Duplicado del nº 10.018

10.-

19850
duplic

FACULTAD DE MEDICINA.

ESTRECHECES DE LA URETRA.

TESIS

PRESENTADA Y SOSTENIDA

ANTE LA

FACULTAD DE MEDICINA DE BUENOS AIRES,

PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN DICHA FACULTAD,

POR

SATURNINO LOPEZ,

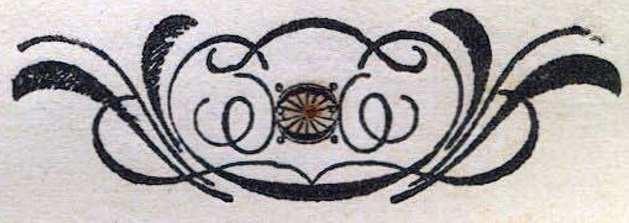
Natural de Córdoba, República Argentina,

PRACTICANTE MAYOR DE LA SALA DE CLINICA QUIRURGICA DEL HOSPITAL GENERAL DE HOMBRES.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
BIBLIOTECA
BUENOS AIRES

Le contrôle clinique est la pierre de touche des theóries; lui seul peut en dicter l'approbation ou le rejet.

DUPIERRIS.



BUENOS AIRES.

Imprenta de la TRIBUNA, calle de la Victoria Núm. 15.

1856.

T58
MFN 1242
Base galeno

FACULTAD DE MEDICINA DE BUENOS AIRES.

Catedráticos.		Asignaturas.
Presidente.....	Dr. D. Francisco Javier Muniz..	Partos, Enfermedades de niños y mugeres y Medicina legal
Vice-Presidente "	" Juan J. Montes de Oca..	Clínica Quirúrgica y Operaciones.
"	" Martin Garcia.....	Nosografia Médica y Patologia General.
"	" José M. Bosch.....	Clínica Médica.
"	" Teodoro Alvarez.....	Nosografia Quirúrgica.
Tesorero..... "	" Salustiano Cuenca.....	Anatomia y Fisiologia.
"	" Luis Gomez.....	Materia Médica, Terapéutica, Farmacologia é Higiene.
"	" Nicanor Albarellos.....	Física y Química aplicadas á la Medicina.

Secretario.

Dr. D. José P. Lucena.

Sostitutos.

Dr. D. Ventura Bosch.....Partos &a.

" " Manuel A. Montes de Oca.....Clínica Quirúrgica y operaciones.

" " Leopoldo Montes de Oca.....Nosografia Quirúrgica.

PRESIDENTE DE TESIS.

DR. D. NICANOR ALBARELLOS.

A MIS QUERIDOS PADRES.

Al terminar mi carrera, justo es que os dedique mi primer trabajo científico que vé la luz pública, en testimonio de mi sincera gratitud.

A LA MEMORIA

Del sábio Catedrático de Clínica Médica,

Dr. D. JUAN A. FERNANDEZ.

Recuerdo eterno!

A MI CATEDRÁTICO
DE CLÍNICA QUIRÚRGICA,

Dr. D. JUAN JOSE MONTES DE OCA.

Os ofrezco esta Tésis en prueba del aprecio y respeto que os consagro.

Saturnino Lopez.

INTRODUCCION.

Señores: el fin que me propuse cuando tomé este punto, para dar la última prueba que exije el Reglamento, fué hacer una Tésis, que, aunque pequeña, encerrase mas práctica que teoría. Para esto hay alguna razon; pues que he tenido á mi cargo durante la Clínica Quirúrjica, muchos casos de esta naturaleza, que mi catedrático Dr. D. Juan José Montes de Oca, se dignó confiarme. Como quiera que sea, suplico á los señores que componen la Facultad, sepan disimular las faltas que en ella existan.

Para hacer este pequeño trabajo, he consultado algunos autores, como Vidal, Bell Dupierris &a., teniendo muy presentes las sábias esplicaciones de mi catedrático, á cuyas ideas lo he acomodado.

Voy á hablar primero de las estrecheces espasmódicas, luego de las inflamatorias y por último de las coartaciones orgánicas, prescindiendo de ciertas particularidades como la descripcion anatómica de la uretra, la descripcion de los instrumentos y el modo de prepararlos, &a.; porque esto no haria mas que fastidiaros sobre manera.

Estrecheces espasmódicas de la uretra.

Las estrecheces espasmódicas de la uretra, que no consisten mas que en la neúrosis de este canal, me han llamado muchas veces la atencion, no por su gravedad sino mas bien por su frecuencia y necesidad de remediarlas. Esta enfermedad es una de las que mas afectan á este órgano; así, una irritacion la mas simple, producida en algun punto de la membrana uretral por una causa cualquiera, suele bastar para ocasionarla; mucho mas, si esto sucede en sujetos nerviosos é irritables, entregados á los placeres venéreos ú otros escesos, circunstancias ciertamente que los predisponen de antemano. Una vez que se han manifestado, se reproducen con la mayor facilidad: la impresion del frio, particularmente en los pies, el orinar al aire frio estando el cuerpo sudando, el abuso de los alimentos y bebidas espirituosas y del coito, suelen ser suficientes para ocasionar la retencion de la orina por algunas horas, accidente debido solo á la presencia de los espasmos, reproducidos por estas nuevas causas de escitacion.

Sucede tambien, que sin estar afectada la uretra de un modo directo, se presentan estos espasmos simpáticamente, como hemos visto en algunos casos de nefritis aguda, de tumores hemorroidales irritados, y particularmente en los diferentes casos de cálculos vesicales, que hemos tenido durante los años de Clínica Quirúrjica. Entre ellos, solo hablaré con mas estension de uno que, aun que lo mismo que otros, nos ha llamado mas la atencion por el modo caprichoso con que se nos presentaba á cada paso.

Nogales, porteño, de edad avanzada, fué operado el año 1855 por el Dr. Montes de Oca (padre), siguiendo este cirujano el método de Dupuytren. Siempre que se practicaba el cateterismo, antes de la operacion, se encontraban obstáculos en diferentes puntos de este canal; obstáculos que se vencian al cabo de algunos minutos, obrando con paciencia; y que se manifestaban ya en la porcion esponjosa, ya en la membranosa ó en la prostática, siendo es verdad mas constantes en la membranosa; por este motivo, por la fuerza que hacia el catéter desde este punto hasta la vejiga y por la circunstancia de decirnos el enfermo, que el chorro de la orina era menos grueso que antes, nos inclinamos á creer que este punto fuese el sitio de un engrosamiento crónico. Al ponerse el catéter para dar principio á la operacion, fué tanta la dificultad que hubo para que llegase á la vejiga, que fué necesario hacer mas fuerza que la precisa en estos casos y esperar algunos momentos. Este individuo murió á los pocos dias de ser operado, no pudiendo ser de otro modo, puesto que las alteraciones que habia en el aparato urinario eran profundas y esencialmente mortales. El riñon derecho era una bolsa de supuracion; el izquierdo, á mas de tener grandes focos de pus, presentaba porciones degeneradas de una sustancia como escirrosa; en la vejiga existian rastros de una cistitis crónica é inveterada, habiendo estado el enfermo, durante la vida, con síntomas de reabsorcion purulenta. En la autopsia, no encontramos en la uretra ninguna señal, ningun espesamiento, ninguna lesion anatómica susceptible de esplicar los síntomas que se habian observado antes de su muerte, por lo que deducimos que el obstáculo á la introducion de la sonda era debido puramente á espasmos.

En Eulogio Zabala tampoco encontramos nada material, que esplicase estos mismos síntomas, y en otros casos de que no hemos tenido ocasion de hacer la autopsia, creo habr sucedido lo mismo.

Hemos visto tambien en muchos casos estrecheces orgánicas, que han sido tra-

tadas por la dilatacion, que despues de penetrar hasta la vejiga con sondas del mas grueso calibre con facilidad y sin dolor, ha llegado momento en que la impresion de estas y aun de las mas delgadas ha bastado para determinar estos espasmos, siendo necesario esperar y valerse de unturas anti-espasmódicas para llegar á la vejiga; circunstancias, que alargarian la curacion de las orgánicas, á no ser que pronto desaparecen por ser cada dia menor la sensibilidad de la uretra.

Otras veces ha sucedido, que cuando queriamos hacer orinar á los enfermos en presencia nuestra para observar el chorro, ha sido completamente imposible esta escrecion por mas fuerza y posturas diferentes que tomasen, efectuándose con toda libertad en el momento de retirarnos; debido esto indudablemente á los espasmos ocasionados por la emocion que esperimentaban ellos á nuestra vista.

Los puntos de la uretra, donde con mas frecuencia se presentan estos espasmos, son sin duda en sus estremos y en su encorvadura; debiendo ser esto así por estar la sensibilidad mas desarrollada en estos puntos, lo que se vé cuando se pone una algalia; pues el dolor es bastante vivo á su paso por ellos. En el estremo anterior son mas raras, sin dejar por eso de observarse como lo han visto Bell y otros; pero son muy frecuentes en los otros sitios, por ser ahi las relaciones musculares mas intimas, y por estar estos (los músculos) subordinados á la mucosa de tal modo, que ésta no puede ser estimulada con alguna fuerza, sin dejar ellos de entrar en contracciones.

Aunque no es tan fàcil determinar á primera vista, si el obstáculo que esperimenta un enfermo al espeler la orina, es debido á espasmos ó á otra clase de estrecheces, créo que fijando la atencion en algunos conmemorativos que él dé, como por ejemplo, si se ha espuesto á las causas que hemos mencionado arriba, si dice haber sentido esta novedad repentinamente en un grado fuerte, y que ha desaparecido algunas veces en pocos momentos para volverse á manifestar en mas ó menos tiempo con mas ó menos intensidad y si á esto agregamos lo que sucede cuando se practica el cateterismo, que á veces penetran instrumentos de grueso calibre sin dificultad y otras es completamente imposible su introduccion aun cuando sean del número mas infimo; si se observa tambien lo que ha mostrado Lallemand á sus discipulos, que los músculos del perinéo se contraen visiblemente y que imprimen al instrumento un movimiento de oscilacion, (movimiento que segun Velpeau puede bastar para arrojarle fuera de la uretra); y finalmente si empleando cualquier fuerza para hacer pasar la sonda no se consigue nada, mientras que al cabo de algunos minutos desaparece todo con simples remedios anti-espasmódicos, no hay duda que se trata de estrecheces espasmódicas y entonces se podrá diagnosticar sin temor.

Nada puede decirse de un modo fijo sobre su frecuencia y duracion: solo se vé que los accesos van siendo mas contínuos y duraderos, á medida que la enfermedad es mas antigua y descuidada, acompañándose despues con otras enfermedades, como catarros vesicales por la larga permanencia de la orina, hemorroides y postracion de las fuerzas &a., por los grandes esfuerzos á que se entregan los enfermos, siendo muy notable la falta de fiebre en este penoso estado, como lo dice Vidal de Cassis.

En cuanto al órden de los accesos diré con Mr. Civiale, que los hay periódicos y regulares, como son los casos observados por él y como es este que aquí pongo.

Agustin Casal, español, de 25 años, temperamento sanguíneo constitucion regular, de profesion marinero, entró al hospital el 26 de Julio de 1855 y ocupó el número 9 de la sala 3.ª Este hombre habia padecido solamente de gonorréas en varias épocas (en número de dos ó tres); pero habia sanado bajo la direccion de médico, sintiendo una que otra vez dificultad de orinar, cosa que no le llamaba la atencion por ser muy de tarde en tarde é incomodarle muy poco. El 19 de julio por la noche estando á bordo, se escedió en las bebidas alcohólicas y al otro dia al salir el sol, (hora en que por lo general se levantaba y tenia costumbre de orinar) no pudo satisfacer esta necesidad por mas fuerzas y posturas diferentes de que se valia.

Serian las cuatro de la tarde cuando pricipió á orinar gota á gota y luego á chorro libre. Durante la noche lo pasó sin novedad, pues satisfacia esta necesidad cuantas veces queria; al dia siguiente le sucedió lo mismo y asi estubo durante seis dias en cuya época vino á este hospital El 26 por la mañana intenté penetrar á la vejiga con una algalia de las mas gruesas; pero esto fué imposible por haber un obstáculo considerable en la encorvadura de la uretra, obstáculo que no se vencia por mas que se mudase el número del instrumento y que no dejaba paso á una sola gota de orina, pero apesar de esto el enfermo no estaba muy aflijido por haber orinado toda la noche anterior. En el resto del dia no se consiguió nada, aunque se usaron muchos remedios; pero á las cuatro poco mas ó menos comenzó á salir la orina al principio gota á gota y luego libremente. Este fenómeno con toda su regularidad duró tres dias, pero desde ese tiempo comenzó á manifestarse de un modo irregular, hasta que á los 20 habia desaparecido completamente, debido esto sin duda al tratamiento á que estubo sugeto, consistiendo éste es baños generales y de asiento, en unturas anodinas y ópio al interior, acompañados estos remedios de la dilatacion con las algalias de goma desde el número primero al undécimo. Por lo que se vé estos espasmos revestian el tipo intermitente cuotidiano.

Otra cosa igual se vió en un viejo italiano que ocupaba el número 12 de la misma sala, con solo la diferencia de que durante los accesos espelia alguna orina, siendo imposible la introduccion de cualquier algalia, cosa que se verificaba fuera de ellos.

Este fenómeno aunque á primera vista estraordinario, no lo es, si atendemos á que es producido por una neúrosis, que como cualquier otra puede revestir el carácter intermitente.

Finalmente, todas las estrecheces que se nos han presentado, hayan sido recientes ó antiguas, intermitentes regulares ó irregulares, han cedido á los emolientes, á los anodinos en unturas ó fomentos, al ópio interiormente y por último al uso de las candelillas de cera y goma-elástica, sin tener necesidad de echar mano de una porcion de remedios que aconsejan algunos prácticos, como sangria en los sujetos pletóricos, purgantes repetidos, revulsivos de todas clases, &a: es verdad que estos últimos remedios serán de una gran útilidad siempre que estén indicados y cuando fallen los anteriores.

En cuanto á la electricidad aconsejada por algunos cirujanos, puede ser eficaz: no hemos visto ningun caso tratado por este medio; asi es que nada diremos sobre él.

Estrecheces inflamatorias.

La inflamacion llegada á un cierto punto no solamente puede producir los espasmos de que hemos hablado, sino que hinchando é ingurgitando la mucosa, disminuye el calibre de la uretra, formando de este modo las estrecheces llamadas inflamatorias, que siendo mas duraderas que ellas, lo son menos que las orgánicas, de que hablaremos despues. Esta clase de estrecheces puede aparecer en uretras que han estado sanas y que recientemente han sido atacadas de irritacion como en varios casos de afecciones reumáticas ó artríticas en que se han visto durante los accesos los síntomas que las caracterizan, sin haber sido jamás este punto sitio de ninguna clase de alteracion. Pero lo mas frecuente es que ellas aparezcan en casos de irritacion crónica, ó engrosamiento de la mucosa uretral; porque habiendo entonces una disminucion aunque pequeña en el diámetro del canal, el mas simple esceso en la mesa, en los alcohólicos, ó en el coito, es suficiente para ocasionarlas. Muchos casos de esta naturaleza hemos tenido ocasion de palpar. Me acuerdo de uno que por la frecuencia con que se nos presentaba y por ser bien caracterizado, no puedo dejar de mencionar.

Este era un muchacho del batallon "San Martin," muy conocido de todos en la Clínica, que padecia de una gonorréa crónica, teniendo ligeramente disminuido el

chorro de la orina. probablemente por un endurecimiento de la encorvadura de la uretra. Este muchacho no podia entregarse impunemente al coito, á los alcohólicos, ni á grandes caminatas sin dejar de esperimentar todos los síntomas siguientes, que son por lo general los que pertenecen á este estado: retencion completa de orina, ó á lo menos emision de èsta gota á gota mezclada con sangre; deseos frecuentes de satisfacer esta necesidad acompañados de esfuerzos considerables; dolor hácia la encorvadura de la uretra, que se aumentaba con la presion; era imposible penetrar á la vegiga con ninguna clase de algalia, produciendo el contacto de este instrumento un dolor vivo, que las mas veces le era insoportable, siendo casi siempre acompañado de hemorragias mas ó menos considerables; el hipogastrio estaba abultado y dolorido, estendiéndose este dolor á las ingles, perineo y parte de los muslos A estos síntomas locales acompañaban frecuencia, viveza y contraccion del pulso, calor à la piel, notándose mayormente hácia las partes genitales, sed considerable y una desazon ó malestar particular. Todo este cuadro de síntomas desaparecia á la aplicacion de los emolientes y anodinos, de baños locales y generales, de sanguijuelas, (y una ó dos veces fué necesario hacer una sangria), á emulsiones alcanforadas y á una quietud y dieta absolutas.

Estos son, como hemos dicho, los síntomas con que se presentan los sujetos atacados de esta clase de enfermedad; es verdad que todos ellos no revisten igual intensidad, ni en todos es constante el sitio dolorido y estrechado, pues varia segun el punto donde la inflamacion reside.

Creo, pues, que el método curativo para estos casos debe consistir en aplicaciones sanguineas, locales ó generales, segun las circunstancias, en baños de asiento ó de todo el cuerpo, en fomentos emolientes y unturas anti-espasmódicas por ir casi siempre acompañados de espasmos, y finalmente en bebidas refrigerantes, con un poco de alcanfor, dadas en cortos intérvalos y pequeñas porciones, dieta y quietud absoluta. Con estos remedios hemos visto aparecer la orina, ser fácil la introduccion de la algalia y desaparecer como por encanto al cabo de un cierto tiempo el estado alarmante en que se hallaban los enfermos.

Estrecheces orgánicas.

Es á la inflamacion, que corriendo todos sus periodos, debemos atribuir las alteraciones de la mucosa uretral y tegidos inmediatos, que constituyen las estrecheces orgánicas. En efecto, en el primer periodo, cuando las erecciones son frecuentes, puede suceder, que rompiéndose la mucosa por el estado de tirantez en que se encuentra, se efectúe una infiltracion sanguínea debajo de ella, que despues de absorberse la parte líquida del coágulo y segregarse linfa plástica al rededor de él, se forme una prominencia que constituya una estrechez sub-mucosa. Nosotros hemos visto en un hombre que murió de una gastro-hepatitis en la Sala 3.ª, una prominencia del tamaño de un guisante, de consistencia cartilaginosa, hácia el fin de la porcion esponjosa de la uretra, que databa (segun el enfermo) de una purgacion de garabatillo, que habia tenido meses atrás. Es probable que este tubérculo se formó de este modo, pues á mas de las circunstancias dichas, nosotros ni el enfermo podiamos encontrar otras que nos esplicasen esta alteracion.

Cuando se prolonga ó pasa al estado crónico, se afectan con facilidad los tegidos inmediatos; el tegido celular se endurece é hipertrofia, resultando otra de las variedades sub-mucosas, que pueden ser mas ó menos grandes y tomar la consistencia del cartílago, como lo dicen Civiale, Vidal y otros. Tambien bajo la influencia de esta inflamacion, se altera de un modo directo la membrana mucosa, dando de este modo origen á una porcion de alteraciones que se oponen al libre curso de la orina: ella se engruesa en diferentes puntos y en una estension mas ó menos considerable. La linfa plástica solidificándose, forma capas que sobreponiéndose las unas á las otras, determinan elevaciones que obstruyen el canal. Este

último modo de formarse las estrecheces, ha sido negado por algun tiempo, fundándose algunos autores en que hay poca disposicion de la mucosa para producir linfa plástica y en que el chorro de la orina no le dejaría tiempo para espesarse; pero atendiendo á algunos casos observados por Laënnec, Dupierris, á que puede suceder lo que sucede en la mucosa digestiva y aerífera, y á que la orina no sale de contínuo, se puede admitir que de este modo se forman ciertas estrecheces.

Dupuytren y Salles dicen, que la uretra puede ser asiento de ulceraciones, que cicatrizándose sin intermedio, originen estrecheces rebeldes. Nosotros hemos visto una cosa igual en un enfermo de la Sala de Cirujia. Este era un individuo, que cuando llegó al Hospital presentaba setenta y dos úlceras de naturaleza sifilítica, diseminadas por todo su cuerpo: fué tratado con la pomada de Cyrilo y otros remedios propios para el caso: al cabo de cuatro meses que estubo bajo la influencia de este tratamiento se habian cicatrizado la mayor parte de ellas, quedando muy pocas sin acabar de sanar. En esta época notó el enfermo que el chorro de la orina se adelgazaba mas y mas, pero no nos avisó hasta ocho dias despues. Examinándole, vimos que el chorro de la orina habia disminuído como dos terceras partes de su grosor, siendo esto debido á una úlcera situada como á dos líneas del meato, que ocupaba casi toda la circunferencia del canal: su cicatrizacion progresiva iba obstruyendo la uretra. Desde aquel dia se le puso una algalia de goma de las mas delgadas para que se cicatrizase sobre ella, al mismo tiempo que obrase como un cuerpo dilatante. Creo que si se hubiera descuidado su cicatrizacion, habria dado lugar á una estrechez grande y muy rebelde, ó tal vez á la obliteracion completa del canal, lo que sucedió sin duda al enfermo que ocupaba la cama siguiente. Este hombre presentaba la abertura natural de la uretra completamente cerrada y hácia el ángulo inferior del meato una cicatriz redondeada y cóncava, que se estendia algunas líneas sobre el glande. La orina se espelia por una fistula establecida en la cara inferior de la base del glande, constituyendo asi un hipospadias accidental. Este nuevo camino se estableció, segun el enfermo, á causa de haberse cicatrizado sin intermedio una úlcera que tuvo hacia diez años en el meato urinario y parte del glande, lo que no dudamos que fuera así; pues que á mas de no tener el enfermo motivo para engañarnos, se conocia facilmente haber sido este punto, sitio de una ulceracion considerable. Estos individuos eran portugueses, entraron al Hospital el año pasado, ocupando el primero el N.° 39 y el segundo el 40 de la Sala 3.ª

Por tanto, creo que las inflamaciones de la uretra terminando por ulceracion, pueden en ciertos casos dar origen á estas estrecheces, y si atendemos á lo que sucede en las heridas que ocupan las aberturas naturales y que no han sido curadas como se debe, no dudaremos un momento en admitirlas: es verdad que sus consecuencias no son siempre tan funestas, pues que pueden limitarse á formar pequeñas bridas, que estendiéndose de un punto á otro de sus paredes no ocasionan una retencion peligrosa de la orina.

Tambien la blenorragia puede dar nacimiento á carnosidades, que tomando una consistencia mas ó menos dura y ocupando cierta estension en el calibre de la uretra, disminuya el chorro de la orina--Mercier, Bell, Velpeau traen ejemplos de esto. Nosotros, el año 54, vimos un portugues jóven, que al mismo tiempo que presentaba varias fungosidades en todo el glande y parte del prepucio, tenia dificultad para orinar, debida sin duda á carnosidades situadas á pulgada y media del meato, pues que á mas de la sensacion particular que daba á la sonda en este punto, se reproducian con mucha frecuencia hemorragias al menor contacto; abriendo ó separando los labios de la uretra, se alcanzaba á ver una de estas en su pared inferior, por lo que nos inclinamos á creer que el obstáculo de mas abajo fuese debido á producciones de la misma naturaleza que estas y las demas queexistian sobre el glande. El enfermo salió de alta á los pocos dias sin acabar de curarse, por serle insoportable la presencia de las candelillas; sin embargo en lo poco que estubo se adelantó algo.

Puede igualmente la inflamacion dar lugar á pólipos ó bridas filiformes ó

anulares, y cuando han sido tratadas por las inyecciones astringentes producir en la mucosa un engrosamiento, que aun cuando no forme elevacion sensible dentro del canal, le haga perder su elasticidad, condicion necesaria para el libre ejercicio de sus funciones.

Finalmente, se han visto muchos casos de estrecheces orgánicas, debidas á erecciones frecuentes, al mal uso de los intrumentos para reconocerlas ó curarlas cuando no existian, á violencias ejercidas sobre algun punto del canal, á la presencia de un calculo ó fragmento de él y por último, como lo ha hecho notar Mr. Civiale, á la cicatriz que queda despues de la talla perineal, pero todo esto en último resultado se vé que reconoce por causa principal la inflamacion desarrollada en el punto escitado Por tanto, *es à la inflamacion que debemos atribuir la mayor parte ò casi todas las coartaciones orgánicas de la uretra.*

Con respecto al asiento de estas estrecheces, ha habido mucha disidencia entre los autores. Chopart, Desault, Sœmmering niegan la posibilidad de las estrecheces en la porcion prostática; Hunter no la niega, pero dice no haberla observado jamas en este punto; Lallemand en veinte y nueve casos encontró que diez y seis la tenian en dicho sitio. Estos hechos con algunos recojidos por Mr. Ducamp hacen creer que un gran número de estas estrecheces tienen su asiento en esta porcion. Nosotros en varios viejos afectados de esta enfermedad, hemos notado que en este punto habia un obstáculo para el paso de la sonda; pero no podremos decir si era debido á la hipertrofia de la próstata, tan general en estos individuos, que comprimiendo y haciendo perder la elasticidad de la uretra no permitia que el instrumento avanzase facilmente. A un solo caso de esta naturaleza hemos tenido ocasion de hacer la autopsia y en él encontramos la próstata degenerada en una sustancia palpablemente escirrosa, y un pequeño engrosamiento de la pared inferior de la uretra correspondiente á este punto; pero esta última alteracion no nos esplicaba la gran dificultad al paso de la sonda por lo que nos inclinamos á creer que fuese la compresion y falta de flexibilidad de la uretra ocasionada por la glándula degenerada, la que se oponia á este paso.

Mr. Civiale dice: "que donde se encuentran con mas frecuencia las verdaderas estrecheces orgánicas es en el orificio esterior, en la region anterior de la porcion esponjosa y finalmente en la encorvadura sub-pubiana hácia la union de las partes bulbosa y membranosa. Estos son los casos mas generales, las escepciones se reducen á un pequeño número." Los observados por Home, Ducamp y Vidal prueban lo mismo. Nosotros solo añadiremos que las hemos visto ya en el orificio esterior, como son los casos de úlcera referidos anteriormente, ya en el intérvalo de éste y la encorvadura sub-pubiana, ya en fin en este último punto donde sin duda son mas frecuentes.

En la autopsia á mas de comprobarse el sitio de las verdaderas estrecheces, se ven igualmente las diferentes formas que toman las alteraciones orgánicas que las constituyen. Cuando estas alteraciones son de naturaleza fungosa, forman dentro del canal tumores á veces pediculados como lo ha visto Sœnmering, á veces de una base mas ó menos ancha, implantados en la membrana mucosa. Estos tumores son únicos ó multíplices, separados por grandes y pequeños intérvalos de porciones sanas pudiendo encontrarse en todo el trayecto de la uretra como ha visto un caso Mr. Civiale, aunque á este respecto han dicho algunos que nunca se encuentran mas que en la fosa navicular ó muy cerca del meato urinario; pero no encontramos ninguna razon para esto; pues por qué no han de poder existir en todo el trayecto de la uretra, cuando es una misma la estructura de la membrana mucosa, y puede ser cualquier punto de ella, sitio de una irritacion capaz de producirlos?

Bell, dice, que cuando hay carnosidades dentro de la uretra, las hay tambien en el glande y prepucio: en el caso citado por nosotros, coincidian éstas con lo que se veia dentro del canal. El color y dureza varian sobre manera; son tanto mas blandas y coloradas, cuanto menos tiempo tienen y están mas irritadas; mas

duras y de color bajo, cuanto mas antiguas sean: se les ha encontrado de un color amoratado.

Tambien se encuentran bridas formadas á veces por adherencias de la superficie opuesta del canal en caso de ulceracion, ó por falsas membranas organizadas en algun punto. Casi siempre tienen sus estremos y uno de los lados unidos á la pared uretral. Sin embargo en el caso de hipospadias ya citado, existia en el orificio accidental una brida bastante gruesa, que estendiéndose de un punto á la pared opuesta de la uretra, dividia este orificio casi en dos mitades iguales; por cuya razon era preciso inclinar la algalia á un lado cuando se queria penetrar este orificio, siéndonos imposible saber de que modo se formó, tanto por su antigüedad como por falta de conmemorativos á este respecto. Pueden encontrarse una ó mas de estas bridas separadas per intérvalos sanos ó alterados; por lo general se hallan en la parte inferior y éstas son las que durante la vida han ofrecido mayor resistencia al cateterismo. Cuando son prominentes, forman una especie de válvula y si se adhiere ésta á toda la circunferencia del canal, determina un diafragma con una ó mas aberturas. El color es blanquecino en esta clase de estrecheces y su consistencia fibrosa, hallándose segun Mr. Civiale, la uretra en este punto como fruncida por un hilo que hubiera pasado por su espesor.

Otras veces la membrana mucosa está engrosada en mas ó menos estension, produciendo elevaciones mas ó menos sensibles: éstas pueden tomar una consistencia cartilaginosa, ser varias y estar separadas por porciones sanas, que conservan la flexibilidad y elasticidad que faltan en los puntos afectados. Unas veces se limitan estas induraciones á la mucosa solamente, pero lo mas general es que se estiendan á los tegidos celular y fibroso inmediatos, pudiendo existir tambien aisladamente en estos últimos tegidos. La longitud de estas callosidades es por lo general de una á dos líneas, pero no es raro encontrarlas de diez y mas, como lo dicen Lallemand, Chopart y Bell. En un enfermo del que el año 53 se extrageron unas callosidades del perinéo, se notó que corriendo el dedo à lo largo de la uretra habia pequeñas elevaciones duras y de algunas líneas, que estando separadas por espacios mas ó menos grandes, le daban la forma de un rosario con una lijera inflexion á la derecha. Algunas veces se encuentran en los estremos de la uretra úlceras mas ó menos grandes y las venas de la mucosa en un estado varicoso, aunque esto es bastante raro.

Por último, detras de las estrecheces se halla dilatada la uretra, formando asi un saco tanto mas grande cuanto las alteraciones orgánicas son mas antiguas y el punto donde se forma tiene menos apoyo: por eso es que la porcion membranosa lo presenta mas ó menos por ser en este lugar poca la resistencia de los tejidos inmediatos. Sucede lo contrario en la parte de la uretra que queda delante del obstáculo y esto es tanto mas marcado cuanto que la orina sale por conductos accidentalmente formados. La membrana mucosa se encuentra inyectada en estos diferentes puntos, tanto mas cuantas mas veces se ha practicado el cateterismo: tampoco es raro encontrarla de apariencia fungosa. La próstata puede encontrarse hipertrofiada ó dejenerada en una sustancia lardacea ó reblandecida, existiendo en la mucosa correspondiente ulceraciones de mal carácter: en la vejiga y partes inmediatas hay vestijios de inflamaciones crónicas, que se estienden hasta los riñones donde se ha visto algunas veces pequeños focos de supuracion.

Diagnóstico.

Para arribar á un diagnóstico exacto, es necesario tener en cuenta, 1.° los conmemorativos que den los enfermos; 2.° el exámen esterior é interior de la uretra. En cuanto á lo 1.°, casi han sido unos mismos con poca diferencia en mas de cincuenta casos, que hemos tenido durante los dos últimos años de Clínica. En efecto: todos ellos nos dicen, que desde una gonorréa, que fué tratada por inyecciones astrin-

gentes, mal curada ó completamente abandonada, vieron que el chorro de la orina comenzaba á disminuir y que las ganas de satisfacer esta necesidad, se sentian con mas prontitud que lo regular; que á medida que pasaba el tiempo el chorro era mas y mas delgado, menos curvo, bifurcado ó torneado, haciéndose filiforme ó quedándo reducido á gotas que caian entre sus piernas; que sus vestidos estaban frecuentemente mojados por este líquido que se derramaba insensiblemente, aun cuando hubiesen acabado de satisfacer esta necesidad; que muchas veces habian estado con una iscuria completa, por haberse propasado en la Venus, comidas ó alcohólicos ó simplemente por la impresion del frio, viéndose por esto en la necesidad de recurrir á un plan antiflogistico mas ó menos enérjico; por último una gonorréa pertinaz acompañaba este estado desagradable, la que desaparecia algunas veces para volver á aparecer de nuevo por el menor esceso. A estos fenómenos que son los mas constantes, les acompañan otros no menos frecuentes aunque no en todos los enfermos: estos son, catarros vesicales, nefritis y gonorréas crónicas, hematuria é incontinencia de orina, abscesos, fistulas, tumores herniarios é infartos testiculares, &a. No es raro ver desreglo en la circulacion, que produce congestiones cerebrales, mucho mas si es en sujetos de avanzada edad. Tal vez sucedió esto al número 13 de la sala 3.ª, que estando predispuesto por su edad, los grandes esfuerzos que hacia para orinar le produjeron el primer acceso que le dejó hemiplético, y ellos mismos determinaron el segundo que le echó á la tumba.

Tambien la inervacion se modifica muy á menudo; asi hemos visto algunos de estos enfermos ponerse irritables y hacerse muy incómodos y fastidiosos, á punto de rehusar ó desconfiar de los remedios que se les hacia.

Estos son los desórdenes á que dan lugar las coartaciones de la uretra y mas de una vez ellos solos nos han bastado para hacernos sospechar su existencia; sin embargo es preciso unirlos á los datos que suministre el reconocimiento esterior é interior de las partes enfermas, pues que el endurecimiento de la próstata, los tumores al rededor de la uretra y los cálculos vesicales pueden desarrollar otros iguales con mas ó menos diferencia, como ha sucedido en dos enfermos calculosos operados con el mejor suceso por el Dr. Montes de Oca el 31 de Enero del presente año, los cuales, segun tenemos entendido, han sido tratados durante muchos meses antes de entrar á la sala 3.ª como afectados de estrecheces orgánicas, no siendo mas que espasmos producidos por esta afeccion calculosa, pues que á los pocos dias de ser operados, la orina corria libremente por la uretra y cualquier algália penetraba en la vejiga con facilidad y sin dolor, siendo esto imposible antes de la operacion.

Por el exámen esterior distinguimos los tumores inmediatos de las verdaderas estrecheces; las induraciones de la próstata, introduciendo el dedo en el ano, mucho mas si no hay flujo gonorraico, si se puede introducir una sonda á la vejiga, y si esto acontece en sujetos ancianos; si pasando un dedo á lo largo de la uretra notamos en algun punto de su estension unas durezas mas ó menos estendidas, mas ó menos dolorosas y que al mismo tiempo hay dificultad al paso de la sonda enfrente de estos puntos indurados, habrá mas que probabilidad de que existen allí estrecheces orgánicas. Es verdad que este último exámen seria solamente cuando las alteraciones existan en la porcion esponjosa ó membramosa, siendo inútil cuando residen en la prostática por estar en este lugar profundamente colocada la uretra; en este caso nos vemos en la necesidad de recurrir al exámen interior.

Hé aquí el modo de que nos hemos valido para este último en algunos casos en que ha habido necesidad de saber la distancia y las disposiciones de las estrecheces. Despues de preparar una sonda de goma de regular flexibilidad con cera de modelar, segun aconseja Ducamp, y dando al enfermo una posicion conveniente, se toma ésta con la mano derecha como una pluma de escribir, al mismo tiempo que el anular y el medio de la mano opuesta sostienen el miembro, descubriendo el glande los dos primeros dedos de esta misma mano, se le introduce lentamente dentro de la uretra á fin de que no se deforme y que no produzca sensacion desagradable capaz

de ocasionar espasmos, lo que produciria impresiones inexactas. Cuando se ha encontrado el obstáculo y la sonda esploradora se detiene, se le deja un momento para que la cera tenga tiempo de calentarse y reblandecerse; despues de lo cual se tira lijeramente el pene sobre la sonda como para hacer pasar la estrechez por encima de la cera y señalando el punto de la sonda que corresponde al meato se le saca del todo. De este modo se vé la distancia á que está colocado el primer obstáculo, se determina el diametro del orificio de la estrechez, si está colocado en el centro ó cerca de uno de los lados del conducto de la uretra, pues que la cera ablandándose por el calor de la parte, se insinúa por sus anfractuosidades y presenta esculpida su configuracion con mas ó menos exactitud. Este método nos ha conducido á resultados exactos; así es que en algunos enfermos curados por la cauterizacion, el cáustico se aplicó precisamente en la misma estrechez, pues á no ser asi las consecuencias hubieran sido terribles. Sin embargo, es preciso cuando se esplora de este modo no limitarse á un solo reconocimiento, son necesarios dos y mas para no caer en error y si la estrechez se halla mas allá de la encorvadura, conviene preparar una sonda como hacia Lallemand; tambien es preciso elejirla de un calibre que llene el canal, pues siendo muy delgada puede salvar el obstáculo sin dejar impresion. Por último tambien es necesario distinguir la impresion que producen las estrecheces espasmódicas de la que es efecto de las orgánicas, lo que se consigue fijándose en que aquella varia de sitio cada vez que se introduce la sonda y que es perfectamente circular, cosa rara en la otra: todas estas circunstancias es preciso tener en cuenta pues de otro modo sacariamos datos perjudiciales. Creemos, pues, que con los datos recojidos de esta esploracion, con los conmemorativos que dan los enfermos, con los síntomas que se observan tanto en los órganos anexos á la secrecion y escrecion de la orina, como en otros mas ó menos distantes, se puede hacer un diagnóstico seguro.

Hay otros medios de esploracion de la uretra, como el de Amusat, que sirven para determinar la longitud de las estrecheces y algunos otros que sirven para determinar el número de coartaciones. Estos últimos nos parecen faciles de engañarnos y de poca útilidad en la practica; pues que lo principal es saber el sitio y disposicion de la primera estrechez, obrar sobre ella, vencerla y despues esplorar por segunda vez, para si hay otra obrar sobre ella del mismo modo que sobre la anterior.

Cateterismo de la uretra.

Antes de pasar adelante diremos algo del cateterismo, operacion importante y que forma la base del tratamiento de estas estrecheces; pero es preciso para esto tener presente la longitud, latitud y encorvadura de la uretra, los diferentes cambios que en ella sobrevienen y las relaciones con las partes inmediatas, los conductos y senos que existen en la pared inferior. De este modo se usarán sondas para cada caso en particular y se evitará que su punta se introduzca sobre dichos orificios y que un pliegue de la membrana mucosa levantado por ella se oponga á su introduccion. Una vez tenidas presente estas circuntancias, he aqui como hemos procedido á esta operacion. Untada de cerato la sonda que se ha elejido, el cirujano se coloca al lado izquierdo del enfermo, el que está echado de espaldas con la pelvis ligeramente levantada, á fin de que los tejidos que rodean la uretra no estén de ningun modo tirantes, se toma el miembro con los dedos anular y medio de la mano izquierda, al mismo tiempo que se descubre el glande con los dos primeros de esta misma mano, se presenta la punta de la algalia tomada con la mano opuesta al meato uretral, se le introduce suavemente, estirando el miembro con la otra mano sobre la sonda para borrar las arrugas del conducto. Cuando ha llegado debajo del púbis, se aparta el pene del vientre trayendo todo el instrumento entre las piernas del enfermo; con este movimiento de báscula moderado la punta recorre la curva formada por la porcion

membranosa y prostática hasta la vejiga, donde se conoce que ha penetrado por los movimientos laterales que se imprimen facilmente y por la salida de la orina que se efectúa al momento. Es preciso tener cuidado durante la operacion de dirijir la punta vesical de la sonda hácia arriba, para no tropezar en algun seno uretral; no inclinar la sonda á un lado ni á otro y obrar sobre ella con demasiada fuerza, porque esto podria frustrar el fin que nos hemos propuesto.

No siempre es fácil esta operacion, pues muchas veces se detiene la sonda cuando ha llegado al bulbo, y entonces hay necesidad de retirarla para hacerla tomar otro camino, ó introducirla de nuevo, al mismo tiempo que con la mano izquierda se sostiene suavemente el perinéo. Tambien da buenos resultados la vuelta de maestro, así como sondar al enfermo de parado, siendo este último proceder de mucha utilidad en algunas circunstancias, como lo ha demostrado prácticamente á sus discípulos el Dr. D. Juan José Montes de Oca y guiado de sus lecciones obramos de este modo en el caso siguiente.

Juan Bautista Mendez, natural de España, de 46 años de edad, temperamento sanguineo, constitucion fuerte, marinero de profesion, entró al Hospital el 2 de Junio de 1855, á las 4½ de la tarde, y ocupó el N.° 16 de la sala 3.ª Este hombre dice: que hace como 14 años que adquirió una gonorrea sifilítica, siéndole desde entonces dificil la espulsion de la orina. La purgacion á veces corria con abundancia y á veces se paraba para aparecer de nuevo, pero nunca cesó completamente; y sin embargo de esto, jamás echó mano de remedios para curarla radicalmente. El 1.° de Junio, dia anterior al que vino á este establecimiento, se mojó y durmió con la ropa mojada aplicada al cuerpo, por lo que le vino una imposibilidad de orinar, que le obligó á pedir los socorros del arte.—Hé aquí como se nos presentó: iscuria completa, ganas frecuentes de orinar, dolores considerables á lo largo de la uretra y al perineo; el hipogastrio al mismo tiempo que estaba dolorido se presentaba tan abultado y tirante, que hacia temer la ruptura de la vegiga. A estos síntomas locales acompañaban sed, calor aumentado de la piel, pulso frecuente y duro, una desazon particular, que le hacia tomar diferentes posturas, tirarse de la cama y vociferar estraordinariamente. El practicante de guardia y otros internos intentaron penetrar en la vegiga con sondas de diferentes tamaños, pero no lo consiguieron, dando por resultado el cateterismo una hemorragia arterial que alarmó mas al enfermo. Lo sugetaron á un tratamiento anti-flogistico enérgico, al mismo tiempo que echaron mano del alcanfor y del opio, consiguiendo con estos remedios, que soltase la orina, aunque gota á gota, y que pudiese pasar la noche mas tranquilo. Al dia siguiente durante la visita se practicó de nuevo el cateterismo sin dar resultado favorable; se le prescribió lavativas emolientes, unturas mercuriales con belladona, y un baño general cada cuatro horas; por la noche llegó al mas alto grado de peligro, por ser imposible la espulsion de una sola gota de orina. Entonces fuimos llamados por estar de guardia, hicimos acostar al enfermo como hemos dicho mas arriba, y procedimos á la operacion valiéndonos de sondas de diferentes diámetros, dando por resultado solamente la salida de un poco de sangre. Entonces hicimos parar al enfermo afirmado contra el borde de su cama y colocados delante de él tomamos una algalia de goma del N.° 2, con su estilete para poderle dar la encorvadura que nos pareciese conveniente: procedimos á la operacion y despues de algunos minutos que obrabamos con paciencia, suavidad y método, consegumos penetrar á la vejiga y estraer la orina, lo que le produjo un alivio considerable. Creemos que si no hubieramos hecho lo que aconsejan algunos practicos en ciertos casos, lo que hemos visto mas de una vez á nuestro Catedrático de Clínica Quirúrgica, hubiera sufrido el enfermo mas adelante una operacion grave, so pena de una muerte cierta.

Por último, cuando los instrumentos no llegan á la vejiga por los espasmos que se manifiestan muy á menudo se debe obrar con prudencia, usar sondas flexibles y blandas y valerse de los remedios de que hemos hablado, cuando tratamos de las estrecheces espasmódicas.

Método curativo.

Muchos son los medios de que se han valido los cirujanos para curar esta enfermedad. La dilatacion, la cauterizacion, la escarificacion ó incision han sido empleadas muy á menudo y todas estas operaciones han tenido por objeto remover el obstáculo al libre curso de la orina. Nosotros hemos empleado solamente las dos primeras con ayuda de algunos otros remedios, y ellas solas nos han bastado en casi todos los enfermos que se nos han presentado en la clínica, sin vernos en la necesidad de recurrir á otros medios mas ó menos enérgicos. Por eso es que tan solo vamos á hablar de ellas, porque llenan perfectamente el fin que nos hemos propuesto, es decir, hablar de lo que hemos tenido ocasion de observar.

Dilatacion de la uretra.

La dilatacion puede ser pronta ó graduada, hacerse con candelilla de goma, de cera ó de cuerda de tripa. Nosotros hemos preferido la dilatacion lenta, las candelillas de cera y goma, alejando de la práctica las de cuerda por sus inconvenientes, y las medicamentosas por su poca utilidad.

Como casi todos los sugetos afectados de esta enfermedad se nos presentan con síntomas de estrecheces inflamatorias y espasmódicas, al mismo tiempo que con los de las orgánicas, hemos tenido á bien antes de pasar adelante, separar estas complicaciones por medios apropósito, como son los antiflogísticos y antiespasmódicos, y luego proceder á la operacion, despues de haber determinado el punto estrechado por medio de una sonda esploradora. He aqui el modo como nos hemos comportado en tales casos; despues de dar al enfermo una posicion conveniente, y haber untado con aceite de almendras dulces la candelilla que se ha elejido, que debe ser siempre del grosor del chorro de la orina, se toma el miembro con la mano izquierda, teniendo cuidado, al mismo tiempo que se descubre el glande, de no comprimir demasiado el conducto, para no ocasionar dolor, y dándole algunas veces un movimiento de rotacion de derecha á izquierda, para que no se detenga en los pliegues de la mucosa. Una vez en contacto con la coartacion, se procura salvarla, ya empujando directamente la sonda, ya inclinándola á un lado ó á otro, ya por último retirándola para hacerla entrar de nuevo. Cuando se ha introducido en el orificio de la estrechez, se conoce porque la señal que tiene la algalia en la estremidad opuesta se pierde en la uretra, porque hay una resistencia particular, y porque no se sale aun cuando se le deje libre en el conducto.

Si el obstáculo estuviera en la encorvadura de la uretra ó mas allá, ó hubiera una inclinacion anormal de este conducto, por lo que una candelilla derecha y blanda tropezase en la pared inferior, dejando el orificio de la estrechez en un punto mas ó menos distante, seria preciso valerse de algalia de goma de mucha flexibilidad, ó que tuviese un estilete por dentro para darle una encorvadura mas ó menos apropiada, que se adaptase á las que tiene este canal. De este modo se evitará llevar un pliegue de la mucosa por delante, ó hacer un falso camino si los instrumentos tienen alguna resistencia. Cualesquiera que hayan sido las candelillas empleadas, se tendrá cuidado de combatir los espasmos ó irritacion que suelen producir con los remedios de que hemos hablado mas de una vez.

Si la candelilla ha salvado el obstáculo, si solamente ha penetrado algunas líneas en el orificio, por ser la estrechez dura, larga y resistente, ó si ha quedado solo en contacto con la cara superior, debe de todos modos dejarse puesta por algun tiempo, variable por cierto, segun la sensibilidad de la uretra é irritabilidad del enfermo. Al principio como no conviene hacer sufrir mucho al enfermo, se le debe dejar hasta el momento en que le sea incómoda su presencia, pero mas tarde se le dejará por quince ó veinte minutos, arreglado ésto á la pérdida gradual de la sensibilidad.

Esta operacion se repite todos los dias, esto es, si el enfermo no es muy irritable y no sobrevienen accidentes consecutivos que hay que separar, sopena de agravar mas el estado actual. La candelilla que ha servido una vez debe ponerse por dos ó tres ocasiones, para no fatigar demasiado el conducto, y luego se debe hacer uso del número que sigue; de este modo, obrando con lentitud y paciencia, se puede introducir á la vejiga, al cabo de un tiempo mas ó menos largo proporcionado al número de coartaciones, á su dureza, tamaño y circunstancias en que se hallen éstas y por fin á la irritabilidad del enfermo, sondas del número 11 ó 12, cuando en un principio solo penetraban candelillas del número 1. Estos son en pocas palabras los medios de que nos hemos valido para ejecutar esta operacion, advirtiendo á los enfermos, que llevasen por algun tiempo la algalia, mucho mas si notaban que el chorro de la orina queria disminuir. Vamos ahora á decir algo de su modo de obrar, de sus inconvenientes y de las ventajas que nos ofrece.

Las candelillas curan las estrecheces de tres modos combinados entre sí, y son: la compresion, la dilatacion y la irritacion. En el primer caso la sonda comprimiendo el punto estrechado le dá un cierto apoyo, le distiende, produce una absorcion intersticial, que disipa la flogosis que muchas veces la sostiene; y si atendemos al efecto que produce en ciertos tumores indurados ó infartos considerables, no dudaremos que sucede otro tanto en las coartaciones de la uretra. En el segundo caso, por una dilatacion lenta y graduada los tejidos donde obra con mas intensidad, que es por cierto en el punto estrechado, pierden una parte de su rigidez, se dilatan y queda un paso libre á las algalias y al chorro de orina. Finalmente, por la irritacion que produce el contacto del instrumento, ora haya salvado la estrechez, ora haya quedado sobre su cara superior, aparece un flujo que tiende á fundir, reblandecer y producir, como dice Dupuytren, una modificacion vital, que hace que la estrechez se preste al paso de los instrumentos

Los inconvenientes que dan á este método ciertos autores son las erecciones dolorosas, uretritis intensas, abscesos, hematuria, infartos testiculares, dolores agudos &a., pero nosotros los créemos demasiado exajerados y muchas veces solo aparecen por simple coincidencia. Hemos visto en muy pocos enfermos erecciones, y ellas han cedido al opio, emulsiones alcanforadas y emolientes, suspendiendo al mismo tiempo la introducion de la sonda por algunos dias para despues obrar con lentitud y cuidado hasta hacer perder la sensibilidad que las produce. Las uretritis nunca han sido intensas y el flujo parece haber sido una simple fusion de los tejidos indurados. La hematuria solo se ha presentado en casos raros y ha consistido únicamente en pequeñas gotas sanguíneas. Los abscesos han aparecido muy rara vez y nunca han presentado gravedad. Los infartos testiculares, es cierto algo frecuentes, se han combatido con el mejor suceso por los anti-flojísticos y fricciones mercuriales con belladona. Finalmente los dolores y otros accidentes, que han acompañado ó existido en los primeros dias, han desaparecido con simples remedios, usados oportunamente ó con la presencia de las mismas algálias. A mas, todos estos accidentes pueden sobrevenir por cualquier medio irritante que obre sobre la uretra; por tanto no debemos considerarlos como esclusivos de este método.

Hay sin embargo otro accidente mas alarmante que no deja de manifestarse con frecuencia y es una fiebre precedida de frio y seguida de calor, que reviste el tipo de las intermitentes; pero nosotros hemos conseguido abreviar sus accesos dando un vomitivo de hipecacuana en el periodo del frio, y luego algunos diaforéticos, haciendo algunas veces pequeñas sangrias cuando se han manifestado congestiones en órganos importantes, y nunca hemos visto comprometida la vida de los enfermos. Cuando se hacen frecuentes los accesos no hay mas que suspender el uso de las candelillas por algun tiempo, administrar el sulfato de quinina como lo han hecho algunos autores, y calmar lo mas pronto posible la sensibilidad de la uretra: de este modo deja de presentarse este accidente que retarda la curacion de las estrecheces.

Otro inconveniente que dan á la dilatacion, es que á veces es impracticable,

viéndose uno en la necesidad de hacer el cateterismo forzado ó la puncion de la vegiga. A esto diremos que casi nunca una estrechez obstruye completamente la uretra, á no ser que se desarrolle en ella una inflamacion ó espasmos, accidentes que se combaten muy bien con los antiflogísticos y anti-espasmódicos: ademas, poniendo en contacto con ella una candelilla como lo aconseja Dupuytren, se suelen conseguir muchas veces los mejores resultados; pero si llegase el caso de urgencia de penetrar á la vegiga, sería mejor punzarla, que obrar á ciegas sobre la uretra, porque esto traeria graves consecuencias.

Finalmente, Mr. Segall dice: "La lentitud del tratamiento, las precauciones que exije, los sufrimientos á que dá lugar, la insuficiencia para curarlas radicalmente, le deben hacer abandonar." A esto contestaremos que hemos restablecido el curso de la orina en sugetos que hacia 10, 14 ó 20 años, que padecian esta enfermedad y que tenian dos ó mas estrecheces, en el término comprendido entre uno y tres meses y aun antes como en el caso número 1 de la Sala 3.ª, llamado Benito Sanchez, sugeto que hacia 20 años que padecia de tres estrecheces en la uretra que solo daban paso á una candelilla del número 1. Pues bien, en este individuo al cabo de 28 dias se penetró en la vegiga con sonda del número 11, habiendo estado en este intérvalo sujeto á un tratamiento mercurial: esta observacion fué levantada en la Clínica Quirúrjica por todos los alumnos del año 55. En cuanto á las precauciones que hay que tomar, y sufrimientos que ocasiona, los créemos indispensables en toda curacion algo enérgica. Por último, á los que sostienen que no cura radicalmente y que reaparece la enfermedad al cabo de algun tiempo, tambien les diremos, que todos los enfermos que hemos sujetado á este tratamiento han salido de alta con el curso de la orina completamente restablecido y nunca ha habido ocasion de tratarlos por segunda, vez y si alguno de ellos ha vuelto al hospital al cabo de cierto tiempo, no ha sido por esta enfermedad.

Es, pues, fuera de duda, que este método nos ha dado muy buenos resultados: él es el que presenta mas atractivo para los enfermos y no produce tanta desconfianza é intranquilidad en su ánimo, cosa muy importante para salir bien en esta empresa. Hemos tenido ocasion de observar que esta última causa ha bastado para interrumpir la marcha de esta enfermedad, produciendo (cuando los enfermos se encontraban en este estado y el operador no hacia por infundirles valor) el simple contacto de la algalia, una horripilacion seguida de fiebre. Podriamos referir aquí tres observaciones que probarian claramente lo que acabamos de decir, pero por ser esto bien sabido de todos, omitimos hablar de ellas.

Cauterizacion.

La cauterizacion, que es el último método curativo de que vamos á hablar, puede hacerse con potasa càustica ó nitrato de plata, de delante atras ó del centro á la circunferencia. Hemos desechado siempre la potasa cáustica por ser muy delicuescente, y la cauterizacion de delante atras porque como se hace con una candelilla armada del cáustico á modo de lápicero, aunque se introduzca primero una canula y luego por dentro de ella la preparada, es fácil que vaya á tocar porciones sanas del conducto, ó que se desprenda algo del cáustico antes de estar en contacto con la coartacion, produciendo así una hemorragia ó perforacion de la uretra; á mas cuando se cauteriza de delante atras no hay mejoria sensible hasta que está casi del todo destruida la estrechez. Puede tambien la inflamacion desarrollada en este punto y las escaras que se desprenden, obstruir por algun tiempo la uretra; asi es que teniendo presente estos inconvenientes hemos adoptado la cauterizacion del centro á la circunferencia, valiéndonos de los instrumentos de Ducamp y siguiendo el proceder de este cirujano.

Hemos empleado la cauterizacion cuando la dilatacion se ha prolongado por mucho tiempo sin darnos resultados definitivos y cuando por medio de ella se han preparado estas partes para sufrir una operacion mas enérjica, al mismo tiempo que

se ha trazado un camino por donde se ha de deslizar el porta-cáustico de Mr. Ducamp. Hé aquí el modo como nos hemos comportado en tales casos. Despues de haber determinado la distancia, sitio y disposicion de la estrechez por medio de la sonda esploradora, segun aconseja Ducamp, y dado al enfermo una posicion conveniente que es la misma de la operacion del cateterismo, se introduce la cánula que oculta el porta-cáustico hasta ponerla en contacto con la estrechez: una vez hecho esto, se toma con la mano izquierda la cánula, y con la derecha se empuja la varilla del cáustico hácia la vejiga: de este modo sobresale de su vaina, deslizándose al mismo tiempo por el orificio de la coartacion. Como hay en el instrumento una marca que indica á que lado queda la ranura con el cáustico, es facil saberle dirijir á cualquier punto de la circunferencia de la uretra, de modo que si la estrechez está hácia arriba se le conduce en esta direccion y se cauteriza; si está hácia abajo, se le lleva en este sentido y por último si el orificio ocupa el centro de la coartacion, se hace jirar sobre su eje á la varilla poniéndose desde luego el cáustico en contacto con la coartacion. Al cabo de un tiempo corto, como de un minuto cuando mas, se retira la varilla para ocultarla dentro de la cánula y por último se saca todo el instrumento, quedando ilesas las partes sanas.

Lo que sienten los enfermos en el momento de ponerse el cáustico en contacto con las partes, es un ardor, picor ó quemadura y algunas veces un dolor que varia segun la sensibilidad de la uretra é irritabilidad del enfermo: tambien se suele ver salir algunas gotas de sangre, pero todo esto desaparece al cabo de algunos minutos.

Esta operacion se repite al 3.° ó 4.° dia, esto es, si no hay alguna complicacion que combatir, teniéndose especial cuidado de hacerse cargo de la disposicion que ha tomado la coartacion despues de la primera cauterizacion. Cuando hay dos ó mas estrecheces, debe obrarse sucesivamente, es decir, primero cauterizar una, y luego obrar sobre la inferior: de este modo nos hemos comportado en algunos casos y tan solo con cuatro ó cinco cauterizaciones, ha bastado para restablecer el curso de la orina. Podriamos traer aqui tres casos, pero solo hablaremos de uno por habernos estendido ya demasiado

Matias Silva, natural de Italia, de 44 años de edad, de temperamento linfático, constitucion regular, entró al hospital el 28 de Enero del año 55 y ocupó el número 41 de la sala 3.ª Este hombre dice que hacia diez á doce años, que contrajo la primer gonorréa, sanando de ella con remedios administrados por un médico; que despues de ésta adquirió varias ó se reprodujo la misma, siendo en el intérvalo de ellas el ehorro de la orina mas delgado que en el estado ordinario: á medida que pasaban los años, se ponia mas delgado, habiendo tenido varias retenciones de orina por el menor es eso: llegó por fin un momento en que se le presentó un tumor doloroso en el escroto el que fué abierto por un médico, dando salida á un pus muy fétido mezclado de orina. Desde aquel dia la orina principió á salir por esta nueva via, siendo casi nula por el conducto natural. Cuando nosotros lo examinamos, encontramos esta fistula abierta y otras pequeñas inmediatas á ella, el escroto como dejenerado en una sustancia callosa, algo amoratado y dolorido; la sonda esploradora nos dió á conocer dos pequeñas estrecheces que estaban cerca del meato, pero que daban paso á una algalia del número 2; hácia la porcion membranosa existia otra, que nos fué imposible salvar. Desde aquel momento se le puso en tratamiento mercurial y en baños generales, y se dió principio á la dilatacion siguiendo el precepto de Dupuytren; con este tratamiento estuvo todo el mes de febrero, suspendiéndose por dos ó tres veces la dilatacion por haberle venido alguna fiebre, y el mercurio por haberse presentado el ptialismo; en esta época se habian vencido las primeras estrecheces, dando paso á sonda de regular calibre: se obraba sobre la tercera, pero como la curacion se prolongaba mucho y parecia que esta última estrechez se resistia á la dilatacion, se determinó cauterizarla: asi se hizo el 17 de Marzo siguiendo el proceder de Ducamp, despues de haber determinado su forma y disposicion por medio de la sonda esploradora, pues ocupaba la pared izquierda y como tres cuartas partes del

calibre de la uretra. La primer cauterizacion produjo algun dolor, pero no es mentó fiebre el enfermo; se le dieron algunos baños de asiento y bebidas nitradas: al dia siguiente se estableció un flujo por la uretra que tenia todos los caractères de una gonorréa y la orina salia con mas facilidad: se dejó pasar cuatro dias y en su intérvalo se puso á veces una candelilla. El 21 se practicó de nuevo, despues de ver por medio de la sonda esploradora las modificaciones que habia sufrido la estrechez: en esta segunda operacion hubo fiebre, pero cesó mui pronto con un diaforético, con emulsiones, baños de asiento y generales, dieta y quietud absolutas; esta vez la orina salia mas libremente. En los dias siguientes se hicieron tres cauterizaciones, dejando dos dias por medio. Desde la última operacion la orina empezó á formar arco y á disminuir la que salia por la fistula. A mediados del mes siguiente, se llegaba á la vegiga con una algalia del número 4, que se dejaba al principio por algunos minutos y despues por mas tiempo; introduciendo cada vez que se podia sonda de mayor calibre, se llegó por fin á dar á la uretra una capacidad tal que el chorro de la orina era como en el estado normal, saliendo muy poca por la fistula; finalmente el 12 de Mayo se penetró a la vejiga con una algalia del número 12: las fistulas estaban completamente cerradas, la induracion del escroto habia casi del todo desaparecido, debido esto sin duda á haberse quitado la causa que la sostenia y á la influencia de las unturas mercuriales con belladona: el enfermo salió de alta á los pocos dias.

Hay otro porta-cáustico que es el de Mr. Lallemand, que segun dice, presenta algunas ventajas sobre el de Ducamp, como es, poderse cauterizar mas facilmente las coartaciones, situadas mas allá de la encorvadura sub-pubiana y poderse obrar sobre una ó mas estrecheces al mismo tiempo; no podremos decir nada á este respecto, por no haber tenido ocasion de ver operar con este instrumento, por no existir en el Hospital como no existen otros instrumentos necesarios.

El modo de obrar de la cauterizacion en la uretra es lo mismo que en cualquier parte que se aplique; modifica los tejidos ablandándolos y favoreciendo la absorcion intersticial; produce pequeñas pérdidas de sustancia proporcionadas á la duracion de su contacto; estingue como dice Velpeau, la inflamacion crónica que produce y sostiene las coartaciones, al modo que hace desaparecer la de la piel en ciertos casos, algunas anginas, aftas y oftalmias. Es pues, por esto, que desaparecen las coartaciones de la uretra cuando se emplea la cauterizacion.

Los inconvenientes que algunos autores atribuyen á este método, son hemorragias considerables, dolores atroces, endurecimiento de las paredes de la uretra de modo que aunque deje pasar instrumentos de grueso calibre, el chorro de la orina es siempre dificil por perder esta parte su flexibilidad natural y adquirir una rigidez considerable, fiebres intensas, inflamaciones á la vegiga y por último falsos caminos y detenciones alarmantes de orina por el desprendimiento de las escaras, &a; pero todos ellos son exagerados y no siempre se presentan. En cuanto à las hemorragias no concebimos que puedan ser alarmantes, mucho mas cuando el agente obra sobre puntos indurados; las veces que las hemos visto han consistido en simples gotas que mas bien parecieron útiles, los dolores no han sido considerables y han cesado pronto, y si atendemos á lo que demuestra la esperiencia que las estrecheces son casi insensibles, no nos arredrará este accidente. Los espesamientos de la uretra se temerán en caso de obrar con el càustico en porciones considerables ó sanas de la uretra, lo que se evita haciendo la cauterizacion como se debe. La fiebre se ha presentado mui pocas veces y ha calmado con simples remedios. Las inflamaciones de la vegiga complicadas de peritonitis son mui raras; Mr. Beullac trae un solo caso: si ellas se presentasen se combatirian con un plan anti-flogístico enérgico, y á mas por un caso desgraciado no podemos inferir que sea siempre peligrosa esta operacion; quien sabe el estado en que se encontraba el enfermo operado por Mr. Beullac? La obliteracion del canal por las escaras desprendidas nunca ofrecerá peligro, porque el chorro de la orina bastará para desobstruirla. Finalmente los falsos caminos se evitarán obrando con cuidado y en el mismo punto estrechado.

Creemos, pues, que la cauterizacion haciéndose con todas las reglas del arte y consistiendo en simples toques, como para modificar los tejidos mas bien que para destruirlos y combinada con la dilatacion, es uno de los métodos que ofrece mucha ventaja en la práctica.

Dijimos al principio del tratamiento, que nos hemos valido de otros medios á mas de estos dos métodos, ya para combatir ciertos accidentes que sobrevienen, ya para ayudalos: estos han sido los antiflojisticos, los anti-espasmódicos, los emolientes, las fricciones mercuriales con belladona, la administracion del calomel ù otra preparacion de hidrargirio al interior: es verdad que este último plan curativo no lo hemos considerado capaz por si solo de curar la enfermedad, pero sí al menos como una ayuda poderosa, mucho mas cuando las causas primitivas han sido siempre venereas y que este medicamento como todos los desobstruentes, tiene la propiedad de desengurgitar los tejidos, aun el tejido huesoso mismo.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

SEÑALADAS POR LA FACULTAD.

1.ª Determinar si una muger ha parido.

2.ª Existe ó nó diferencia entre el tífus y la fiebre tifoidea.

3.ª Terminacion del quinto par de nervios.

4.ª Convulsiones puerperales.

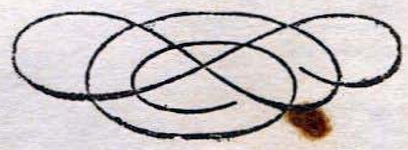
5.ª Origen de la influencia nerviosa, en los órganos de la generacion.

6.ª Naturaleza del tumor blanco.

Buenos Aires, Abril 5 *de* 1856.

Saturnino Lopez.

Esta tésis está conforme á lo dispuesto por el reglamento de la Facultad.

NICANOR ALBARELLOS.

Presidente de Tésis.