ha franqueado la

estrechez, se la retira en seguida con la misma suavidad y lentitud con que se la introdujo, y, acto continuo se introducen tres ó cuatro, la última se hace permanecer allí durante un tiempo variable, segun la susceptibilidad del enfermo. No se puede establecer reglas fijas sobre este particular.

A los dos ó tres dias se vuelve á repetir la misma operacion, ya con mas facilidad que en la sesion anterior; despues, se hará pasar otra de mayor número que la de la víspera; y así sucesivamente se irá aumentando de una manera gradual el diámetro de la bujía cada dos ó tres dias, segun la excitabilidad del enfermo, hasta que, al cabo de un mes, poco mas ó ménos, pasen libremente por la uretra gruesas candelillas. Pero, si las primeras sesiones determinan hemorragia, escalofríos, fiebre, dolores vivos en el conducto, ántes ó despues de la miccion, en este caso, es necesario no hacer tan repetidas estas sesiones, y atender al estado general del enfermo.

Se evitará estos accidentes, administrando los sudoríficos y el sulfato de quinina, se mantendrá el vientre libre por medio de purgantes suaves, se calmará la irritacion prescribiendo el reposo absoluto y los baños tibios, y, finalmente, el uso de alcalinos para volver la orina ménos ácida.

Con felicidad, los accidentes mencionados, raras veces se repiten, y, solo despues del primer dia que principia el tratamiento, es cuando se presentan

y esto, en los sujetos irritables.

Para conservar los buenos resultados de este tratamiento es necesario aconsejar al enfermo, que se haga pasar ó se pase el mismo, de cuando en cuando una candelilla del calibre que ordene el cirujano. Si los enfermos descuidan esta prescripcion, tarde ó temprano volveran a tener la estrechez.

Segundo caso.— Tratamiento de las estrecheces difíciles de franquear.— En presencia de un caso de esta naturaleza, conviene, desde luego, colocar al paciente en la posicion que conocemos, y observar las reglas que hemos indicado anteriormente.

Se observara, como aconsejan algunos autores, el modo de orinar del enfermo. Si, por ejemplo, lo verifica en caño muy delgado ó por gotas, que es el caso mas frecuente, se principiará por introducir sucesivamente candelillas de volúmen decreciente, cuidando de que, cuando se halle detenida en su marcha, por un fondo de saco, un repliegue de la mucosa, una rugosidad, ó por fin, un relieve formado por la misma estrechez, de retirarla algunos milímetros, y despues volverla á empujar suavemente, variandole la inclinacion, tomandola entre los dedos, y favoreciendole el paso por medio del índice, apoyado sobre el perine.

Por desgracia, sucede con bastante frecuencia que la introduccion de la primera candelilla es muy difícil, y a veces imposible. En efecto, cuando intenta

-mos hacer pasar una bujía de pequeño calibre, al llegar a la estrechez, se detiene bruscamente y sin poder introducirse en su parte anterior; otras veces el instrumento se encaja, pero, queda fuertemente aprisionado oponiendose así a su progresion, y, otras veces, enfin, se introduce en una falsa vía que, generalmente, tiene su asiento por delante del punto coartado de la uretra.

Los dos primeros casos reconocen por causa la dureza de la estrechez y la desviacion de su orificio del eje normal del conducto, razon por la que, su entrada se encuentra por arriba o por debajo, ó bien a la izquierda ó á la derecha de este eje. El cirujano no debe olvidar jamas esta disposicion, sobre todo, cuando se trata de un caso difícil.

Una vez que el instrumento ha llegado al nivel de la estrechez, es indispensable, si se desea obtener buen éxito, no hacer uso de la fuerza para buscar la luz de la coartacion. En tales casos, hay que armarse de mucha paciencia y conducirse con gran delicadeza, porque, como dice muy bien Thompson "un momento en que se pierda la sangre fria, da lugar a que se cometa una falta irreparable." Por eso, con la mayor finura, se tocaran todos los puntos de la cara anterior de la estrechez, avanzando y retrocediendo, comunicando al instrumento suavemente movimientos de barrena, hasta que llegue un momento en que se encaje. El cirujano debe, pues, no distraer su imajinacion, proceder siempre con la mayor suavidad, y no perder

por un momento la calma, porque si no, está expuesto á emplear inconscientemente un exceso de fuerza, resultando, por consiguiente, fatales consecuencias. Pero, repito, no se obtiene buen éxito sino á costa de mucho tacto, de cuidados y de una perseverancia á toda prueba.

Se conoce que la bujía ha penetrado en el orificio anterior de la estrechez, cuando, al retirarla una mano ejercitada percibe la sensacion de resistencia y constriccion; esta sensacion de penetracion suele, á veces, percibirla el enfermo, sin ocasionarle el menor dolor; por el contrario, es dolorosa cuando penetra en una falsa vía, y entónces el instrumento se mueve libremente y se le puede retirar con facilidad.

Llegado el caso de que la bujía haya penetrado en la estrechez y no pueda pasar mas adelante por el espesor y dureza de ella, se procederá como aconseja Civiale y otros, a saber: mantener la estremidad del instrumento aplicada por algunos minutos contra la parte anterior del obstáculo, al mismo tiempo que ejercer una presion suave, gradual y progresiva, tirando simultáneamente el miembro sin producir dolor, hasta que, á beneficio de esta presion, se entreabra el orificio de la coartacion, y logre así, de esta manera, franquear la estrechez.

Algunas veces sucede que, despues de estas maniobras, la bujía no puede atravesar la

estrechez, debido probablemente, en ciertos casos, a la congestion de la mucosa, que aumenta el obstáculo. Cuando esto se presente se aplicaran sanguijuelas al ano y un baño general para calmar el eretismo é inflamacion, se suspenderá por poco tiempo la sesion, si hay retencion absoluta de orina, pero si no existe, se deja para el dia siguiente. Despues de este tratamiento local, se vuelve á intentar franquear la estrechez, lo que con frecuencia se llega á alcanzar. Pero si estos medios fracasaran á pesar de esfuerzos repetidos, y el enfermo es atacado de una retencion grave de orina, que no da tiempo á modificar el estado general, la indicacion es apremiante, y conviene, desde luego, evitar el peligro á que está espuesto.

Una vez que despues de grandes dificultades se haya logrado franquear con una bujía pequeña una estrechez muy cerrada, será necesario dejarla, por lo ménos, hasta el dia siguiente, y no se la debe retirar inmediatamente, porque esto sería una grave falta, puesto que, talvez, se encontrarían todavía mayores dificultades para su reintroduccion. Al dia siguiente, el conducto se ha dilatado en toda su circunferencia, y la bujía se mueve libremente en su interior, mientras que el dia anterior estaba tan fuertemente comprimida que hubiera sido necesario hacer un poco de fuerza para retirarla. Dado el caso que la dilatacion

FACULTAD DE MEDICINA DE LIMA
BIBLIOTECA

ya se haya efectuado, se reemplazará, en el menor tiempo posible, la candelilla que tiene puesta por otra mas gruesa; pero si la anterior quedase aun algo comprimida, no hay inconveniente para dejarla por mas tiempo, combatiendo la irritacion por los baños y cataplasmas, y administrando el sulfato de quinina para prevenir los accesos de intermitente que puedan sobrevenir.

Por regla general, no hay temor alguno de retencion toda vez que la orina pase entre la candelilla y las paredes de la uretra, con tanto mayor motivo cuanto que es de regla emplear candelillas de un volumen algo inferior al calibre de la estrechez. Despues se irá pasando, cada dos ó tres dias gradualmente y poco á poco, candelillas de volúmen creciente, hasta devolver á la uretra el calibre necesario para el ejercicio regular de sus funciones. Pero, si se teme que, en la próxima sesion, se han de encontrar las mismas dificultades, sea por la estrechez, sea por la presencia de falsas vías, entónces es conveniente tratar al enfermo, no ya por la dilatacion temporal, sino por la contínua. Para llevar á cabo este medio de tratamiento, se dejará la sonda en el conducto durante algunos dias, teniendo cuidado de que no sea muy gruesa y que llegue hasta la vejiga, pero, sin introducirla demasiado en este receptáculo con el fin de evitar su

inflamacion. Al quinto día, se establece por la uretra un derrame moco-purulento, debido á la presencia permanente de la sonda.

Con el fin de evitar la caida de la sonda ó su penetracion en la vejiga, será conveniente mantenerla en una posicion fija; para lo cual se anudarán algunos hilos en la estremidad libre de la sonda, y se conducirán los cabos detras de la corona del glande, donde se les fija con tiras de esparadrapo que rodean el pene.

Concluido el tratamiento se le ordenará al enfermo lo que ya he dicho, cuando se trata de un caso fácil, es decir, ponerse la sonda de tiempo en tiempo.

II.- Divulsion.

La divulsion ó dilatacion brusca, es una operacion que consiste en ensanchar rápidamente el calibre de la uretra, desgarrando los tejidos de la estrechez.

Esta operacion está indicada, lo mismo que la uretrotomia interna, cuando la dilatacion es ineficaz por la irritabilidad, dureza de la estrechez, y por otras causas que no tengo intencion siquiera de mencionar, por no haber tenido ocasion de observarlas en mi práctica; pero, en los casos de estrecheces complicadas de espasmo

la divulsion esclusivamente está indicada. Por el contrario, está contraindicada cuando es imposible ó inútil.

Es considerable el número de instrumentos mas ó ménos ingeniosos que se han inventado para practicar esta operacion. Yo, solo voy á describir el divulsor de Chompson, por ser el único que he visto emplear.

Este instrumento tiene, en su mayor parte, la forma de una sonda de pequeña corvadura; su longitud es de treinta centímetros, y su diámetro de cuatro milímetros. Se compone de dos hojas de acero, unidas por sus estremidades, las que se separan en un punto limitado, á favor de una palanca puesta en movimiento, por medio de un mecanismo interior. Ademas, este instrumento en su parte posterior, está provisto de una corredera, que señala la profundidad á que quiere colocarse, y de una aguja, que marca sobre una lámina graduada, el grado de apartamiento de los vástagos.

Antes de pasar al manual operatorio de la divulsion, es conveniente que me ocupe de los cuidados prévios, que deben observarse; porque es menester, ántes de proceder á la operacion, tomar ciertas precauciones, afin de evitar las consecuencias mas ó ménos graves que pueden sobrevenir al enfermo. Por lo tanto, el cirujano debe oponerse á las complicaciones consecutivas, modificando, de antemano, el estado general y local.

Lo que mas atormenta al paciente es la sensibilidad excesiva que esperimenta como consecuencia del eretismo é inflamacion, al mismo tiempo que la dificultad en la miccion, la que hace se efectúe lo ménos posible. Resulta, por consiguiente, que, la disminucion de la cantidad de orina da lugar á que ésta sea mas concentrada, mas acre, mas cargada de sales, y, por lo tanto, mas irritante.

Generalmente, los individuos que padecen de estrechez de la uretra, sus funciones principales están perturbadas. Una escitacion venérea, el abuso de las bebidas alcohólicas, y un exceso en la alimentacion, pueden ser causas de una retencion urinaria.

La acumulacion de materias fecales en el recto es perjudicial, porque da lugar á un desarrollo de gases que irrita, por propagacion, la vejiga.

Es, pues, de suma utilidad, poner, con anticipacion, al organismo en disposicion de poder tolerar la influencia de la operacion. Se llegarán á obtener estos resultados, atendiendo á las indicaciones generales y locales.

Las indicaciones generales se reducen á regularizar las funciones del intestino, por medio de un régimen sóbrio, una alimentacion mas vegetal que animal, y por los purgantes suaves. Al mismo tiempo se prescribirán los alcalinos, tisanas emolientes ó diuréticas, con el objeto de diluir la orina

para modificar eficazmente sus propiedades irritantes. Ademas, por precaucion, es preciso administrar el sulfato de quinina á la dósis de 50 centígramos á 1 gramo.

La medicacion local es, esencialmente, antiflogística y consiste en evitar las congestiones é inflamaciones de los órganos génito-urinarios por el reposo, baños de asiento tibios, aplicacion de sanguijuelas al ano, cataplasmas y fomentos emolientes sobre el perineé é hipogastrio.

Es de regla, ántes de proceder á practicar una operacion de la uretra, hacer que el enfermo reciba y devuelva una lavativa, con el fin de vaciar el contenido del recto, y evitar los esfuerzos de la defecacion que podria ocasionar accidentes.

Manual operatorio.— Despues de haber verificado, de antemano, la permeabilidad del conducto, se acuesta al enfermo sobre su cama con los muslos y las piernas dobladas y separadas; se introduce una sonda hasta el nivel de la estrechez con el objeto de medir la distancia que la separa del meato; se coloca la corredera en el punto que indica esta distancia, comenzando del centro de la parte dilatada del instrumento, de manera que este centro viene á colocarse en el sitio preciso de la estrechez. Hecho esto, se introduce el instrumento acostado hasta que el meato se ponga en contacto con la corredera. Despues se sostiene fuertemente

en esta posicion, cogiendo el pene con la mano izquierda, mientras que, con la derecha, se hace que los vastagos del instrumento se separen, dando vueltas á la manivela de que está provisto en su parte posterior. — Concluida la operacion se retira el instrumento y se coloca una sonda permanente que se la deja por veinticuatro horas. Despues sucesivamente se la colocara, alejando los intervalos.

Accidentes que sobrevienen á las operaciones de la uretra. — Todas las operaciones que están comprendidas en el segundo grupo de la clasificacion que sigo, dan lugar á algunos accidentes, tales como el dolor, la hemorragia, la uretritis limitada y la fiebre traumática que, como desaparecen pronto, no tienen mucha significacion; no sucede lo mismo con otras complicaciones, como la flebitis, la infeccion purulenta, las inflamaciones de los riñones y partes laterales de la vejiga, la infiltracion de orina y las colecciones purulentas que rodean la uretra. Me ocuparé solamente de los primeros.

Dolor. — Siempre que se coloca en una uretra poco acostumbrada un instrumento, cualquiera, segun la excitabilidad del individuo, se presenta el dolor con intensidad variable. Lo mismo sucede en las primeras micciones cuando, despues de una operacion, no se coloca una sonda permanente.

Hemorragia. — Este es un accidente invariable, cuya cantidad varia segun la naturaleza de la

operacion. Otras veces la produce el mas ligero roce del conducto uretral, como el paso de una candelilla, por ejemplo.

Uretritis.— Como se obra bruscamente sobre la mucosa, no se puede impedir la inflamacion que sobreviene á los pocos dias, y que se caracteriza por escozor y dolor al orinar y un derrame moco-purulento, que, unas veces dura ocho ó quince dias, y otras, se hace crónico; lo que es bastante grave, no tanto por lo que es la afeccion en sí, cuanto por su propagacion á los testículos, vejiga y riñones. Finalmente, puede ocasionar la flebitis del pene y del muslo, y como consecuencia, la infeccion purulenta.

Fiebre.— Esta puede ser consecutiva á un traumatismo, á la absorcion de la orina y á la inflamacion. La primera es, á veces, de poca consideracion, y otras, se manifiesta por cefalalgia, malestar, aceleracion del pulso y aumento de la temperatura; la segunda, que se manifiesta por no colocar la sonda permanente, está caracterizada por un escalofrío intenso, cefalalgia, náuseas y vómitos, pulso rápido, lleno y duro.

Los primeros accidentes, como el dolor é inflamacion, se combatirán por el reposo, baños tibios y bebidas emolientes; la fiebre por el sulfato de quinina.

Los cuidados consecutivos á estas operaciones se reducen á colocar una sonda permanente,

que tiene por objeto evitar el contacto de la orina con la herida, facilitar la miccion, afin de que la orina salga incesantemente, separar las paredes del conducto, y contener, por su contacto, la ligera hemorragia que se presente, como tambien precaver los accidentes que he indicado.

Finalmente, cualquiera que sea la operacion que se practique en la uretra, como la estrechez tiene siempre tendencias á reproducirse, el enfermo está obligado, para conservar los resultados obtenidos, á servirse de la sonda cada cierto tiempo y por muchos años.

III.- Uretrotomia interna.

La uretrotomia interna es una operacion que consiste en dividir el conducto uretral, de dentro afuera, por medio de instrumentos que se llaman uretrótomos.

Muchisimos instrumentos se han inventado con este objeto, unos con conductor, y otros sin él; entre los primeros, el de Maisonneuve, que es el unico que en mi práctica he visto emplear, se compone de tres partes: primero, de una candelilla flexible, de goma, una de cuyas estremidades termina en punta cónica, mientras que la otra está provista de una hembra, donde entra la espiga del tornillo, que

lleva en su estremidad vesical el conductor metálico
El objeto de esta candelilla es guiar el conductor
por buen camino, impidiendo, por consiguiente, que se
introduzca en una falsa vía; Segundo: de una varilla
que tiene la forma de una sonda ordinaria, llamada
conductor metálico, presentando, por el lado de su con-
cavidad, una ranura en toda su estension por la
que se desliza el mandril del instrumento. Esta
ranura puede, tambien, llevarla por su convexidad;
pero, en el dia, casi siempre, la tiene por su concavi-
dad, porque, de esta manera, tiene la ventaja de
no cortar sino en una parte, donde el tejido esponjoso
de la uretra está ménos desarrollado; y, tercero;
el mandril, que es un tallo metálico de unos
treinta centímetros de largo, provisto en una de
sus estremidades de una perilla, y, en la opuesta,
de una hoja cortante. Esta última tiene la forma
de un triangulo isóceles, cuya base se adhiere al
mandril; el vértice es como, disposicion por medio
de la cual es incapaz de dividir los tejidos, sir-
viendo, al mismo tiempo, para separar las paredes
de la uretra cuando choca con ellas, é impidiendo
que sus bordes, que son cortantes, puedan interesar-
la en algun punto que no sea el obstáculo.

La operacion se practica como sigue:
previamente dilatado el conducto, y aceitado el
instrumento, se introduce, primero, aisladamente por
la uretra, la candelilla conductriz, que se apelo-

tona, á medida que entra en la vejiga. En la parte que queda fuera del meato, se atornilla el conductor metálico, y, en seguida, se le empuja hasta que su estremidad haya penetrado en la vejiga. Hecho esto, un ayudante sostiene el conductor; el cirujano tira del pene hácia sí, envaina el mandril en la acanaladura, y despues lo hace caminar hasta que el borde cortante haya franqueado y seccionado la estrechez. Cuando se quiera hacer una doble incision, se vuelve ligeramente el instrumento al retirarlo.

Despues de la operacion, cualquiera que sea el instrumento que se emplee, se pasa una sonda gruesa, n.º 18, término medio, y se la deja puesta veinticuatro ó veintiseis horas, la que tiene por objeto impedir que la orina se ponga en contacto con la herida practicada en la uretra, porque determina escalofrío de principio, y la fiebre uretral, cuya precaucion se debe tener hasta que se halle cubierta por la linfa que la protege de la inflamacion. Se va cambiando la sonda de dos en dos dias durante dos semanas con el fin de oponerse á la reunion de las adherencias, y distender el tejido de nueva formacion.

FACULTAD DE MEDICINA DE LIMA
BIBLIOTECA

IV - Uretrotomia externa.

La uretrotomia externa es una operacion

que consiste en dividir desde la piel hasta la mucosa los tejidos de la estrechez

Esta operacion puede hacerse de dos modos: ó introduciendo préviamente por el meato, un conductor hasta la vejiga, ó únicamente hasta el punto donde se encuentre la estrechez. Este último es muy trabajoso por la dificultad que, a veces, existe para encontrar el segmento posterior de la uretra.

De este último modo, es del que me voy á ocupar.

Afeitado de antemano el perine, y desembarazado el contenido del recto por medio de una lavativa, se coloca al paciente en direccion á la luz, acostado transversalmente, de modo que las nalgas queden fuera del lecho, con los muslos y las piernas en flexion forzada, separadas y sostenidas por dos ayudantes en esta posicion. - Se comenzará introduciendo por el meato urinario una sonda ó un cateter acanalado hasta que encuentre el obstáculo, y un ayudante lo mantiene en la inmovilidad más completa, encargandose al mismo tiempo de levantar las bolas.

El cirujano, colocado entre los muslos del enfermo, distiende la piel con la mano izquierda, mientras que, con la derecha, coge un bisturí recto, y, hace al nivel de la estrechez, sobre la línea média de la pared inferior de la uretra, una in-

-cision de tres centímetros. Despues de esto, divide sucesivamente por capas, hasta descubrir el pico de la sonda, teniendo al mismo tiempo, cuidado de limpiar con una esponja, á cada corte del bis-turí. Una vez que se haya llegado á este tiempo de la operacion, dos ayudantes, colocados á cada lado del operador, separan despacio y todo lo que se pueda los labios de la herida, á favor de ganchos romos, con el objeto de ampliar al cirujano el espacio para poder descubrir la abertura de la estrechez.

Hecho esto, se retira un poco el conductor, y mientras que el paciente hace esfuerzos para orinar, busca en el fondo de la herida la luz de la cortacion, con el fin de introducir por este punto, un estilete acanalado, sobre el que se corta hasta mas allá de la porcion retraida del canal. Seccionada la estrechez, se introduce por el meato, hasta dentro de la vejiga, una sonda de goma que se la tiene permanentemente hasta la cicatrizacion de la herida. Pero, sucede algunas veces, que, despues de dividir la estrechez, cuesta trabajo introducir por el meato una sonda hasta la vejiga, porque la sonda se sale por la herida y, es difícil insinuarla en el estremo posterior de la uretra. En este caso, se introducirá una en la vejiga por la herida, y otra en la herida por el meato urinario. En seguida se une la primera con la segunda por medio de una cuerda.

La uretrotomía externa es una operacion

que debe reservarse para ciertos casos particulares, como por ejemplo: 1º, cuando un depósito de linfa plástica invade el tejido esponjoso de la uretra que trae, por consecuencia, una induracion de este tejido, manifestandose al esterior por virolas duras debajo de la piel del pene; - 2º en las estrecheces en que la dilatacion gradual es imposible, ó cuando no se obtiene mejoría de ninguna clase; - 3º en los casos en que la divulsion y la uretrotomía interna no son aplicables, ó en los cuales estas operaciones no hubiesen tenido buen exito.

En resúmen, la dilatacion progresiva es el método mas suave, el menos doloroso, el que se ejecuta con mas facilidad, y el que está mas exento de peligro. Por otra parte, es por el que se principia, y por el que forzosamente se completa el tratamiento, cualquiera que sea el que se empléee. Por estas razones, debe ser en general este método el elejible. Pero, cuando hay dificultad de introducir las candelillas, por la falta de elasticidad de los tejidos que resisten á la dilatacion, ó por estrecheces irritables que traen, por consecuencia, accesos febriles despues del cateterismo, ó por último,

cuando exista infiltracion de orina, espasmos y el obstáculo sea impenetrable, entónces, en estos casos, hay que apelar á otro método.

V – Observaciones.

Hospital italiano.

Nº 1.

Agustin Vacarela, natural de Italia, cocinero, de temperamento sanguineo y de mediana constitucion entró en el hospital, el 3 de Febrero de 1883, afectado de estrecheces de la uretra.

Hace seis años que tuvo dos blenorragias, ocasionadas por su vida licenciosa, que le duraron siete meses la primera, y nueve la segunda.

Despues de esta fecha y durante cuatro años, ha estado perfectamente bien, no esperimentando la menor perturbacion en sus funciones.

De dos años á esta parte va notando dificultad en la miccion, y como aumentase la enfermedad y el caño de la orina fuese adelgazandose

gradualmente, se vió en la necesidad de acudir al hospital.

El primer dia, que se le introdujo con facilidad una sonda del Nº 3, se encontraron dos estrecheces en la porcion bulbo-esponjosa de la uretra, y se la dejó por 15 minutos.

A los dos dias se le pasó otra sonda del Nº 4.

A partir de esta época se fue aumentando el número de la sonda, hasta fines del mes que salió curado.

Nº 2

En el número 8 de este hospital, se halla un tal Juan Smirna, mecánico, de 45 años de edad, temperamento linfático y constitucion endeble, el cual entró el 10 de Mayo de 1882.

De resultas de una blenorragia que le duró tres años, fué acometido de estrecheces de la uretra que fueron operadas hace quince años por la cauterizacion. Desde esa época ha continuado usando las sondas, hasta hace dos años, en que se descuidó, y volvieron

á presentarse las estrecheces.

En la mañana de su ingreso al hospital, el enfermo presentaba los síntomas de una retencion casi completa de orina: la miccion se verificaba por gotas. El exámen de la uretra manifestó la presencia de una estrechez entre la porcion bulbosa y membranosa. Con perseverancia, y, despues de grandes dificultades se logró penetrar hasta la vejiga una pequeña sonda, que se le dejó en el conducto hasta el dia siguiente. Por la tarde del mismo dia, el paciente fué acometido de un frio muy violento, seguido de un acceso de fiebre. El interno de guardia le prescribió acónito y sulfato de quinina.

El 9, a la hora de la visita, acusa no haber dormido en toda la noche, se encontraba apirético. Se le retira la sonda, y se le coloca otra de mayor diámetro, que se le deja tan solo por quince minutos.

Administrósele sulfato de quinina, un gramo en tres dósis, unciones de pomada napolitana al perine é hipogastrio, y un baño general.

Despues se fué aumentando poco á poco el diámetro de la sonda hasta devolver á la uretra su calibre ordinario.

Salió curado el 17 de Junio.

N° 3.

Luis Sorrentino, de 23 años de edad, de temperamento sanguineo y de constitucion fuerte, entró en el hospital el 17 de Noviembre de 1882.

A consecuencia de una caida sobre el perine, en Diciembre de 1881, sobrevinole una herida en las porciones membranosa y prostática de la uretra, con hemorragia, fiebre de aberccion de la orina y demas fenómenos que suelen acompañar a tales lesiones. Restablecido de tales alteraciones, despues de varios dias de cura, quedóle al enfermo, como rezago, una estrechez que fué curada por medio de la dilatacion gradual. Pero, despues, habiendo descuidado el paciente introducir de cuando en cuando la sonda, la estrechez volvió lentamente á presentarse, y, entónces se consultó con un médico, que lo estuvo curando por la dilatacion progresiva; pero, no teniendo mejoría y habiendole sobrevenido una epididimitis, probablemente de resultas de la difusion del proceso mórbido de la uretra se determinó á entrar al hospital.

El dia de su ingreso se le prescribió un baño tibio, unciones de pomada napolitana con belladona, sanguijuelas al cordon, y un baño general tibio.

El 18 se logró introducir con gran di-

facultad una sonda del número 2 y se le dió sulfato de quinina. Sucesivamente se fué aumentando gradualmente y por dias el número de la sonda.

El 27 se le practicó la uretrotomía interna con el uretrótomo de Maisonneuve, y despues de la operacion, se le colocó una sonda permanente del número 10.

Los resultados fueron muy satisfactorios, saliendo curado el 28 de Diciembre de 1882.

N.º 4.

Pelegrino Berlenyeri, de 50 años de edad, comerciante, y de temperamento Sanguíneo nervioso, entró al hospital el 12 de Junio de 1882.

Este individuo ha tenido muchas blenorragias sin haberse sometido jamas á tratamiento alguno. Desde hace cuatro años principió á sufrir desórdenes en la miccion, al mismo tiempo que un catarro vesical. Habiendo sido algunas veces atacado de retencion de orina, y notando que su enfermedad iba tomando mayor incremento y agravandose en estos últimos dias, se resolvió acudir á los auxilios de la ciencia.

El dia de su entrada se quejaba de dolor

al emitir la orina con tenesmo rectal y vesical. Con dificultad se logró franquear dos estrecheces muy duras, situadas en las porciones esponjosa y membranosa de la uretra; se le administro un semicupio, y agua de brea por bebida.

Posteriormente, se le fue introduciendo candelillas de volumen creciente, al mismo tiempo que se combatía la inflamacion con los antiflogísticos, hasta fines de Julio, en que se practico la uretrotomía interna con el uretrótomo de Maisonneuve. Despues de practicada la operacion, se dejó en la uretra una sonda permanente número 8, por la que se hacían inyecciones de agua fría.

Al poco tiempo el enfermo estaba curado de sus estrecheces y orinaba muy bien, sin sonda; pero siempre, con un poco de dolor. Continuaba en el hospital por el catarro vesical que tenía, por lo que estaba sometido á un régimen apropiado; mas, á mediados de Agosto, en estas circunstancias se presentó diarrea, que pronto se hizo moco-sanguinolenta, y se le prescribió sucesivamente bismuto y opio, una pocion de ratania lavandizada, otra de cimarruba y catecú, y acetato de plomo, con lo cual se obtenía solo un alivio transitorio.

El sedimento de la orina se hizo moco-purulento; se le hacía varias veces al dia lavados de la vejiga

primero, con agua de brea, y despues con agua fe-
=nolada.

El enfermo iba amigdilandose progresivamente y, por último, el 20 de Setiembre, se suspendió la secrecion urinaria, se retiró la diarrea, el pulso se hizo muy pequeño, se presentó hipo, y el enfer-
=mo sucumbió al dia siguiente.

La autopsia descubrió una peri-
=tonitis con derrame sero-purulento, los intestinos ulcerados en varios puntos, los riñones supurados, los ureteres llenos de pus y su estremidad vesi-
=cal gangrenada y desprendida en el lado izquier-
=do; la vejiga inflamada y engrosada, en la uretra se encontraban dos estrecheces irregulares en la union de las porciones esponjosa y membranosa, formadas de un tejido resistente. Ademas, en su parte superior presentaba señales de incisiones hechas en vida.

N° 5.

Vicente Parchi, de 42 años de edad, co-
=merciante, natural de Italia, de temperamento san-
=guineo, de constitucion fuerte y de mediana robustez, entró al hospital el 28 de Mayo de 1882.

Hace largo tiempo que está padeciendo

de intermitentes.

A consecuencia de una blenorragia crónica le sobrevinieron estrecheces de la uretra, que hacian casi imposible la miccion, determinando un catarro de la vejiga.

Las estrecheces en número considerable y situadas en las porciones membranosa y esponjosa de la uretra, estaban muy aproximadas entre si dando al conducto uretral la forma de una cuerda esprovista de nudosidades.

Siendo imposible la introduccion de ninguna Sonda, y ni aun la del conductor del uretrótomo, fué necesario recurrir á la uretrotomia externa, para lo cual se practicaron dos incisiones al nivel de las estrecheces impermeables: una en la parte inferior y en la raiz del miembro, es decir, en la porcion de la uretra que corresponde á la parte anterior de las bolsas, y otra, inmediatamente despues de ellas, es decir, en el perine; pero, como se presentase una nueva estrecheg en la parte de la uretra que corresponde á las bolsas, donde la uretrotomia esterna está contraindicada, y como no se pudiese introducir una Sonda del meato á la vejiga, hubo necesidad de colocar dos sondas, una en la vejiga por la herida inferior, y otra en la uretra del meato á la herida Superior, anudandose ambas, y dejandolas permanentemente.

Despues, á los pocos dias se rompió la estriches por medio del dirulsor de Thompson, y, en seguida, se introdujo una sonda nº 6, por el meato hasta la vejiga, que se dejó un dia; despues se introdujo el nº 7 y así sucesivamente hasta el 10.

La herida superior cicatrizó rápidamente, pero no así la inferior, que demoró mas largo tiempo, y dejó en pos de sí, una pequeña fístula, que tardó mucho en cicatrizar.

Despues de cicatrizadas ambas heridas, se suspendió el uso de la sonda permanente, se practicaba el cateterismo dos veces al dia, quedando la sonda introducida por espacio de dos horas cada vez; posteriormente, el mismo enfermo se introducía la sonda siempre que necesitaba orinar, y, por último, se suspendió del todo el cateterismo.

Salió curado el 25 de Octubre de 1882.

Respetados maestros, ántes de terminar, séame permitido manifestaros públicamente mi agradecimiento, y suplicaros acojais con benignidad este ensayo que, á vosotros, toca desenvolver y perfeccionar.

Lima, 6 de Agosto de 1883.

Ramon B. Menendez

FACULTAD DE MEDICINA

No. de ingreso 10656

No. de la clasificación

UNMSM - FM - UBHCD



010000073082