10265

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE BUENOS AIRES

LA PERI-URETROTOMIA

MÉTODO NUEVO

PARA

EL TRATAMIENTO DE LAS ESTRECHECES URETRALES

TESIS

PRESENTADA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JULIO W. GOMEZ

BUENOS AIRES

Litografia é Imprenta de G. Kraft, Calle Reconquista 92.

1880.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE BUENOS AIRES

LA PERI-URETROTOMIA

MÉTODO NUEVO

PARA

EL TRATAMIENTO DE LAS ESTRECHECES URETRALES

TESIS

PRESENTADA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JULIO W. GOMEZ

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DUPLICATA
BUENOS AIRES

BUENOS AIRES

Litografia é Imprenta de G. Kraft, Calle Reconquista 92.

1880.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano: Dr. M. PORCEL de PERALTA
Vice-Decano: » MANUEL ARAUZ
Tesorero: » MAURICIO G. CATAN

ACADÉMICOS:

Dr. D. NICANOR ALBARELLOS
» » MANUEL A. MONTES DE OCA
» MANUEL P. DE PERALTA
» » MAURICIO G. CATAN
» » CLETO AGUIRRE
» » ERNESTO ABERG
» » SANTIAGO LARROSA
» » PEDRO A. PARDO
» » MANUEL ARAUZ
» » LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » EDUARDO WILDE
» » PEDRO A. MATTOS
» » JOSÉ T. BACA
» DOMINGO PARODI
» » RAFAEL HERRERA VEGAS

SECRETARIO:

Dr. D. JACOB DE T. PINTO

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRATICOS
Anatomia descriptiva y topográfica	Dr. D.	*Mauricio Gonzalez Catan*
Histología y Anatomía Patalógica	»	» *Ignacio Pirovano*
Fisiolojía general y humana	»	» *Santiago Larrosa*
Patolojía general	»	» *José T. Baca*
Materia Médica y Terapéutica	»	» *Pedro A. Mattos*
Higiene pública y privada	»	» *Guillermo Rawson*
Patolojía externa	»	» *Leopoldo Montes de Oca*
Patolojía interna	»	» *Manuel Arauz*
Clinica Quirúrgica y operaciones	»	» *Manuel A. Montes de Oca*
Oftalmología y Clínica Oftalmológica	»	» *Cleto Aguirre*
Clínica Médica		» *Manuel P. de Peralta*
Medicina legal y Toxicologia	»	» *Eduardo Wilde*
Obstetricia y Clínicas respectivas	»	» *Pedro A. Pardo*

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica		*(Vacante)*
Histología y Anatomía Patológica	Dres.	*C. Lanus y Juan Borbon*
Fisiología general y humana	Dr. D.	*Francisco Tamini* en ejercicio
Patolojia general	»	» *Jacob de T. Pinto*
Materia Médica y Terapéutica	Dres.	*Pablo Santillan y Enrique del Arca*
Higiene pública y privada	Dr. D.	*Pedro Mallo*
Potología externa	»	» *Lucio Melendez*
Patología interna	»	» *Manuel T. Podestá*
Clínica Quirúrjica y operaciones	Dres.	*Juan A. Argerich y Julian Aguilar*
Oftalmologia y Clínica Oftalmológica	Dr. D.	*Pedro Roberts*
Clínica Médica	Dres.	*Juan Bautista Gil y Cárlos L. Villar*
Medicina legal y Toxicología	Dr. D.	*Manuel Blancas*
Obstetricia y Clínicas respectivas	Dres.	*Antonio T. Ballester y Samuel Molina*

DISECTORES:

Juan J. Naon y Felipe Basavilbaso.

PRESIDENTE DE TÉSIS:

Doctor Don Manuel A. Montes de Oca.

Á LA MEMORIA

DE MI ADORADA MADRE.

A mi querido Padre.

Antes que á mi; á ti te pertenece este trabajo, fruto de tus vigilias y de tu constante anhelo. Aceptalo como una prueba de mi reconocimiento.

Tu hijo:

Julio.

A MIS HERMANOS.

Señor Presidente

Señores Académicos, Señores Catedráticos

Il faut plus de science pour prevenir que pour faire une operation.

Smellie

On doit beaucoup exiger de celui qui se fait auteur par sujet de gain et d'intéret, mais celui qui va remplir un devoir dont il ne peut s'exempter est digne d'excuse dans les fautes qu'il pourra commetre.

La Bruyère

I.

Hay una revolucion en el mundo de las ideas y de los hechos practicos.

Las viejas escuelas se van, y las nuevas fortifican su existencia. La intelijencia ha centuplicado sus fuerzas, desde que el método esperimental, la percepcion tanjible de los hechos, iniciaron al espíritu humano en las maravillosas confidencias de la ciencia.

El hombre no era el objeto de la ciencia, sinó bajo la faz especulativa de los sistemas que dividian los espíritus y las creencias de la humanidad.

Las tentativas de la filosofía para esplicar los fenómenes de la vida fisiológica, fueron impotentes, y la medicina, que debia surgir y propagarse entre las nieblas del misticismo, apenas revelaba al principio sus anhelos, por emanciparse de las formas empíricas en que estaba envuelta.

Ha sido sobre todo el estudio positivo sobre el hombre, basado en la observacion y en la esperiencia de los hechos, lo que ha proyectado la luz mas intensa para que podamos darnos cuenta, de los múltiples fenómenos que ofrece su existencia, su desarrollo y sus alteraciones orgánicas.

De esta manera se emancipó la intelijencia humana del viejo espíritu rutinario, y en su regeneracion fué influenciada poderosamente, hasta la ciencia cuyo prólogo empieza con la luz de la vida, y cuyo último párrafo termina en la pájina negra de la muerte. Esta ley inexorable de la vida humana que conocemos, pero que no hemos alcanzado á avasallar para nuestro interés, y sí solo combatir por los medios que el desbordamiento de los conocimientos, arrastra en su rápida carrera; es la que ha solicitado todas nuestras fuerzas, y requerído nuestra mejor atencion, para apartarnos primero, de las acechanzas de los elementos que en su lucha constante nos perturban y destruyen; y segundo, oponiéndole el remedio, que por su accion restituya al organismo lo que le falta, ó le haga espulsar, los gérmenes dañinos que con facilidad se albergan y desenvuelven en él.

Toda la medicina antígua se encontraba representada solo por la terapéutica, de lo cual nos dá razon la necesidad que habia de encaminar y dirijir á la naturaleza, atraida en sus desvíos por las inclemenc del tiempo, y por

las desobediencias á la higiéne individual, penas todas á que está sometido el hombre por la ley del trabajo.

No es de historia que se alimenta el organismo científico, aunque para sentar precedentes tengamos que recurrir á ella. Lo mejor es lo mas útil, ó como dijo un escritor: el saber vale mucho, pero el ser útil vale mas.

Las tendencias de la medicina moderna, que se inspira en las teorias conservadoras, y que esperamos ver en el porvenir sancionadas por el fallo justiciero del éxito; se reflejan difundiéndose en doctrinas, en el principio de que: ántes que los progresos del génio aplicados á la medicina quirúrjica, hallan salvado media humanidad de los embates de los ajentes mórbidos, oponiéndoles la cuchilla salvadora del cirujano; la bienhechora de los pueblos, la higiéne habrá privado de sus triunfos á la cirujia, es cierto, pero en cambio, habrá devuelto á la vida y al trabajo, todos los séres que las estadísticas nos muestran, arrebatados por las continjencias no previstas ó invencibles de las operaciones mejor practicadas, y bajo los mejores auspicios de suceso.

Noble y jenerosa es nuestra aspiracion, es cierto, pero desgraciadamente, difícil sinó imposible de verla colmada en la práctica; la triste demostracion de los hechos, es ruda en su enseñanza, pero convence mas induciendo á buscar el remedio, que las vaguedades y sutilezas, del idealismo sin fondo y sin criterio fijo. Y puesto que estamos conde-

nados á no poder detener la enfermedad que vá á empezar, ántes de que produzca sus estragos, debemos tratar por lo menos, de acercarnos en lo posible al fin que perseguimos; guiados por tan sanos sensimientos, dejando indémne al paciente, que se vé forzado á apelar á la cirujia, de las recaidas y recidivas que tanto torturan á los enfermos, y que á fuerza de repetirse se ajigantan, y se hacen invencibles, sublevándose contra los medios salvadores de que disponen, complementándose la cirujia y la medicina. Preveer el peligro y evitarlo ántes de que se produzca, es mas progreso para la ciencia y mas provechoso para los enfermos, que saberlo combatir y vencer, una vez que él se halla constituido. Y si en el órden civil estamos obligados á evitar los males que sin sacrificio podamos evitar, á los que se llaman apóstoles de una ciencia, su propio carácter les prescribe hacer el mayor bien posible, ahorrando sufrimientos cuantos se puedan, siempre que al hacerlo, no peligre el resultado definitivo.

La cirujia no será destronada del alto Capitolio en que hoy exhive sus triunfos, puesto que sus beneficios siempre serán solicitados como imprescindibles en los casos dados; pero por lo menos, su accion se encontrará un tanto restrinjida, una vez que nos cuidemos algo mas del porvenir de los enfermos, y de sus dolencias. El egoismo científico no se resentirá, de la supremacia adquirida por otro de sus miembros, cuando la resultante, se proyecta en el cuer-

po comun que representa el conjunto; de esta manera gana mas, simplificándose la ciencia y se satisface á sí misma, puesto que cumple su mision. Creemos mas conducente al fin que nos proponemos, buscar medios que preserven de nuevas enfermedades ó por lo menos que las disminuyan en lo posible, que el almacenar elementos, muchos de ellos inútiles para combatirlos: Este último resultado lo poseemos, pero para esto, hemos invertido el órden natural de las cosas, cuando debiéramos ántes, haber tratado de alejar el mal, para librarnos del doloroso espectáculo de ver peligrar los resultados, cuando las consecuencias son adversas.

* * *

El trabajo que hoi someto á vuestra consideracion, y que será el último acto de mi vida de estudiante si merece vuestra aprobacion, obedece á dos móviles, que me han impulsado á adoptarlo como tema de mi tésis inaugural, primero, la conviccion que ha creado en mi animo el estudio de la operacion de que trató la *peri-uretrotomia,* como la mas lógica y desprovista de los peligros é inconvenientes de las otras, y segundo la justa vanagloria, de dejar consignado en mi humilde trabajo, la adquisicion de un metodo nuevo, para el tratamiento de las estrecheces uretrales, adjudicándole á nuestra cirujía Nacional el prívilegio de la anterioridad.

No hemos de ser siempre consumidores, desde que contamos con industriales laboriosos, pues tambien los tiene la ciencia, que trabajan por su engrandecimiento.

Los diferentes procederes operatorios, que estudiamos en los libros de nuestros grandes maestros, han cido creados por lo general en los momentos supremos del acto operatorio, en vista de las particularidades ó necesidades del caso, y de los continjencias que surjen de las mil circunstancias que pueden oponerse al proposito que se persigue ; haciendo variar la conducta que de antemano se tenia trazada, todos estos escollas con que se tropieza, cuando ellos no han podido preveerse, puesto que escapan á la mas fina perspicacia, ponen á prueba, no solo la habilidad del práctico, sinó lo que es aun mas, el genio innovador que obedece al razonamiento, patrimonio, no de aquellos que solo ponen en obra las lecciones que aprendieron en los libros, pero sí, de los que tienen la intuicion del porvenir en los resultados, para crearse á voluntad recursos en los casos dificiles de su practica cuando conducen su cscalpelo por un sendero inesplorado, arrancando á lo desconocido, toda la enseñanza concisa poro elocuente que dán los hechos. El amor acendrado por la ciencia, y la firmeza en la conviccion, son la brújula que guia los pasos del descubridor, en su afan de arrebatar una victima pronta á ser inmolada en aras de la enfermedad.

Durante los últimos meses de nuestra asistencia á las clinicas del Hospital General de Hombres hemos visto practicar tres veces la peri-uretrotomia, por su autor el ilustrado Catedráticode Clinica Quirurjica Doctor M. A. Montes de Oca. Esta era la primera y única vez que llegaba á nuestro conocimiento tal operacion, jamás habiamos visto practicarla, pero tampoco habiamos leido su descripcion en ningun libro; no queriendo confiar en la frajilidad de nuestra memoria, y temiendo que nuestros recuerdos fallaran, rejistramos nuevamente los autores de Cirujía, y los tratados especiales de las enfermedades de los organos genito-urinarios; confiando siempre encontrar á vuelta de cada pájina, la descripcion que buscabamos, todo nuestro trabajo fué infructuoso; la tal operacion no existia en los libros era pues necesario buscar su origen en otra parte, en efecto, posteriormente á esta mi pesquiza supe que en la conferencia correspondiente al dia, en que por vez primera se practicó la peri-uretrotomia en el Hospital, el Señor Catedrático, pidió á los alumnos un nombre para la operacion que se acababa de efectuar; muchos nombres se dieron, pero que no colmaron los deseos del autor del metodo, quien la dejó sancionada con el nombre con que hoy la propagamos la *peri-uretrotomia.* Esta es puede decirse, la historia del nuevo metodo de que nos ocupamos, y que ahora presentamos, no con la pretension de que él quede desde luego sancionado, y por lo tanto erijido en doctrina, pues

reconocemos que necesita todavia de nuevos casos, que justifiquen plenamente su superioridad sobre los otros metodos; sinó con la esperanza de que, una vez que él sea puesto en ejecucion por nuestros cirujanos, pase á ocupar en la cirujía, el puesto que la fortuna ó la desgracia le depare: en efecto, atento el objeto de nuestros estudioso, no basta que ciertas teorias convenzan haciéndose preferibles á otras, se requiere sobre todo, que la practica las sancione, y que los resultados las aclamen, para que puedan gozar de la aprobacion y del respeto de todos.

El fin principal de este trabajo es, como lo hemos manifestado mas antes, hacer conocer á los que aun no lo conoscan el método de que hablamos, pero para ocuparnos de él con mas utilidad, necesitamos detenernos un momento á estudiar las estrecheces, principalmente bajo el punto de vista del mecanismo de su produccion, porque como hemos ya dicho, la peri-uretrotomia debe su fundamento esencial, á la manera de producirse estas estrecheces; ó para hablar con mas claridad, ella se propone *únicamente*, hacer cesar la accion del nuevo producto, que obra en el sentido de hacer desaparecer la luz del conducto uretral. Sin el estudio previo de las estrecheces, quedaría incompleta la demostracion que buscamos, puesto que le faltaria su base principal.

II.

Cada autor que ha estudiado las estrecheces, ha dado de ellas una definicion mas ó menos errónea y contradictoria, de ahí la dificultad que para dar una definicion del asunto hay desde luego que vencer. Considerada la úretra en estado de reposo, sus paredes se encontrarán en contacto una con otra, quedando de esta manera cerrado el conducto que circunscriben; una alteracion sobrevenida de cualquier naturaleza que ella sea, impidiendo que estas paredes se separen; habrá hecho desaparecer la facultad de dilatarse, que antes tenian, y por consiguiente, permaneciendo las paredes opuestas adosadas la una contra la otra; habrá desaparecido la luz del conducto y desde entonces se encontrará estrechado. Consecuente con estas ideas, Sir Charles Bell, definia la estrechez diciendo que era: *la condicion en que el conducto uretral, habia perdido la facultad de dilatarse.* Esta es la definicion que adoptamos.

Muy diversos caracteres se han adoptado por los autores que se han ocupado de la materia, para hacer una division que facilite su estudio, asi bajo el punto de vista de su duracion, se han dividido en transitorias y permanentes; otros han preferido dividirlas segun su naturaleza, y las han llamado inflamatoria ó congestiva, y estrechez espasmódica, que como es fácil notar se confunden en sus límites respectivos. Hunter tomando los caracteres de las divisiones anteriores, hizo tres variedades: 1° permanentes, 2° puramente espasmódicas y 3° mixtas. Como vemos, esta division presenta varios puntos vulnerables, en primer lugar que casi no hay una sola estrechez que se vea libre del elemento espasmo, y en segundo lugar, que en ella no aparece la inflamacion aguda, como una causa muy comun de estos estrechamientos.

Posteriormente Bell, separándose del camino que habian seguido sus antecesores, para hacer una clasificacion, las dividió en dos grandes clases; 1ª estrecheces dilatables, y 2ª estrecheces no dilatables; esta division como es fácil ver deja mucho que desear por lo que respecta á la anatomia patológica; base de clasificacion mas sólida que todas las otras. Beclard aproximándose mas á la verdad, las dividió en inflamatorias y orgánicas, pero desgraciadamente subdividió estas últimas en muchas variedades, haciendo entrar en ellas elementos de los cuales algunos no constituyen estrechamientos.

Leroy á su vez complicó aun mas la cuestion, describiendo nueve variedades de estrecheces, que son: 1° estrecheces inflamatorias, 2° estrecheces fungosas, 3° estrecheces valvulares y rutídicas (falsas vias), 4° estrecheces fibrosas, 5° estrecheces turgescentes ó eréctiles, 6° estrecheces ulceradas, 7° estrecheses vegetantes, 8° estrecheces varicosas, y 9° estrecheces cartilaginosas. En la sola enumeracion de esta larga série vá incluida su refutacion.

La rápida revista que acabamos de hacer, basta por sí sola para dar á conocer los defectos de que adolecen todas las clasificaciones; unas porque comprenden mas del objeto que se proponen, otras porque restrinjen demasiado su alcance, y por último, otras son por demás autoritarias para que podamos aceptarlas.

Necesitamos llegar á Cruveilhier, para encontrar bien estudiada la anotomia patológica de las estrecheses, para tomarla como base de clesificacion. En efecto, él pensaba que no existia mas que una clase de estrechamiento, asignándole la naturaleza de tejido fibroso, sea que este ocupara solamente la mucosa de la úretra, sea que tuviera su asiento en los tejidos que se encuentran por encima de ella. De cualquier manera que sea, y sin pretender dar un tipo de clasificacion, pero teniendo sí en cuenta, que en su simplicidad, condicion necesaria para una buena division, va comprendido el mayor número de los casos, sín estralimitarse en su alcance, admitimos que deben distinguirse dos

grandes clases de estrecheces: 1° unas de orígen traumático, cuyo tejido es de naturaleza cicatricail; y 2° otras de orígen inflamatorio, constituidas por un tejido nuevo, de naturaleza fibrosa.

Aunque ligeramente nos ocuparemos en este capítulo del estudio de las causas productoras de las estrecheces, reservándonos para cuando tratemos su anatomía patológica, el dar mayor ensancho á este estudio, por cuanto son estremos que no pueden separarse.

Al estudiar estas causas Sir A. Cooper, dice lo siguiente: «respecto á la manera como se producen las estrecheces, opino de opuesto modo que Hunter, unas de los mas grandes autoridades quizás que hasta el presente han existido, y si se me pregunta cual es la causa mas frecuente de las estrecheces, diré que de cien casos los noventa y nueve provienen de gonorreas, ó de algun exeso hecho por el enfermo que sufre esta afeccion.»

Abernethy cree á su vez, que la gonorrea mal cuidada es la causa mas frecuente de las estrecheces.

Sir E. Home, opina que es tan frecuente que los síntomas de estrechez, vayan precedidos de una gonorrea intensa, en que la mueosa uretral no ha vuelto aun á su estado normal, que hace mucho tiempo que está convencido de la influencia que la gonorrea tiene, como causa determinante de las estrecheces.

La causa mas frecuente del estrechamiento de la úretra es la gonorrea.....

La inflamacion suele preceder á la estrechez de tal modo que, casi puede establecerse como evidente, que el orígen de todas las estrecheces es á la flegmacia del conducto, lo que las adherencias de la pleura, son á la inflamacion de esta membrana; de esta manera se espresa Bell en su *Treatise on diseases of the urethra.*

Para terminar esta série de citas, diremos con Brodie: que las estrecheces son en el mayor número de ocasiones, la consecuencia de gonorreas intensas de larga duracion.

Largo seria mencionar todos los autores que opinan de la misma manera que los ya nombrados; nos bastará para nuestro objeto, consignar entre otros, los nombres de Laoureuce, Liston, Chelius, Ducamp, Civiale, Leroy (d'Etiolle) etc.

En verdad que no deja de sorprender el encontrar tal comunidad de ideas, entre tantos observadores, acostumbrados como estamos á ver las opiniones mas variadas y encontradas, para la esplicacion mas sencilla. Esta dá por cierto una gran certidumbre á la opinion sostenida, observada y corroborada por todos los que han hecho un estudio algo sostenido del asunto; y si quisiéramos apelar á nuestra observacion práctica, nos bastaria citar el hecho de que, siempre que un enfermo afectado de algunos de los síntomas de las estrecheces, ha consultado á un médico, la pri-

mera pregunta que casi automáticamente se escapa de sus lábios, es siempre la siguiente: ¿«cuántas gonorreas ha tenido usted? como si esta pregunta fuera el exordio natural que debiera preceder al exámen; y en verdad que esta manera de empezar el interrogatorio de un enfermo sospechoso de estrechez uretral, sancienada por todo el mundo, probaria hasta cierto punto la certeza que se tiene en la causa que se busca.

Seria fácil presentar estadísticas numerosas que produjeran datos en corroboracion del acerto que sostenemos, pero nos parecen demás, por estar suficientemente probado el orígen gonorreico de la afeccion; que como lo observa muy bien Cooper, el uno por ciento constituyen los casos que no reconocen como causa á la gonorrea. Ante el lenguaje sencillo pero severo de los números, enmudecen todas las opiniones, y se constituyen los hechos ciertos.

No quiera entenderse con esto que infaliblemente á la gonorrea ha de seguir la estrechez; no por ser tal la gonorrea ha de necesariamente determinarlas, á este respecto se hace y con justicia la siguiente objecion. ¿Cómo es que siendo la porcion anterior de la úretra, la mas comunmente presa de la flegmacia se halla por lo regular la coartacion á una distancia de 12 á 14 centímetros del meato? Contestamos con el señor Thompson: «la blenorragia considerada como una inflamacion agüda, no es causa frecuente de estrechez mientras no pasa de los 8 á los 10 centí-

metros anteriores....Pero si se tienen en cuenta las circunstancias que suelen concurrir, en los sujetos que gozan de determinadas constituciones ó que han descuidado ó tratado mal la enfermedad, veremos que la blenorrágia es una causa muy frecuente de estrechez.» En estos casos en lugar de desaparecer la inflamacion á las cuatro ó cinco semanas, se estiende gradualmente hasta la porcion bulbosa, afectando principalmente la forma sub-agüda con una duracion de muchos meses y ocasionando un lijerisimo flujo, que persiste á despecho de todo tratamiento.

III.

Para seguir el proceso generál, que prepara por así decir el camino en los enfermos afectos de estrechez, vamos á tomar las cosas desde su principio, y seguirlas en su evolucion hasta verlas terminar en la enfermedad declarada y rebelde, tal cual lo hemos visto muchas veces este procoso es el siguiente: el paciente ha tenido una blenorragia algunos años ántes, se halla ó no curado esta; un cierto tiempo despues ha recaparecido un nuevo flujo, y despues otro, y aun otro mas, habiendo por cierto desatentido casi por completo este último, y probablemente tambien los anteriores, por no producirles molestias y ser casi insignificante segun los enfermos; ellas recuerdan siempre, que el flujo reaparecia ó aumentaba, despues de cualquier exeso ó desarreglo como tambien, que esperimentaron algun ligero escozór ó dolor en un punto determinado de la estencion del miembro, yendo seguramente todo esto acompañado, de

alguna ligera dificultad para la miccion, á que los enfermos no dan importencia alguna. Siguiendo ellos esta conducta, pasan largos periodos que por regla general se estienden á tres, cuatro y mas años, hasta que por fin los enfermos son algun dia sorprendidos, por la forma rara que toma el chorro de su orina, por su distinto direccion, á bien por su escaso volúmen, ó la poca fuerza impulsiva con que se expele. En casos menos felices el primér signo que despierta la atencion de los enfermos, es un ataque repentino de retencion de orina, que trae en sí aparejado, todo un cúmulo de consecuencías proximas y remotas que á su tiempo se manifestarán con todo su esplendor.

Es esto el proceso etiologico siempre y por todos observado; veamos ahora cuales son los fenomenos que se desarrollan, cuando concurren de consuno las condiciones que dejamos apuntadas.

Mucho se ha discutido sobre si la urétritis simple acompañada de los exesos consiguientes podría producir una coartraccion suficiente en la uretra, que impidiese el pasaje de la orina ó de los instrumentos; hay quien cree, que basta que la mucosa de la urétra sea asiento de una flegmasia cualquiera, para que la estrechez sea su consecuencia lógica; no negamos la probabilidad, pues bastaria que las condiciones normales de calibre del conducto hubiesen cambiado por la tumefaccion de la mucosa, para que un ligero grado de estrechez sea su consecuencia; pero sí negamos

su frecuencia, porque estas urétritis jamas han dado lugar á esas coartraciones casi infranqueables que nos ocupan, y que se situan de ordinario al nivel de la porcion menbranosa.

Para que la tumefaccion esclusiva de la mucosa urétral fuera capáz de producir un grado de estrechez de la magnitud que indicamos, fuera necesario, ó que las paredes apuestas de la mucosa, en su trabajo flegmasico marchen á encontrarse en la linea media, condicion que es solo admitida por Bell, como lo hemos hecho notar mas arriba, pero que no concuerda ni con la observacion ni con las deducciones de la anatomia—patologica; ó bien que la tumefaccion de una sola de las paredes tome un desarrollo tan considerable, que adhiriéndose á la pared opuesta, constituya como una especie de puente que colmaria toda la cavidad de la urétra.—No es esta como luego veremos la patogenia de las estrecheces.

Considerada la noposibilidad de su formacion en el periodo agüdo de la flegmasia simple en sayemos de esplicarla durante su periodo reparador, esto es cuando se constituye la cicatrizacion.

En una solucion de continuidad con pérdida de sustancia en los partes blandas esteriores, el resultado definitivo de la pululacion de botones carnosos en las superficies que han perdido su cubierta natural, y finalmente de la curacion, es la retraccion del nuevo tejido cicatricial; pero no pu-

diendo reproducirse la sustancia que ha desaparecido, resulta disminucion de volúmen en una ú otra direccion segun opina juisiosamente el señor Thompson. Un proceso semejante tiene lugar en la cavidad de la urétra:

Ulcerada esta, sobreviene á su debido tiempo el trabajo reparador á que haciamos referencia, con el correspondiente deposito de materiales retráctiles aptos para organizarse, materiales que harán adherirse unos á otros los repliegues de la mucosa, y entonces ¿que sucede? ó bien el tejido nuevo, no tiene la suficiente fuerza de retraccion para organizarce solidamente y constituir un obstáculo al curso de la orina, que es lo que pasa en los casos felices; ó bien, evolucionando de distinta manera el nuevo tejido adquiere considerable dureza y un desarrollo extremado, adhiriendose entre sí los repliegues de la mucosa y cicatrizandose las superficies opuestas ulceradas, lo que es sinembargo un tanto dificil. En verdad que con estas elementos se tendría suficiente para constituir una estrechez; apesar de todo, este cambio operado en la mucosa, no nos parece bastante para obstruir el canal hasta el punto de no dejar pasar ni la orina, ni las sondas, como frecuentemente se observa en los casos de estrecheces. No son estas las que han de reclamar una operacion que sobrepase en gravedad á la introduccion de las sondas ú otros instrumentos, por cuanto el grado de coartacion es facilmente vencido por estos medios, no siendo necesaria una

intervencion mas activa. Nos ocupamos sobretodo de aquellos casos en que el aparato sintomático resultante del grado de estrechez, es tan considerable, que los *métodos suaves* no han producido beneficio alguno, cuando no han empeorado la situacion del paciente, y para estos necesitamos hacer entrar un nuevo factor en el problema á resolver, factor que, para nosotros, juego el principal rol en la produccion de las estrecheces.

Teniendo en cuenta el poderoso contingente que este nuevo elemento lleva á la cuestion, es que, oponiéndonos á los tratamientos puestos en práctica por los cirujanos, y arrostrando todo lo que la crítica pueda decir de nuestro trabajo, pobre de ilustracion y escaso de bellas formas; es teniendo esto en cuenta, que vamos á recomendar un tratamiento nuevo, el cual veremos desprenderse con inflexible lógica del mecanismo de las estrecheces, asi que vayamos desarrollando las doctrinas al respecto.

Reanudo el estudio patogénico de las estrecheces y prosigo.

Algunos han llegado hasta negar el hecho por todos observado de la ulceracion de la mucosa: hoy está fuera de duda. Lo que aun no está bien conocido es la parte que toma la ulceracion en la produccion de las estrecheces. Hemos ya manifestado nuestra desconfianza sobre si el tra-

bajo ulcerativo podria por sí solo acarrear un estrechamiento del conducto, y ahora afirmamos, que *el elemento principal de estas coartaciones consiste no en los cambios que la mucosa uretral sufre, sinó en las transformaciones patológicas de los tejidos subyacentes*, entrando la alteracion de la mucosa como parte accesoria.

En efecto, ¿qué pasa en el plano subyacente á la mucosa enferma de la úretra?

Trataremos de esplicarlo apoyándonos en la autoridad de los que han estudiado la cuestion.

No era en realidad grande la distancia que separaba el sitio presunto de las estrecheces, del que propiamente debe considerarse como su punto de partida. Llevada la irritacion flegmásica á la mucosa, todo induciria á creer que los fenómenos se desarrollan simplemente en ella, debiendo por lo tanto solicitar toda nuestra atencion; nada mas erróneo sin embargo.

El punto primitivo de la irritacion es la mucosa, esto es innegable; pero no habiendo ningun obstáculo para que la irritacion se trasmita á los tejidos próximos, se verifica este tránsito favorecido por la vascularizacion de la parte, con una singular facilidad, á menos que el trabajo inflamatorio no prosiga su curso, verificándose su resolucion en la misma mucosa. No es esto, por desgracia lo que jeneralmente sucede, y entonces la flemagsía reviste un carácter mas grave, avanzando unos grados mas hasta terminar por com-

pleto su evolucion, ayudada como se encuentra por la negligencia, los abusos, y las ocupaciones incompatibles con la asistencia de los enfermos.

En este estado de cosas, el tránsito del trabajo irritativo de la mucosa á los tejidos que la rodean no se hace esperar, y bien pronto la inflamacion se apodera de ellos, que ofrecen un terreno mejor preparado para desarrollar en su seno el nuevo tejido fibroso, que ha de estrechar entre sus fíbras fuertes el canal.

Llallemand piensa que los estrechamientos consecutivos á la inflamacion de la úretra: son la consecuencia de un derrame de linfa plástica en el tejido celular sub-mucoso, derrame cuya evolucion le transforma en una virola fibrosa, que constituye por completo la estrechez.

Con el autor antes citado opina Reybard que las coartaciones del carnal uretral son el resultado de este derrame que se verifica en los tejidos subyacentes á la mucosa, y que formarian una induracion manifiesta en las partes del canal accesibles al tacto.

Para Guerin no existe jamás tejido inodular en las estrecheces consecutivas á la flegmasía de la mucosa de la úretra, y en todos los casos por él observados, esta membrana no ha sido el sitio esclusivo de las estrecheces, sinó que eran la consecuencia de una lesion situada por debajo de ella. Los estrechamientos inflamatorios serian pues debidos á «la retraccion de las fíbras induradas del tejido reti-

cular subyacente á la membrana mucosa, y el punto de partida de su produccion, seria un depósito de linfa plástica infiltrada entre las mallas de este tejido.» De esta manera de ver, participa tambien Philips, quien ha comprobado la integridad de la mucosa ó por lo menos su no transformacion en tejido fibroso.

Fácil es comprender que nna inflamacion largo tiempo sostenida al nivel de la porcion membranosa de la úretra, cuyo estado se encontraria además favorecido por la gran riqueza vascular de la region, es á todas luces una causa mas poderosa que la de la inflamacion blenorrágica sola para acarrear el estrechamiento, depositando en el interior y bajo la mucosa, una cantidad mas ó menos grande de linfa plástica coagulable y organizable, dotada de propiedades eminentemente retráctiles, y que al tomar su definitiva organizacion, constriñirá los tejidos peri-uretrales y la úretra misma como en una ligadura.

M. Pro, que ha estudiado con suma atencion, la série de fenómenos qus se desarrollan cuando una inflamacion de la úretra debe terminar en una estrechez, dice á este respecto lo siguieute: «El primer efecto de la inflamacion sobre la membrana mucosa consiste, en un espesamiento ó una tumefaccion causada por el ingurgitamiento de los asos; despues se observa en la trama misma de la mem-

brana, una exudacion albuminosa, que se estiende á los tejidos circunvecinos que se ponen edematosos. Toda esta materia se reabsorve prontamente en las condiciones favorables, es decir en los estrechamientos inflamatorios que se terminarán por resolucion; pero cuando el estado mórbido persiste, se vé derramarse la linfa plástica en mas ó menos gran cantidad, en la cual aparecen bien pronto núcleos fibro-plásticos.....El resultado definitivo de este trabajo consiste, en la formacion de un tejido fibroso al derredor del canal, suficientemente sólido, y que hace adherir íntimamente la mucosa á los tejidos subyacentes, cuyas mallas infiltra interesando al mismo tiempo las células del cuerpo esponjoso.»

Es de esta manera como entendemos y esplicamos, el mecanismo de la formacion de las estrecheces uretrales.

«La materia amorfa interpuesta á las fibras. las mantienen separadas, pero disminuye progresivamente de cantidad, se reabsorve, poco á poco y al fin desaparece. Esta desaparicion gradual se opera molécula á molécula, como se efectúan todos los fenómenos de este jénero, y ella ofrece toda la energía que presentan estos actos moleculares, apesar de su lentitud. De esta desaparicion de la sustancia interpuesta á las fíbras, resulta la aproximacion de estas y como consecuencia lógica, la disminncion de estension de la masa que ellas forman, y del intérvalo que separaba las porciones de tejido sano, en continuidad de sustancia con

ella. Este fenómeno no tiene nada que le haga comparable á la contraccion de los tejidos mus:ulares; él no es debido al acortamiento de fibras algunas, él es mecánico en cierto modo, y ofrece en su energía, su continuidad, su resistencia á los obstáculos que se le oponen, todos los caracteres de fatalidad, propios á los fenómenos moleculares.» (C. Robin)

La linfa plástica de que hablamos, puede seguir dos caminos diferentes, ó bien infiltra solo el tejido celular submucoso, completando su organizacion y transformándose en este sitio; ó bien, siguiendo su marcha invasora, recorre todo el trayecto hasta llegar al tejido esponjoso, y aun hasta llega á infiltrar los mismos cuerpos cavernosos. Cuando el proceso irritativo se apodera por decirlo así, del tejido esponjoso, lo cual no es infrecuente, se trata en este caso de un estrechamiento tipo. El tejido pierde entonces en parte ó en totalidad su coloracion rojiza, junto con la estensibilidad normales, puesto que sus mallas están en gran parte destruidas, y sustituidas por un tejido nuevo de naturaleza fibrosa, con todos sus caracteres anatómicos de dureza y coloracion especiales. En este caso, encontrándose dificultado el curso de la sangre en el órgano, la ereccion es casi imposible por la falta del aflujo sanguíneo, á las últimas porciones del pene.

Hácia el cuarto ó quinto año de la, ó de las gonorreas es cuando jeneralmente se completan estos fenómenos, cuyo

detalle acabamos de hacer. Antes de este tiempo, apénas si se pueden sospechar los cambios orgánicos, que se operan en el interior, hasta que se encuentra del todo terminada la transformacion fibrosa; las areolas con sus vasos casi han desaparecido y en su lugar, se encuentra el tejido fibroso de reciente formacion, afectando una coloracion blanco brillante. Apesar de esta desaparicion del tejido normal, el nuevo goza en alto grado de la propiedad de ser apto para la inflamacion.

M. Charles Robin cuyos estudios á este respecto, se han hecho clásicos, esplica por los fenómenos de retractilidad lenta intersticial, la que su vez es debido á la evolucion molecular del núcleo fibro-plástico, que se estrecha á medida que se organiza, exactamente como se verifica en el tejido de las cicatrices, la disposicion particular que toma el tejido esponjoso condensado, y de menor volúmen en estas coartaciones, que dá por resultado el que, este tejido sea siempre llevado hácia el centro del canal, donde formaria una eminencia de volúmen variable, que se corresponde con una depresion ó infundíbulo que existe en el interior; cuya disposicion completa ó por mejor decir favorece, la exactitud de los elementos opuestos que constituyen la estrechez.

En el capítulo «de los estrechamientos del canal de la úretra por tejidos fibrosos» de su *Clinique Chirurgicale*, dice Rizzoli lo siguiente: despues de gran número de autop-

sias practicadas en individuos muertos con estrecheces, he podido convencerme de que, el canal de la úretra puede estrecharse bajo la influencia de producciones muy diversas, pero que la mas frecuente de estas es el tejido fibroso, ordinariamente colocado bajo la membrana mucosa, otras veces pero muy raras, son producciones mórbidas de naturalezas diversas, como por ejemplo: infartos crónicos simples ó inflamatorios de la mucosa, fungosidades consecutivas á ulceraciones, pequeños pólipos, condílomas, válvulas, bridas transversales, producciones malignas, cálculos, y en fin, tumores varios situados sobre órganos vecinos y que comprimen la úretra.»

Este producto de nueva formacion se desarrolla por dentro, haciendo salida bajo de la mucosa, así será preferible llamar á estas afecciones: estrechamientos del canal uretral. Esto será tanto mas exacto cuanto que, el tejido fibroso desarrollándose, aumenta la circunferencia esterior de la úretra, disminuyendo su circunferencia interior. (Rizzoli—*Clinique Chirurgicale.*)

El exámen anatomo patológico de los estrecheces, ha dado por resultado encontrarlas diferentes y cuya estructura no es siempre la misma, en efecto, se las encuentra limitadas á la mucosa, en cuyo caso hay una simple hipertrofia, que debe considerarse solo como un estrechamiento

primitivo y elemental, producido por causas idénticas á los demás, y sostenido por circunstancias del todo individuales, y que desaparecen despues de la muerte del individuo por la descongestion que se apodera de los tejidos en este momento; todo lo contrario de lo que sucede en las estrecheces de naturaleza fibrosa, que persisten aun despues de la muerte. La prueba directa de que esta clase de estrechamientos no exeden los límites de la mucosa, está en que, si operámos la seccion del punto estrechado, los tejidos sub-mucosos no han esperimentado cambio alguno, á no ser que se tome por tal las adherencias que se encuentran al nivel de la coartacion, entre la mucosa y los tejidos que la cubren.

En otras circunstancias mas graves y que requieren una atencion mas solícita, el exámen *de vissu* de una uretra estrechada permite descubrir una verdadera solidificacion del tejido celular sub-mucoso, cuyas areolas son ocupadas por una materia amorfa granulosa, que ahoga y destruye su elasticidad, llegando hasta desorganizar las fibras musculares lisas; y por fin hasta las paredes de los cuerpos cavernosos, donde forma un cuerpo sólido y resistente, apreciable al tacto en los puntos que están á su alcance, donde dá la sensacion de las producciones cartilaginosas.

Siguiendo el camino comprendido de hacer conocer todas las opiniones vertidas por los autores para esplicar la produccion de las estrecheces de la úretra, vamos á citar las últimas que creemos merezcan serlo.

Para M. Pro, la úretra puede ver el sitio de estrecheces producidas por exudados que se depositarian en su superficie.

Hancok cree haber reconocido por medio del microscópio, falsas membranas adheridas á la superficie de la mucosa.

M. Voillemier no admite estas «pretendidas falsas membranas en la superficie de la mucosa de la uretra.»

La inflamacion crónica deja siempre una tumefaccion permanente á hipertrofia de la mucosa, juntamente con una hipersecrecion cuyo producto es una mucosidad blanco grisacea transparente y filante, que puede ó no, ir acompañada de una formacion anormal de epitelio. Puede suceder que el epitelio sea rápidamente eliminado, dejando detrás de él, la mucosa en seco, y como excoriada ó bien puede acumularse indistintivamente, ó sobre partes limitadas de la mucosa y formar asi como capas laminadas, de espesor diferente, ocupando la membrana mucosa en parte ó en totalidad.

Es asi como esplica Rokitanski estas falsas membranas, y depósitos plásticos de los autores antes citados.

Todos estos nuevos productos, si es cierto que se han observado, pueden constituir un obstáculo pasajero al libre curso de la orina, pero jamás llegarán á formar esas estrecheces infranqueables, por los instrumentos, tan frecuentes en los casos en que la afeccion ha seguido la marcha que anteriormente hemos hecho conocer.

Para terminar lo que á esta parte de nuestro trabajo se refiere, queremos dejar reasumido en pocas palabras cómo entendemos el mecanismo de la produccion de las estreheces uretrales, es el siguiente: Consideramos á la blenorrágia crónica, con todo su cortejo de exesos, descuidos, imposibilidad para una buena asistencia, y aun los malos tratamientos instituidos, como el orígen ó el punto de partida de la afeccion; ahora bien, si la inflamacion blenorrágica queda limitada á la mucosa de la úretra, sin avanzar á los tejidos que la envuelven, esta se congestionará aumentando de espesor, habrá entonces obstáculo al libre curso de la orina, pero no verdadera estrechez, en el sentido de requerir una intervencion activa por parte del cirujano; pero si como por regla jeneral sucede, la flegmacía sigue una marcha progresiva, y se propaga el tejido celular sub-uretral, y aun á la trama del tejido esponjoso; en el primer caso la linfa plástica que se derrama en las mallas del tejido celular se organizará, siguiendo faces sucesivas que darán por resultado estrechar progresivamente el calibre de la uretra, exactamente como lo haria el hilo de una ligadura aplicada á la circunferencia del canal. En el supuesto de que el tejido esponjoso sea comprometido, sus areolas serán en parte ó en totalidad destruidas, y sustituidas por un tejido fibroso denso y resistente, que rodea á la úretra por todas partes hasta ahogarla entre sus fibras fuertes, y de una dureza muy superior, á la débil resisten-

cia que puedan oponerle las paredes blandas y depresibles de la úretra.

En ambos casos la coartacion del conducto será siempre la consecuencia inevitable.

IV.

Voy á ocuparme ahora de una complicacion que acompaña casi siempre á las estrecheces, y que puede, por si sola, constituir todo el peligro de la afeccion; quiero hablar de las fistulas urinarias, que son: trayectos accidentales en forma de canal, comunicando con la urétra, y que dejan escapar sea productos de secrecion mórbida, sea el liquido que atraviesa normalmente este conducto. (Cacteau)

Los carácteres diferenciales que dividen á las fistulas, dependen del sitio en que se las encuentra, y bajo este concepto, pueden distinguirse, en fistulas peneanas, y fistulas de la parte posterior del canal, subdividiendose á su vez, estas últimas, en fistulas uretro-perineales, uretro-rectales y escrotales, segun que su abertura ezterior se hace en el periné, en el recto, ó en el escroto.

Examinaremos ligeramente algunas de estas últimas, por ser las que acarrean mayor suma de desordenes, ser de una

curacion mas dificil, y sobretodo, porque el lugar que ocupan, les dá un sello particular que justifica su distincion.

Las fistulas uretro-perineales y escrotales son en mucho las mas frecuentes y en la mayoria de los casos, son los obstáculos al libre curso de la orina, la causa que las determina, y en estas circunstancias aparecen como fenómeno consecutivo á las infiltraciones urinarias ó á los abcesos urinosos. Otras causas pueden tambien determinarlas, tales como los traumatismos accidentales en el trayecto de la uretra, la operacion de la talla perineal, debiendo figugurar en primera linea en esta enumeracion, una causa de tanto valor como la misma estrechez, cual es : la operacion de uretrotomia externa con que se trata de curar aquella. En efecto, cuando estudiemos el tratamiento de las estrecheces, veremos que son raras las operaciones de esta clase, que se practican, y que no dejan en pos de si fistulas, que dan cuenta del mal éxito de la operacion.

Estas fistulas presetan regularmente varios orificios hacia el esterior; el orificio interno, presenta su abertura por detras del estrechamiento, en ocasiones raras, él está situado por delante, y sus bordes son irregulares y oblicuos de atrás adelante, ó afectan una direccion perpendicular á las paredes del conducto.

El orificio cutáneo, cuyo sitio de predileccion es el periné ó el escroto, puede á su vez ser único ó multiple, que es

lo mas comun, y encontrase recubierto por un repliegue de la piel, que hace dificil su constatacion.

El trayecto directo ó sinuoso, se encuentra en comunicacion con una cantidad de pequeños diverticulos que se terminan en fondas de saco, ó bien en abcesos que el trabajo incesante de la orina ha podido formar. En este caso, al contrario de lo que tiene lugar cuando la orina invade los tejidos en gran cantidad, ella no los mortifica, sinó que solamente los irrita, los inflama; de tal suerte que se deposita en todo el trayecto fistuloso linfa plastica que en verdad los preserva del esfacelo, pero que al mismo tiempo los endurece quitandoles en blandura natural..... .Si esta induracion puede ser considerada como un resultado felíz, puesto que ella constituye un preservativo contra la invacion general de los tejidos por la orina, ella ofrece en cambio el inconveniente de no desaparecer siempre con facilidad, de modo que aun restablecido el trayecto del canal de la uretra, la induracion persiste, y continua suministrando liquidos putridos y pus; haciéndose necesario atacar á la misma fístula para hacer desaparacer la induracion de los tejidos que la circunscriben » (*Henri Picard—Traité de maladies de l'uréthre.*)

Es en ocasiones muy difícil adquirir datos exactos sobre la longitud, direccion, etc., de las fístulas, y al efecto se han aconsejado muchos medios para llegar á este conocimiento; entre todos creemos el mas seguro el siguien-

te: introducido un catéter en la uretra, se hace penetrar por uno de los orificios de la fístula, si tiene varios, un estilete recto ó encorvado segun la direccion sospechada del trayecto; como por lo regular el orificio ínterno se abre por detrás de la coartacion, el estilete introducido siguiendo la direccion del trayecto anormal, irá á chocar con el catéter que se habrá mantenido fijo en su lugar.

Recurriremos siempre á este medio cuando por no salir la orina en suficiente cantidad por el orificio esterno, sea difícil reconocer la afeccion, en otros casos mas fáciles, en el acto de la miccion sale á la vez la orina por el meato y por las fístulas; ó bienc uando las estrecheces son considerables, la orina se escapa solo por estas últimas en forma de regadera cuando los orificios son numerosos.

Es cuando aparecen estas terribles complicaciones que que se presentan los enfermos en un estado verdaderamente lamentable á solicitar los cuidados del médico, y es precisamente en estas ocasiones que denuncian casi á primera vista coartaciones considerables del canal, que hemos visto á la peri-uretrotomia prestar señalados servicios, como lo haremos ver en seguida al ocuparnos del tratamiento.

El cuadro sintomático que de la afeccion llevamos trazado, nos dispensa de entrar en consideraciones respecto al pronóstico que de suyo se desprende.

V.

Larga y muy variada es la série de medios de tratamientos de que se han servido los cirujanos para la curacion de las estrecheces; por este motivo es difícil armonizarlos para hacerlos entrar en una buena clasificacion, que condense en una sola espresion todos los que pertenecen á una categoria distinta; sin embargo, y apesar de esta dificultad agruparemos estos diferentes medios en dos grandes clases, designando á la primera, con el nombre de *métodos suaves* porque para su aplicacion no se requiere ni la fuerza, ni la produccion del traumatismo; y á la segunda con el nombre de *métodos de fuerza*, porque se la emplea para destruir los productos mórbidos que forman las estrecheces.

La primera clase está representada por la dilatacion, que á su vez se divide en dilatacion temporaria, dilatacion permanente é inmediata progresiva. En la segunda clase, ya se divide la estrechez por una seccion, de dentro á fuera

como en la úretrotomía interna; ó bien se practica la misma seccion de fuera á dentro, como en la uretrotomía esterna. En otras ocasiones se quiebra bruscamente el núcleo fibroso que forma el estrechamiento, como en la divulsion, que puede hacerse de delante á atrás ó de atrás á delante, ó tambien se desgarra por medio de instrumentos á propósito tratando de vencer el punto estrechado como en el catete-rismo forzado.

Creemos que en esta enumeracion, van comprendidos los métodos mas comunmente usados por los cirujanos para la curacion de la dolencia de que tratamos. Podrian añadirse aun otros, pero séanos permítido pasar por alto el estudio de los otros ajentes físicos y químicos á que se ha dado preferencia; primero, por ser muy limitado su empleo, y segundo, por no sobrepasar en la estension de nuestro tra-bajo.

Poco tendremos que decir de lo que hemos llamado métodos suaves como la dilatacion permanente, tempora-ria é inmediata progresiva, porque como lo hemos ya manifestado y es nuestra creencia; son métodos de que puede valerse el cirujano para vencer grados ligeros y no muy avanzados de estrecheces; pero cuando se quieren lle-var mas adelante los beneficios que esta operacion puede prestar, corremos el riesgo de ver fracasar su accion, en desprovecho para el enfermo que la soporta, teniendo en-tonces que hacerse el médico á sí mismo el cargo, de no

haber obedecido á la indicacion, dejando pasar el tiempo oportuno para poner en obra otros medios de los que debieran esperarse mejores resultados.

No haremos, la comparacion entre la dilatacion y la peri-uretrotomía porque, lo repetimos, son dos operaciones que han de practicarse en circunstancias muy diversas, en épocas sucesivas quizá, pero que jamás podrá la una suplir á la otra. En efecto, creemos que la dilatacion está indicada, en aquellos casos de estrecheces recientes, no muy estensas, en las que el nuevo tejido de la estrechez es blando y dilatable, cuando aun es permeable á la sonda y á la orina, y en fin, cuando todavia el caso no presenta ninguna de las complicaciones que con tanta frecuencia suelen acompañarlos; de estas nos bastará recordar solo una: las fístulas uretrales.

Comprendida entre los límites que dejamos apuntados, creemos que la dilatacion convenientemente hecha y bien auxiliada por otros medios, es suficiente para vencer estos grados ligeros de estrecheces.

Por el contrario, y para dejar de una vez sentadas las indicaciones á que debe obedecer la peri-uretrotomia, opinamos, que ella debe practicarse, de preferencia á cualquier otra operacion de este género, cuando las coartaciones son un poco antíguas; cuando ellas son estensas, cuando son infranqueables; cuando el tejido que las constituye es duro y resistente, cuando van acompañadas de fistulas y otras

complicaciones, y sobre todo, cuando la dilatacion no es practicable, por revestir la enfermedad un carácter de gravedad mas alarmante.

Son estos los estremos dentro de los cuales deben practicarse ambas operaciones, y es, quizá por no haber respetado siempre la jurisdiccion que en cuanto á indicaciones ejerce cada una de ellas, en los diferentes grados de una misma afeccion, que hemos visto con gran sentimiento envejecerse á los enfermos y sus enfermedades, sin que una série no interrumpida de maniobras y toda una farmácia entera, hayan podido servir de otra cosa, sinó para reagravar el mal, fácil de ser vencido en su principio; y para cansar á los enfermos que esperan siempre encontrarse sanos, despues de cada maniobra ó aplicacion medicamentosa.

Esto por lo que respecta á la dilatacion, comparada con la peri-uretrotomía.

Pasaremos, ahora, á ocuparnos de la uretrotomia en general comparada con la peri-uretrotomia.

La uretrotomia, operacion que se practica, tanto por dentro, como por fuera de la uretra, la encontramos ya mencionada en los escritos del siglo X y XI por Rhazes y Avicena, sin embargo, bueno es advertir que lo que sobre este punto traen los libros de estos dos médicos de la an-

tigüedad, era solo con el fin de vaciar la vejiga por medio de una puncion hecha en el periné, y no como pudiera creerse con la esperanza de curar una estrechez. Despues de estos dos cirujanos, han habido muchos otros, como Ed. Molins, Solingen y François Tolet que han practicado la verdadera uretrotomia externa; pero sin embargo, jamás fué con la intencion de curar una estrechez, sinó solo para combatir sus complicacíones, como fístulas, falsos trayectos, abcesos urinosos, etc.

Segun el señor Thompson, la primera mension que de esta operacion se hace, con el fin de curar una estrechez, sin que predominara como en los anteriores, la idea de combatir solo sus complicaciones; se encuentra en una memoria de M. G. M. Arnott, cirujano de Midelesex Hospital, leida en la *Medical and chirurgical Society* en 1822, quien al parecer fué el primero que la puso en práctica.

Para poder hacer la comparacion entre la nueva operacion que proponemos, y la uretrotomia ya sea esterna ó interna y deducir en consecuencia las ventajas ó inconvenientes de una y otra; nos parece muy conducente á nuestro objeto hacernos la siguiente pregunta: ¿qué resultados se propone obtener el cirujano con la uretrotomia esterna ó interna? el resultado que se persigue, es destruir por medio de una seccion, practicada con los instrumentos que

se llaman, uretrotomos la porcion de tejidos que forman la estrechez; ahora bien, si es este el fin que nos proponemos ¿porqué hemos de ir á buscar el mal precisamente por la vía menos directa, á travez de tejidos que si no están del todo sanos, por lo menos solo participan del mal por simples relaciones de vecindad, y en un débil grado? ¿Qué nos autoriza para comprometer con los riesgos de la operacion, partes que debieran ser muy respetadas, como por ejemplo la úretra, sí de antemano conocemos que tienen sobre sí la amenaza de una complicacion casi segura, y mil veces peor que la afeccion primitiva (las fistulas)?

No encontramos una contestacion satisfactoria á las preguntas anteriores que acabamos de formular.

Y si estas objecciones no bastaran para hacer completamente rechazable la uretrotomia, tal cual se la practica; aun haremos otra que bien merece un grado de órden mas elevado que los anteriores; en efecto, es lo natural y lo mas lógico buscar las razones que arguyen en favor de una operacion, en el mecanismo generador del mal, en el proceso patogénico que ha determinado la afeccion, y tratar en consecuencia de obrar directamente contra la causa productora del obstáculo (en el caso de estrechez) inspirándose siempre en la manera de producirse el mal que combatimos; en otros términos, una operacion cualquiera que ella sea debe encontrar su razon de ser en la afeccion que trata de remediar.

Es precisamente esta discordancia chocante, que dejamos apuntada, entre la uretrotomia y la enfermedad á qne se aplica por una parte; comparada con la singular armonia que se descubre entre la peri-uretrotomia y la misma afeccion por otra; una de las muchas razones que nos inclinan á dar la preferencia al último método, aparte de otras ventajas que mas adelante apuntaremos.

Era con el fin de deducir estas conclusiones, que cuando estudiamos la anatomía patológica de las estrecheces, tuvimos especial cuidado de hacer resaltar bien la manera como ellas se constituyen.

La observacion diaria de los operados por la uretrotomia, ya sea que se halla seguido la via interna ó la esterna, nos han puesto siempre delante de nuestros ojos, todos los insucesos que ella cuenta por los enfermos que se pierden, sinó por la absorcion urinaria, por la infeccion purulenta, ó cuando la fatalidad no llega al grado de ver peligrar la vida de los operados, en cambio quedan ellos en un estado tal, que pueden siempre y en cualquier tiempo, atestiguar que sufrieron la uretrotomia; puesto que son portadores de fístulas urinarias eternas, que tarde ó temprano han de requerir una nueva operacion, tan peligrosa y preñada de dificultades, como la que ya anteriormente esperimentaron.

Estas son las consecuencias fatales de nna operacion sin nada que la justifique y desprovista de toda base cierta.

Hé ahí el cuadro afligente que presentan los pobres enfermos, perseguidos por su enfermedad y reducidos al último estremo por la operacion, y demos gracias que cansados ya, no se desentiendan de todo tratamiento racional, y hechen mano de un remedio criminal, para verse libres de una afeccion repugnante que por años ha hecho insufrible su existencia, condenándolos á llevar una vida solitaria, apartados de toda sociedad; hasta de la mas plácida y menos tiránica: la de la familia.

No son solo de la enfermedad de que nos ocupamos que nacen los inconvenientes de la operacion, nacen tambien de parte de los mismos enfermos y es justo hacer pesar este nuevo elemento, en la balanza que ha de decidir en favor de alguno de estos métodos.

Quien que halla frecuentada algo los Hospitales, no ha tenido ocacion de conocer el estado de terror á las sondas y otros instrumentos, que con razon se apodera de los enfermos; que tienen ya su uretra no solamente muy sencible por el uso constante y diario que tienen que hacer de las sondas; sinó tambien, por tener la mucosa de la uretra y demás tejidos que la cubren desgarrados, merced á la operacion que sobre ellos ha recaido. Esté estado en que se hallan los enfermos, hace muy dificultosa la introduccion de instrumentos en la uretra, por la resistencia tenáz que

aquellos oponen, aparte de que la irritacion que se apodera de todos estos tejidos, sirve de estimulo para que se manifieste el espasmo, y para que la coartacion se reprodusca á cada tentativa de cateterismo.

Si ahora consideramos por un momento aisladamente á la uretrotomia interna, veremos que es aun mas desechable que la externa; por lo menos en esta no se procede á ciegas como en la otra. Apesar de la gran variedad de uretrotomos que para esta operacion se han inventado, lo que hasta cierto punto prueba su insuficiencia, tenemos en nuestras manos un instrumento, con el cual debemos dividir una estrechez, que en muchos casos no es fácil determinar exactamente, ni la forma que afecta, ni la estencion, ni su grado de resistencia; y es en este terreno en parte desconocido que debemos hacer funcionar un instrumento cuyo límite de accion no podemos fijar; puesto que ignoramos la estencion que es necesario dar á la incision, y el grado de profundidad á que debemos llegar con la cuchilla del uretrotomo; elementos indispensables para el buen exito de la operacion.

Otra muy grave dificultad en el uso del uretrotomo, si es que él ha de llenar su objeto es la siguiente: muchos de estos instrumentos necesitan para obrar incindir los tejidos no solo de delante á atrás sino tambien de atrás á delante,

y es esta última parte de la operacion que quizá será el completemento indispensable de ella; la que en los casos de coartaciones muy graduadas no podría efectuarse porque para ello fuera preciso vencer previamente el obstáculo dilatando el punto estrechado, para hacer la seccion de atrás á delante que en un caso como el que suponemos, no seria posible por la imposibilidad en que nos encontramos de hacer pasar el instrumento mas alla' de la estrechez.

Aparte de todo lo que respecto á la uretrotomia interna llevamos dicho hasta ahora; agregaremos, que si bien es cierto que con ella habremos hecho desaparecer (en el caso improbable de que desaparesca) una estrechez, cuya naturaleza nos es indiferente en este caso conocer; en cambio, y merced á las incisiones repetídas que habrán destrozado la uretra, tendremos una nueva estrechez cicatricial, en el mismo punto donde ya existia otra anteriormente, que á su vez será preciso combatir. En fin, de esta manera será nuestro enfermo, una cadena no interrumpida de reaparicion de su enfermedad, y operacion consecutiva y vice versa que no terminará jamás.

Voy á ocuparme ahora con un poco de detenimiento de la uretrotomia esterna.

Si hemos de creer en la asercion de M. Syme que dice: «que la permeabilidad de la úretra es nna condicion indis-

pensable para practicar la uretrotomia esterna;» debemos desde luego, separar esta primera dificultad con que tropezariamos si no consiguiéramos hacer pasar un catéter á travéz del punto estrechado.

Muchas de las objeciones que hemos formulado cuando tratamos de la uretrotomia interna, son tambien aplicables á la esterna, no siendo una de las menos atendibles, el privilegio que tiene esta última sobre la primera, de presentar una mayor facilidad para que se manifiesten, las sérias complicaciones que por lo regular acompañan á las estrecheces.

Supongamos que haya sido fácil practicar la seccion completa de la virola fibrosa, que constriñe la úretra, y que ademas se obtenga mantenerla sin peligro de una nueva organizacion; ¿sucederá acaso lo mismo con la herida producida en la uretra, espuesta á mantenerse siempre abierta primero, por la retraccion de los tejidos próximos, que apartarán mas y mas los lábios de la herida á medida que esta retraccion sea mas pronunciada; y segundo, por que encontrándose aquella constantemente bañada por la orina, lo que sucederá aun en el caso de mantenerse permanentemente colocada una sonda en la uretra, puesto que sabemos que la orina se insinúa con facilidad singular, entre la sonda y la pared de la úretra; será arrastrado por la orina todo el elemento cicatrizante, que se deposite sobre los lábios de esta herida ó medida que se vaya formando.

Es este el principal obstáculo con que chocamos en esta operacion, y hé aqui tambien una ancha puerta abierta á la produccion de las fístulas que serán su consecuencia mas inmediata, como lo son sin intervencion de operacion alguna, cuando la enfermedad ha sido abandonada; entonces encontrándose espedito el pasaje de la orina á travéz de la solucion de continuidad de la uretra aquella se infiltrará por entre los tejidos blandos de la region, y no tardará en aparecer bajo la forma de una bolsa ó de un abceso en el escroto, ó en la region perineal; de esto á la produccion de una ó varias fístulas, es tan corta la distancia que escapa á la medida.

Para terminar todo lo que sobre este particular llevo apuntado, voy á citar algunas palabras, que el señor Thompson trae en oposicion á la uretrotomia interna y en favor de la esterna, pero que apartándome de la intencion del autor citado, quiero mas bien aplicarlas á la periuretrotomia; dice asi: «es menos peligroso dividir el periné y practicar la incision á partir del esterior dando así libre salida á los líquidos irritantes de cualquier naturaleza que sean, que herir al acaso la uretra por dentro, bien en el bulbo ó por detrás de él, como se corre gran riesgo operando á 15 centímetros del meato esterno; donde es fácil abrir paso á los líquidos, hasta las cavidades del tejido eréctil y demás órganos vecinos.»

Son estas las razones que nos han inducido á desechar

operaciones que, como la uretrotomia interna ó esterna, demuestran desde el primer momento las mil dificultades que hay que vencer, y cuyo logro raras veces se obtiene; al contrario, como no acojer con entusiasmo aquellas que como la peri-uretrotomia traen ya previstos y de antemano vencidos todos los inconvenientes de las otras, aparte de que son la consecuencia obligada del proceso mórbido que se combate.

Si estas razones no convencen, confesamos que no encontramos en ninguna parte otras de mas valor que estas.

En verdad que nos sorprende ver como los cirujanos hallan apelado antes á la uretrotomia interna ó esterna pasando por sobre la peri-uretrotomia, que está colocada segun un órden sucesivo antes que aquellas, y sin apercibirse sobre todo de las grandes ventajas que tiene sobre los otros métodos.

Entraremos ahora al estudio de la peri-uretrotomia.

Al efecto, y para proceder con igual método al que hemos empleado anteriormente, nos haremos una pregunta análoga, á la que nos haciamos cuando estudiábamos la uretrotomia esterna. ¿Qué resultado se propuso obtener el cirujano que primero practicó la peri-uretrotomia? aqui la respuesta es por cierto muy sencilla; encontrándose el

canal de la úretra obstruido por una verdadera ligadura aplicada en su pared esterna; y constituida por los tejidos indurados de la estrechez, segun se desprende del estudio anterior, era lo mas natural y lógico á la vez, tratar de curar la estrechez, haciendo desaparecer el anillo constrictor que rodea á la úretra; seccionándolo en una palabra, y no buscar de obtener el mismo resultado por un camino mas largo y mas tortuoso, á travéz de la mucosa y demás tejidos de la uretra, como en la uretrotomia interna; ni tampoco hacer la seccion del anillo, ultrapasando sus límites, hasta comprometer la uretra misma sin objeto alguno como sucede con la uretrotomia esterna; cuando ninguna razon ni de necesidad, ni de conveniencia, puede alegarse, que nos autorize á distanciarnos de la vía mas directa, yendo por ejemplo á buscar la coartacion hasta la superficie interior de la úretra.

Esta manera de proceder tan contraria á lo natural, podria solo esplicarse por el desconocimiento completo en el modo de constituirse las estrecheces.

Nos bastará pensar un momento en la uretrotomia esterna, para ver que con ella nos acercamos bastante á lo razonable, á la peri-uretrotomia, pero desgraciadamente; llegamos hasta ella, y quizá no contentos aun con esta conquista pasamos mas allá, pero, el otro lado de la verdad está el error, anulamos en un instante con un corte del

bisturí, lo que habria sido de grandísima utilidad, como ahorro de sufrimientos y de vidas.

Vamos ahora á hacer la descripcion de la operacion que hoy presentamos, tomándola de uno de los tres casos en los que hemos sido testigos presenciales.

Tratábase de un individuo de unos 45 años, de buena constitucion, y en quien se habia ya constatado una estrechez, que databa que cinco años, y situada en la porcion membranosa de la úretra, este enfermo, habia sido tratado repetidas veces por la dilatacion, sin que se hubiera conseguido resultado benéfico alguno, hasta que por fin cansado de su enfermedad, resolvió entrar al Hospital, donde fué examinado por el ilustrado catedrático de Clínica, Quirúrjica doctor Montes de Oca (M. A.), y por todos los estudiantes de la clínica; una vez que se resolvió á operar al enfermo, y elejido el método que debia seguirse, que fué la peri-uretrotomia, operacion que preocupaba ya á nuestro catedrático, en vista de los pocos buenos resultados que daban los otros métodos; convenientemente preparado el enfermo y dispuesto todo lo necesario para el caso, se dió principio á la operacion: colocado el paciente en buena posicion y anestesiado, se introdujo en la úretra una sonda de plata del número 12, y que al llegar mas ó menos á los dos tercios de la lonjitud del canal se de-

tuvo, siendo mantenido en esta posicion por un ayudante. El cirujano entonces, provisto de un bisturí, hizo una incision en la region del periné, en el rafe medio, interesando la piel del periné anterior, el tejido celular sub-cutáneo, la fascia superficialis, etc.; prosiguiendo por grados la disección de los tejidos, hasta llegar á uno neoplásico, fibro-cartilaginoso por su dureza; de color blanco amarillento denso y resistente, y que crujia al corte del bisturí. No creemos haya habido ninguno de todos los que presenciaron el acto que no se convencieran plenamente de la bondad de la operacion por la circunstancia de que una vez que estuvo terminada la seccion del anillo fibroso, que ponia obstáculo al paso de la sonda, la que estaba colocada en la úretra, se deslizó casi por su propio peso hasta la vejiga, y sin mas que insinuarle ligeramente en esta direccion.

Desde este momento quedaba franqueada una estrechez, que hasta entonces era insuperable, como la atestigua la cantidad de orina que salia por el estremo de la sonda. Este felíz resultado se habia obtenido, sin que fuera precíso apelar á la fuerza, y sin sufrimientos manifiestos por parte del enfermo. Una vez concluida esta parte de la operacion, se lavó perfectamente la vejiga con una solucion de ácido salicílico en el agua tibía, con una jeringa de alta presion, y por medio de una sonda de doble corriente colocada en la úretra, que se dejó permanentemente; la herida simple del periné de una longitud de 4 á 5 centímetros, se unió

con cinco ó seis puntos de sutura, y en seguida se estendió sobre la herida así suturada, una capa de collodium elástico colocándose al enfermo en su lecho.

Al siguiente dia de la operacion se observó un ligero movimiento febril, propio de los operados, que se combatió fácilmente con una pequeña dósis de sulfato de quinina. El tercer dia se le cambió la sonda por otra de plata sencilla, sin que se esperimentara la mas mínima dificultad en su introduccion; se lavó de nuevo la herida con agua feniada y alcohol alcanforado, aplicándose tambien collodium elástico sobre la herida suturada. El séptimo dia, por via de prueba se le quitó la sonda, y el enfermo orina perfectamente sin ella, y desde este momento nuestro operado, sigue una marcha precipitada hácia la curacion completa. Diez dias despues se encnentra casi del todo bueno, y pasa una apasible convalescencia tomando el sol en los patios del Hospital.

A los veinte y cinco dias de su operacion salió del Hospital completamente curado de su estrechez.

Con este antecedente alhagador, presentamos á la periuretrotomia como una operacion que sustituirá ventajosamente á la simple uretrotomia, es una operacion que encanta por su sencilléz y además por encontrarse libre de las complicaciones que con tanta frecuencia acompañan á las

otras. El aparato instrumental que requiere es doblemente mas simplificado, que en las demás, el manual operatorio no tiene punto de comparacion en cuanto á sencilléz, y si á todo esto agregamos, que los sufrimientos del paciente son infinitamente reducidos, tendremos una suma de condiciones que, indudablemente nos inclinarán en su favor, induciendonos á seguirla; y entonces, podremos oponer á la estadística de los aparados por la uretrotomia, resultados infinitamente mas favorables, con los elementos de que dispongamos para su confeccion; que desgraciadamente carecemos de ellos por el momento.

Recolectando los datos históricos de los pocos enfermos operados por este método nos encontrabamos en el mes de Junio pasado, cuando se desarrollaron los dolorosos sucesos que hemos presenciado, con todo su cortejo de desconcierto y anormalidad; esta fué la causa que nos obligó á abandonar nuestra tarea, razon por la cual nos vemos ahora privados de apoyar nuestras opiniones, con algunas observaciones practicas. Hoy urgidos por la premura del tiempo, y la necesidad de dar cima á la brevedad posible á nuestras tareas escolares; confesamos que no nos satisface el tener que presentar nuestro trabajo faltándole el apoyo poderoso que le prestarian los hechos practicos.

Señores Académicos y Catedráticos:

Al abandonar las aulas de esta Facultad, desde donde hé escuchado con atencion siempre creciente por espacio de seis años vuestras sabias lecciones, permitidme manifestaros mi gratitud, pidiendo os, deis la última leccion al que hasta ayer nomás era vuestro discípulo; para que una vez que halla descendido de esta tribuna, puede entregarme con acierto al servicio de los que padecen, constituido desde ya en *sacerdote del sagrado fuego de la vida.*

I vosotros pobres pacientes del Hospital, de los cuales cada uno habeis sido para mi una leccion viva, os envio tambien mi palabra de agradecimiento por la enseñanza que aunque ignorandolo me habeis suministrado.

Vº Bº

M. A. Montes de Oca.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

ANATOMIA—De los mediastinos y organos en ellos contenidos.

PATOLOGIA GENERÁL—¿Cuales son los caracteres de las enfermedades contagiosas ?

MATERIA MEDICA Y TERAPEUTICA—¿Que es medicacion?

PATOLOGIA ESTERNA—De las producciones organizadas de formacion morbosa.

CLINICA MEDICA—Diagnostico diferencial de las enfermedades valvulares del corazon.

OFTALMOLOGIA—De la iridectomia.

MEDICINA LEGAL—¿Los informes de los médicos obligan á los Jueces ?

OBSTETRICIA—Del alumbramiento.
