FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA CAPITAL

ESTRECHECES DE LA URETRA

TÉSIS INAUGURAL

DE

AGUSTIN J. DRAGO

BUENOS AIRES

2352 — Imprenta de LA TRIBUNA NACIONAL, Bolivar 38

1886

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA CAPITAL

ESTRECHECES DE LA URETRA

TÉSIS INAUGURAL

DE

AGUSTIN J. DRAGO

BUENOS AIRES

2352 — Imprenta de LA TRIBUNA NACIONAL, Bolivar 38

1886

Facultad de Ciencias Médicas

Décano

Dr. D. Pedro A. Pardo

Académicos

Dr. D. Nicanor Albarellos
» » Manuel Porcel de Peralta
» » Mauricio Gonzalez Catan
» » Cleto Aguirre
» » Pedro A. Pardo
» » Manuel Arauz
» » Leopoldo Montes de Oca
» » Eduardo Wilde
» » Pedro A. Mattos
» » José T. Baca
» » Domingo Parodi
» » Rafael Herrera Vegas
» » Ignacio Pirovano
» » Pedro Mallo
» » Guillermo Rawson

Secretario

Dr. D. Luis de la Cárcova

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS
Anatomía descriptiva y topográfica.....	Dr. D. Mauricio Gonzalez Catan.
Histolojía y Anatomía Patolójica.....	» » Francisco A. Tamini.
Fisiolojía jeneral y humana.....	» » Jose M. Astigueta.
Patolojía jeneral y ejercicios clínicos.....	» » José T. Baca.
Materia Médica y Terapéutica.....	» » Pedro A. Mattos.
Higiene pública y privada.....	» » Antonio F. Crespo.
Patolojía esterna.	» » Leopoldo Montes de Oca.
Medicina operatoria.....	» » Bartolomé Novaro.
Enfermedades de mujeres y clínica respectiva.	» » Jacob T. Pinto.
Patolojía interna.....	» » Manuel Arauz.
Clínica Quirúrjica.....	» » Ignacio Pirovano.
Oftalmolojía y Clínica respectiva.....	» » Cleto Aguirre.
Enfermedades de niños y clínica respectiva..	» » Manuel Blancas.
Clínica Médica.....	» » Manuel P. de Peralta.
Medicina legal y Toxicolojía.....	» » Eduardo Wilde.
Obstetricia y Clínica respectiva.....	» » Pedro A. Pardo.
Farmacia y práctica farmacéutica.....	» » Martin Spuch.
Química farmacéutica.....	» » Domingo Parodi.

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica..... ...	Dr. D. Juan J Naon—J. Arce.
Histolojía y Anatomía Patolójica.....	» » (Vacante).
Fisiolojía jeneral y humana.....	» » Cárlos Villar (en ejercicio).
Patolojía jeneral y ejercicios clínicos.....	» » Claudio Benitez — Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica.....	» » Enrique del Arca — Justiniano Ledesma.
Higiene pública y privada.....	» » Meliton G. del Solar—José M. Ramos Mejia.
Patolojía esterna.....	» » G. Udaondo.
Medicina operatoria.	» » Julian Aguilar.
Patolojía interna.....	» » José Penna—Inocencio Torino.
Clínica Quirúrjica y operaciones.....	» » Antonio Gandolfo.
Oftalmolojía y Clínica respectiva.....	» » Pedro Lagleyze — Eduardo Obejero.
Clínica Médica.....	» » Eufemio Uballes—Juan B. Gil.
Medicina legal y Toxicolojía	» » Eduardo Perez (en ejercicio).
Obstetricia y Clínica respectiva.....	» » J. R. Fernandez—Luis F. Vila.
Farmacia y práctica farmacéutica.....	» » Atanasio Quiroga.
Química farmacéutica.....	» » Miguel Puiggari (en ejercicio).
Enfermedades de niños y su clínica.....	» » Facundo Larguia — Antonio F. Piñero.
Enfermedades de mujeres y su clínica.....	» » (Vacante).

PRESIDENTE DE TÉSIS

Doctor Don Leopoldo Montes de Oca

A LA MEMORIA DE MI PADRE

Doctor Luis M. Drago

Al Dr. Manuel Porcel de Peralta

Pedica esta pájina el estudiante agradecido á las

muchas y grandes

distinciones recibidas de su maestro

Señor Presidente:

Señores Académicos:

Durante el tiempo que he permanecido en el Hospital de Clínicas, en calidad de interno, ha llamado muy principalmente mi atencion, el método empleado por el doctor Leopoldo Montes de Oca para el tratamiento de las estrecheces uretrales.

Esta tésis consigna algunos de los casos tratados por aquel maestro. Sin que pueda decirse que son historias completas, se encontrará en esos apuntes lo necesario para mostrar los procedimientos del sistema y los resultados que con él se obtienen.

I

Las ideas que en la actualidad tenemos respecto al significado de la palabra *estrechez uretral* son diferentes de las antiguas.—En otro tiempo se conocia con ese nombre á toda lesion capaz de disminuir la cavidad del canal uretral, estuviera el obstáculo productor de esa disminucion fuera ó dentro del conducto—hoy se ha limitado el nombre de estrechez para aquellos casos en que hay disminucion absoluta, permanente ó temporaria de las dimensiones fisiológicas de la uretra, causada por una alteracion histológica de los tejidos que la constituyen, ó en otros términos, una estrechez uretral es un obstáculo permanente y progresivo determinado por alteraciones patológicas de las paredes de la uretra.

Aceptando esta definicion eliminamos las estrecheces espasmódicas y las llamadas antiguamente inflamatorias agudas por ser las primeras transitorias, pasajeras, variables de un momento á otro, sintomáticas el mayor número de veces è independientes de una alteracion vesical ó uretral profunda (Guyon) y las segundas porque solo constituyen una lijera disminucion de la luz del

canal, debida á una simple tumefaccion de la mucosa y con carácter transitorio tambien.

Antes de pasar mas adelante, habiendo aceptado una definicion de estrecheces uretrales que elimina las obstrucciones y las compresiones del canal—vamos á dar algunas ideas respecto á la anatomía quirúrgica de la uretra.

Si para el anatomista, la uretra se divide en tres porciones, una porcion peniana, una porcion membranosa y una porcion prostática, para el cirujano es mas simple, mas útil y mas espeditivo el reducirla á dos, una anterior estendida desde el meato urinario hasta el cuello del bulbo, otra posterior estendida desde este último punto hasta el orificio uretro vesical.—Estas dos partes están separadas por la aponeurosis media del periné que cierra la pelvis hácia abajo y á través de la cual pasa la uretra, de manera que la porcion anterior es extra y la posterior intra pelviana.—Esta division ha sido adoptada por Guyon y por varios otros cirujanos.

La uretra anterior por su constitucion tiene funciones diferentes de la uretra ~~anterior~~ posterior—rodeada de tejido eréctil que se une á los cuerpos cavernosos, constituye el pene propiamente dicho, órgano de la copulacion.

La uretra posterior está formada de fibras musculares lisas constituyendo el orbicular uretral.—Los músculos de Guthrie y de Wilson refuerzan por sus fibras estriadas, á esas fibras lisas y unidas ambas constituyen un verdadero estinter cuya contraccion ó relajacion retiene la orina en la vejiga ó le permite salir.—La uretra poste-

rior tiene pues, funciones diferentes de la anterior, es el órgano de la miccion.

Guyon, el notable especialista en enfermedades del aparato génito urinario prueba físicamente la existencia de estas dos porciones uretrales: Tómese una bugía terminada por una oliva, dice, Nº 20, abierta en los dos estremos, é introdúzcase en la uretra; la oliva recorre sin obstáculo los 12 ó 13 primeros centímetros del canal — es la uretra anterior — Allí se encuentra detenida, y solamente despues de un esfuerzo, que franquea ese obstáculo, puede avanzar de nuevo y penetrar en la vejiga. — Este obstáculo es la entrada de la uretra posterior — está constituido por el cuello del bulbo y se aloja al nivel de la aponeurosis media.

Para hacer mas evidente la demostracion, dice, que se añada á la estremidad esterna de la bugía olivar una jeringa de Pravaz, llena de agua, y estando la oliva en el canal, que se inyecte sobre un punto cualquiera de la uretra anterior, y entonces se verá al líquido salir por el meato — Franqueando el cuello del bulbo, si se inyecta la parte posterior, ni una gota saldrá al esterior, todo el líquido pasará á la vejiga.

Sentadas estas lijeras consideraciones, vamos á examinar su importancia con respecto á las estrecheces — Hemos de ver mas adelante cómo y porqué solo admitimos las variedades *cicatriciales*, *inflamatorias* y *sclero cicatriciales* ó *mixtas* — por ahora, nos vamos á ocupar de localizarlas.

Supongamos que un individuo caiga á caballo, como vulgarmente se dice, sobre un cuerpo que no tenga mas

que 4 centímetros de anchura—este cuerpo se insinuará en el ángulo subpubiano y aplastará la uretra contra uno de los lados ascendentes de este ángulo, de suerte que será la parte lateral y media del bulbo la que se lesionará (Terrillon).

Si la anchura del cuerpo contra el cual el periné se choca es mayor de 4 centímetros, la dislaceracion tendrá lugar sobre la cara antero interna, y no sobre las laterales—De manera que en estas dos circunstancias es la uretra anterior la que se encuentra lesionada

Siendo los traumatismos uretrales mas frecuentes en el periné que en cualquiera otra region, se puede sacar como consecuencia que las estrecheces cicatriciales, de que indudablemente van seguidos, tendrán siempre su localizacion en el bulbo, es decir en la uretra anterior.

Las Blenorragias productoras de las estrecheces inflamatorias como veremos mas adelante, nacen en la fosa navicular y si se descuidan pueden estacionarse allí y producir una estrechez—pero mas frecuente es que adelanten hasta el bulbo;—allí encuentran un obstáculo que es el esfinter que cierra la uretra posterior—penetran entonces en el dermis de la region y producen una de las estrecheces inflamatorias que tanto se encuentran en la práctica—Si pudiera franquear ó por decir mejor vencer la resistencia que encuentra al nivel del bulbo, se fijaria en la porcion membranosa de los anatomistas y sobre la próstata, pero nunca provocaria estrechez, dando lugar á otra clase de accidentes.

Despues de lo espuesto podemos establecer, que todas las estrecheces de la uretra cualquiera que sea su causa, están siempre localizadas delante de la aponeurosis media del periné es decir en la uretra anterior.

II

Los antiguos que creian que las estrecheces de la uretra eran producidas por carnosidades, carúnculas, vegetaciones y exuberancias de carne con su punto de implantacion en el cuello de la vejiga y en el canal, tenian forzosamente que adoptar una pésima clasificacion.— En el siglo XVIII se creó la teoría de la estrechez, siempre cicatricial, sucediendo á una ulceracion de la mucosa y del tejido vecino, y debida á una inflamacion intensa de las partes.

Cruveilhier en los tiempos modernos queriendo disminuir la cantidad innumerable de variedades de las clasificaciones antiguas no admitió mas que una sola alteracion del canal, que daria por resultado la trasformacion fibrosa, ó de la mucosa sola, ó de los tejidos subyacentes.

Voillemier en su obra sobre estrecheces uretrales, basándose sobre las causas, la evolucion, sus modos de orígen etc., las divide en tres variedades que son las estrecheces cicatriciales, inflamatorias, y esclero cicatriciales.

Anteriormente Hunter habia distinguido tres especies: permanentes, puramente espasmódicas y mixtas.

Cooper admitia tambien tres clases—permanentes—espasmódicas é inflamatorias.

Estas dos clasificaciones, de Hunter y de Cooper, tienen el inconveniente de considerar como estrecheces á las obliteraciones del canal producidas por una contraccion de los músculos que rodean la uretra ó de las paredes mismas del conducto que como hemos visto no son verdaderas estrecheces.

Langlebert en su Tratado Práctico de las enfermedades de los órganos sexuales admite solo la estrechez orgánica. Todas las estrecheces propiamente dichas son á la verdad orgánicas, de manera que la clasificacion de Voillemier es igual en el fondo á la de Langlebert con la ventaja de que la estrechez orgánica está dividida en ella en los tres tipos con que puede presentarse.

III

Vamos á entrar en algunas consideraciones respecto á las variedades de la clasificacion que adoptamos.

Estrechez cicatricial

En la uretra sucede lo que en otra parte cualquiera del organismo: si un traumatismo, una úlcera ú otra circunstancia produce en ella una pérdida de sustancia, los esfuerzos naturales tienden á restablecerla dando nacimiento á un tejido inodular destinado á la cicatriza-

cion. Este tejido de nueva formacion vá á quedar limitado á la mucosa si ella sola ha sido la atacada y se vá á estender hasta las partes vecinas si estas á su vez han sufrido pérdida de sustancia. Si la lesion ha sido muy considerable, el tejido cicatricial puede obliterar por completo el canal uretral y tendremos entonces la esplicacion de los casos en que la evacuacion de la orina siendo impermeable el conducto, se hace por fístulas abiertas detrás del obstáculo prévia manifestacion de otras complicaciones.

El carácter especial de estas estrecheces cicatriciales, que las distingue perfectamente de las inflamatorias, es que se manifiestan de una manera rápida: al poco tiempo de haberse producido el traumatismo ó de haber aparecido una úlcera ya se muestran los primeros síntomas de la afeccion.

Estrechez inflamatoria

Las estrecheces inflamatorias tienen por causa las uretritis; pero no se trata aquí de esas disminuciones temporarias de la luz del canal dependientes de una simple tumefaccion de la mucosa, sinó de una verdadera hiperplasia, de una proliferacion de los elementos conjuntivos de la uretra.

Tratando de saber cual es el punto de partida de la esclerosis, se han sostenido en estos últimos tiempos grandes discusiones creyendo unos que la marcha del proceso tenia por punto de partida los tejidos vecinos á

la mucosa, y otros que la mucosa era la primitivamente afectada.

Alfonso Guerin, ha sido el mas valiente sostenedor de la primera idea. Segun él, la uretritis daría por resultado la produccion de una flebitis en el tejido vascular que rodea á la uretra. Se organizarian coágulos que conjuntamente con la retraccion inflamatoria de las trabéculas del tejido esponjoso constituirían la estrechez. Los estudios histológicos y macroscópicos han venido á echar por tierra la teoría de Guerin:—Guyon, Thompson y otros autores han sido los adversarios—examinando uretras afectadas de estrechez han podido comprobar que las lesiones predominaban del lado de la mucosa y que las partes vecinas, por la naturaleza de las alteraciones no podian haber sido atacadas sinó de una manera secundaria. Posteriormente, del estudio detenido de un gran número de casos, se han sacado estas conclusiones:

« En toda la estension de la porcion estrechada, la uretra es el sitio de un proceso inflamatorio crónico que se traduce de la siguiente manera:

1° Sobre la mucosa, por una modificacion muy apreciable de la naturaleza del epitelio cuyas células se han vuelto cúbicas.

2° En el corion por un espesamiento de esta membrana cuya trama está infiltrada de gran número de elementos embrionarios.

3° En las porciones fibrosas de la estrechez misma por una vascularizacion exajerada y una proliferacion embrionaria análoga á la del corion.

4° Se ha notado tambien la presencia en el interior del canal de pequeñas elevaciones papiliformes, principalmente en la pared inferior debidas á focos nodulares de proliferacion epitelial y que dan á la mucosa un aspecto especial.» *(E. Brissaud y P. Segond.)*

Estas observaciones, si se examinan con detencion tienden á probar que en las estrecheces de la categoría que estudiamos, la mucosa presenta las modificaciones que corresponden á un proceso de inflamacion crónica que se propagaría por continuidad á los tejidos subyacentes.

Las estrecheces inflamatorias nunca desaparecen por sí mismas, y van por el contrario acentuándose cada vez mas, aunque de una manera muy lenta.

Estrechez mixta ó esclero cicatricial

Esta variedad está constituida por una fusion de las dos anteriores.

Su sitio de predileccion es la parte peniana de la porcion anterior de la uretra y su punto de partida casi siempre una estrechez inflamatoria; es probable que durante el curso de esta última estrechez haya venido un traumatismo á producir una pérdida de sustancia habiendo podido efectuarse por exesos de coito, por sondajes intempestivos ó por cualquier otra circunstancia.

Lo cierto es que la estrechez esclero cicatricial es una de las mas rebeldes al tratamiento.

IV

No es mi ánimo el entrar á describir los síntomas de las estrecheces de la uretra. Estando como está ese conducto destinado á la miccion y á la eyaculacion del esperma, comprendemos que la disminucion de su calibre trae accidentes graves, que tienen su repercusion sobre todo el organismo. No hay mayor satisfaccion, que la de un individuo, á quien por medio de un sondaje se liberta de una retencion de orina, producida por una estrechez, cuando ve y siente vaciarse su vejiga. El doctor Tamini lo dijo en su tésis inaugural: « Conservo aún la dulce impresion que recibí, cuando habiendo roto la estrechez del señor Bernet, salió la orina á grueso chorro. Aquel hombre habia cojido mi mano con sus manos, me la apretaba y me llamaba su salvador, y su esposa y su hija me significaban su gratitud con las frases mas tiernas ».

V

Las estrecheces de la uretra son sumamente comunes. Vamos á examinar la frecuencia relativa de las variedades que hemos admitido. Sobre 220 casos, Thompson ha notado 164, cuya causa era la blenorragia y 56 debidas á traumatismo. En 226 estrecheces examinadas en el servicio del doctor Guyon, 187 han dependido de blenorra-

gias y 27 de traumatismos, el orígen de 12 casos no pudo comprobarse.

Segun dice Langlebert, el punto de partida de las tres cuartas partes de los casos de estrechez es la blenorrea ó gota militar, despues vienen los traumatismos accidentales, como caidas ó choques sobre el periné, las heridas quirúrgicas de la uretra hechas con un instrumento metálico, una cauterizacion muy profunda de la mucosa. En esto están de acuerdo todos los autores. Con muy raras escepciones en la clínica de nuestro Hospital, todas han sido producidas por blenorragias.

VI

¿Las estrecheces de la uretra son curables?

Esta es una cuestion que ha sido bastante debatida; unos creen que la enfermedad es susceptible de curarse radicalmente, y otros, que la curacion no es mas que temporaria. Nosotros nos inclinamos á este último modo de pensar, pues creemos que cualquiera que sea el tratamiento empleado, las estrecheces de la uretra nunca desaparecen por completo, teniendo el enfermo que sondarse de cuando en cuando, so pena de ver reaparecer todos los accidentes. No hace mucho tiempo, hemos podido ver á un individuo, que se consideraba curado de su estrechez y que al cabo de seis meses, despues de haberlo completamente perdido de vista, volvió nuevamente á ser

atendido por el doctor Leopoldo Montes de Oca, á quien costó algun trabajo introducir una sonda de no muy grueso calibre.

VII

Las complicaciones que se manifiestan en el curso de una estrechez, son mucho mas graves y mas frecuentes cuando se trata de estricturas traumáticas. Las estrecheces que dependen de una blenorragia se instalan muy lentamente, no sucediendo así con las otras como hemos tenido ocasion de verlo. Estas complicaciones son la infiltracion de orina, los accesos urinosos, fístulas, fiebres urinosas, etc. No vamos á describirlas por no ser ese nuestro objeto.

VIII

En presencia de una estrechez de la uretra, el médico debe tratar en primer lugar, de restablecer el calibre del canal, y despues, de mantener la dilatacion obtenida, bien entendido que sin peligro alguno para el enfermo.

Son muchos los métodos inventados para llegar á esos resultados. Cada libro se encuentra lleno de descubrimientos, y consultando la historia de la medicina, encontramos una cantidad innumerable de sistemas que han ido decayendo á medida que se iban los autores convenciendo de su inutilidad.

Parece que el método de tratamiento mas antiguo ha sido la cauterizacion. En otro tiempo se creía que las estrecheces de la uretra eran debidas á carnosidades que se desarrollaban en el canal al nivel del cuello de la vejiga, y de aquí que de acuerdo con esta creencia, se compusieran sustancias escaróticas, que tenian por objeto destruir á los cuerpos del delito curando de esa manera la estrechez. Los resultados han sido por demás desventajosos como se comprende: las estrecheces inflamatorias eran por este medio, convertidas en cicatriciales, y por consiguiente en vez de aliviar se agravaba la enfermedad.

Muy posteriormente se inventó el sistema de la dilatacion que ha estado siempre muy en voga hasta el año 1867 en que se propuso la galvano cáustica química como muy superior á ella, y destinada á reemplazarla por completo.

Este método de la galvano cáustica química está basado en que por la accion química de una corriente eléctrica se pueden cauterizar sin peligro las estrecheces de la uretra y que á la caida de la escara queda una cicatriz blanda y estensible.

Hemos tenido ocasion de hojear el libro publicado por los doctores Mallez y Tripier, sobre la « curacion durable de las estrecheces de la uretra por la galvano cáustica química ». La idea de obrar sobre la uretra por medio del galvanismo se le habia ya ocurrido á Cruseel en el año 1841, y despues á Werthember. Ambos pretendian utilizar solamente la accion resolutiva del electrodo negativo para disolver las ingurgitaciones peri-uretrales á las cuales atribuian un rol considerable en la produccion

de las estrecheces. Los resultados de ambos fueron infructuosos, y Mallez y Tripier tienen el mérito de haber definido bien y prácticamente el método operatorio. Utilizan dichos señores una pila compuesta de 18 elementos de proto-sulfato de mercurio. El electrodo uretral consiste en un mandril cuya estremidad cierra como un embudo, la abertura de una sonda de goma destinada á protejer las partes sobre las cuales no debe obrar la cauterizacion. Cuando su estremidad es llevada contra la cara anterior de la estrechez, estando cerrado el circuito sobreviene una sensacion de ardor que débil en un principio, disminuye á medida que se forma la escara. Se empuja entonces lijeramente el mandril cauterizando así á la vez de adelante á atrás y lateralmente. Propulsando de tiempo en tiempo la sonda sobre el mandril de manera á no dejar sobresalir mas que una pequeña parte, se limita á voluntad la duracion, y por consiguiente la profundidad de la cauterizacion lateral, continuando sin interrupcion la de adelante á atrás.

Segun Tripier y Mallez, inmediatamente despues de la operacion que dura tan solo algunos minutos, los enfermos pueden ya dedicarse á sus quehaceres. — El libro contiene cuarenta observaciones poco mas ó menos, seguidas todas de curacion, con escepcion de un caso que terminó por la muerte á causa de las malas condiciones en que se encontraba el enfermo.

La galvano cáustica, ensayada despues de esta publicacion como método de tratamiento en un gran número de casos, ha sido severamente juzgada y condenada por autoridades científicas como Duplay.

Para ejecutarla, dice este cirujano, se necesita una instrumentacion mas complicada y mas difícil de manejar que cualquiera otra—Espone no solamente á recidivas al poco tiempo, sinó tambien á infiltraciones de orina y hasta á la muerte del operado.

Apesar del juicio desfavorable del cirujano francés, leemos en una Tésis presentada á la Facultad de Ciencias Médicas el año próximo pasado por el Doctor Facundo Larrosa — cinco observaciones en que el resultado ha sido muy satisfactorio.

El tratamiento de las estrecheces por la dilatacion es muy antiguo — Inconscientemente practicado por cirujanos de otras épocas cuando empleaban la cauterizacion, es tal vez á ella que se deban los éxitos obtenidos, por cuanto introducian al canal uretral, las sustancias escaróticas por medio de sondas de metal.

Siempre se ha creido que la presencia de la bugía sobre la estrechez, producia una irritacion y como consecuencia un aflujo de sangre que aceleraba el movimiento vital en la parte enferma.

Como resultado de esta congestion los jugos espesos, que están depositados entre las mallas de los tejidos, se reblandecerian y diluirian, mientras que por otra parte la compresion ejercida por la bugía, obligaria al producto de esta disolucion á entrar en el torrente de la circulacion. — Desgraciadamente falta el control histológico para asegurar la verdad de la teoría, y esto por consiguiente no es mas que una pura suposicion.

La dilatacion puede ser permanente ó temporaria.

En el momento de practicarse la primera, dos casos pueden presentarse:—que la estrechez permita el paso de una sonda fina ó que sea completamente infranqueable.—En presencia de esta última circunstancia se tendrá que usar uno de los muchos procedimientos aconsejados para hacer pasar una sonda—el cateterismo apoyado por ejemplo: que consiste en dejar durante un tiempo mas ó menos largo la estremidad de una bujía apoyada en el punto de entrada de la estrechez y en ejercer presiones suaves á fin de producir un trabajo modificador que haga permeable ese orificio de entrada.—Bastan algunas horas de contacto para obtener el resultado que se desea—si no se logra, se renueva la tentativa al siguiente dia, y es muy raro que la estrechez resista muchas veces al paso de la sonda, salvo escepciones en que apesar de todas las tentativas es imposible obtener resultado alguno, y el cirujano se ve obligado á practicar la uretrotomía esterna—Para estas operaciones se deben usar instrumentos de goma muy delgados.

El obstáculo está vencido y se trata de aplicar la dilatacion permanente. Algunos autores aconsejan dejar la bujía que ha servido para franquear la estrechez siempre que pueda moverse libremente sin tener roce alguno con las paredes uretrales—otros quieren reemplazarla por una sonda bugía provista de ventanas para que por ella pueda efectuarse la miccion—Se debe adoptar el primer procedimiento á causa de que por su pequeño calibre, la sonda bugía tiene mucha facilidad para obliterarse.

El enfermo puede perfectamente orinar por las partes

laterales de la bugía permanente; si al cabo de un corto tiempo de colocada hubiera dificultades para la miccion, se pueden fácilmente vencer tirando un poco la bugía—Esta pequeña maniobra es mas que suficiente para que el enfermo orine sin ningun trabajo.

Al siguiente dia, la bugía permanente es reemplazada por otra de mayor calibre y asi sucesivamente—Algunos quieren no pasar de una bugía que tenga 4 milímetros de diámetro —y recurren entonces, bien á la uretrotomía interna ó bien á la dilatacion temporaria.

El defecto de este modo de tratamiento es el no dar resultados permanentes. Al cabo de muy poco tiempo de vencida la estrechez vuelve á manifestarse nuevamente.

La dilatacion temporaria, como su nombre lo indica, consiste simplemente en aplicar á la uretra instrumentos dilatadores, por un corto espacio de tiempo—Se practica por medio de bugías metálicas, entre las cuales las de Beniqué pueden prestar útiles servicios.

La introduccion de estas bugías no presenta grandes dificultades, todo estriba en la eleccion de la primera que se vá á emplear — Como este es un método bastante conocido, no voy á detenerme en su descripcion, máxime cuando mas adelante pienso ocuparme del modo de Tratamiento de las estrecheces uretrales en las Salas del Hospital á cargo del Doctor Leopoldo Montes de Oca.

Hay otros medios terapéuticos de las estrecheces uretrales, llamados Métodos de fuerza entre los cuales se encuentran la Dilatacion mecánica rápida—la Divulsion

—la Uretrotomía interna y la Uretrotomía esterna. El principal de los instrumentos del primer grupo, es el Dilatador de Holt que todo el mundo conoce, y que tan grandes servicios ha prestado en Buenos Aires como mas adelante veremos—el modelo de los instrumentos del segundo grupo es el Divulsor de Thomas.

IX

En el mes de Junio del año 1861 fué nombrado para hacerse cargo de la Sala de venereos en el Hospital General de Hombres el Dr. Leopoldo Montes de Oca. En el tiempo trascurrido desde esa época hasta el presente, muy numerosos han sido los casos de estrecheces uretrales que se han presentado y variados tambien los tratamientos que se les han aplicado. En los primeros años, diez poco mas ó menos, todas las estrecheces eran atendidas por los métodos de dilatacion. En el año 1870 habiendo recibido el médico director de la Sala, la visita del Dr. D. Saturnino P. de la Reta que ejercía la medicina en Mendoza, y oído de su boca grandes ponderaciones respecto al método de Holt para el tratamiento de las estrecheces, el Dr. Montes de Oca, que ya conocía la monografía del cirujano inglés, sin haberse atrevido aún á usar dicho método, se decidió á ponerlo en práctica. En los primeros dias de Diciembre encontrándose presente el Dr. Reta, se usó el dilatador de Holt en la Sala del Hospital de Hombres, por primera vez en Buenos Aires, con resultados sumamente halagadores.

Fué pues, al Dr. Montes de Oca (Leopoldo) y no á Manuel Augusto como se ha dicho á quien cupo la gloria de la primer jornada.

En el mes de Enero del año 1871 fueron cuatro los casos operados y el resultado igualmente satisfactorio.

Desde entonces hasta el año próximo pasado siempre se ha usado el dilatador de Holt, sin que nunca haya habido que lamentar el mas mínimo accidente por su empleo.

El dilatador de Holt se aplica de la manera siguiente: Una vez comprobada satisfactoriamente la penetrabilidad del canal, se toma la medida del meato de la uretra colocando en él una sonda que quede bien ajustada. De este modo, si el meato admite el núm. 10, debe usarse un tubo núm. 10, si el núm. 12, el tubo núm. 12.

Para el núm. 10, se deja el tornillo arreglado de manera que el tubo pueda deslizarse fácilmente entre las hojas; pero si se necesita el tubo núm. 12 se quitará el tornillo y el instrumento quedará entonces pronto para esa medida.

Es importante acertar con la medida exacta para que la uretra no sea ensanchada mas allá de su calibre natural, pues mientras el canal de una persona admite el núm. 14, el de otra no admite sinó el 9.

Estando préviamente bien enaceitado el dilatador, se introducirá con el mango un poco inclinado hácia el cuadril izquierdo del paciente y manteniendo la parte convexa suavemente apretada contra la parte inferior de la uretra, se deslizará suavemente la punta á lo largo de la

parte superior hasta que pase mas allá del ligamento triangular; trayendo entonces el mango á formar un angulo recto con el cuerpo y deprimiéndolo gradualmente pero no tanto como en el paso de una sonda ordinaria, penetrará por lo general en la vejiga.

Se puede en este momento sacar el estilete del conductor perforado á fin de que salga la orina, y estando entonces seguro de que el instrumento está en la vejiga, el cirujano debe colocar la punta del tubo que préviamente ha elejido sobre el conductor situado entre las hojas, é introducirlo lo mas pronto posible hasta el cabo.

De esta manera la estrechez quedará completamente partida y no dilatada, pues aquel efecto es absolutamente necesario para obtener los mejores resultados. Entonces se imprimirá al dilatador varios movimientos de rotacion para separar aún mas los lados de la rotura y en seguida será estraido, siendo sustituido por una algalia correspondiente al número del tubo, con el objeto de estraer la orina. Entonces se retira la algalia y el enfermo queda en cama con el encargo de tomar cada cuatro horas, durante las primeras veinte y cuatro, una pocion que contenga en cada dosis diez centígramos de quinina y diez gotas de tintura de opio. *(Revista Médico Quirúrgica 1872.)*

Este es el procedimiento operatorio tal cual se ha usado siempre en el Hospital General de Hombres y en el Nacional de Clínicas.

La tésis que el Dr. José Juan Araujo presentó á la Facultad de Ciencias Médicas en el año 1873 contiene 6

observaciones en las cuales el método de Holt, ha dado buenos resultados—en la del Dr. Cabello y Bruller del año 1882, hay una ó dos que son tambien favorables.

El divulsor de Thompson ha sido usado muy pocas veces en el Hospital, y como es un instrumento que tiene que sacarse cerrado de la uretra despues de haber estado abierto, tiene el inconveniente de producir pellizcamientos de la mucosa.

El año pasado, teniendo conocimiento el doctor Montes de Oca de un tratamiento que se usaba en Francia por el Dr. Guyon para las estrecheces uretrales, y que consistia en introducir una sonda conductora de goma á la cual se adaptaba otra metálica de Beniqué, encargó á Europa una caja con juego completo que una vez llegada empezó á emplear. Como se verá por las observaciones que publico al fin de este trabajo, los resultados han sido verdaderamente sorprendentes y en la actualidad en el Hospital, el método Beniqué Guyon ha sido consagrado como superior á todos los usados anteriormente, mereciendo los honores de ser el único que se aplica. Tiene sobre el de Holt, la ventaja de ser mas rápido en sus efectos, de tener un procedimiento operatorio mucho mas sencillo, de ser menos doloroso para los enfermos y de poder desde el principio introducirse una sonda muy delgada.

La caja se compone de sondas metálicas llamadas de Beniqué marcadas desde el núm. 24 hasta el 44. En la punta están provistas de un pequeño agujero destinado á recibir un tornillo que se adapta á la estremidad posterior de una bujía de goma conductora. La forma de la

sonda Beniqué es sumamente cómoda porque representa de una manera exacta la direccion del canal uretral.

Las bujías llamadas conductoras, tienen un calibre bastante pequeño, algunas casi filiformes y otras un poco mas gruesas, de manera que fácilmente pueden adaptarse á cualquier estrechez.

Están provistas en su estremidad anterior de una pequeña oliva, y en la posterior de una armadura metálica perfectamente pulida, en cuyo vértice hay un tornillo destinado á introducirse en el pequeño agujero situado en la parte anterior de la sonda Beniqué.—Estas bujías conductoras son las mismas de Maissoneuve, con la modificacion impresa por Guyon de que en vez de ser hembras sean machos para que de esa manera estando las metálicas dotadas de agujero y desprovistas de tornillo, puedan ser empleadas separadamente.—Otra de las diferencias es que las de Guyon tienen una composicion mas resistente que las otras.

Para usar este sistema se pone al enfermo en la posicion conveniente á todos los sondajes.

En todo tiempo y aún en la actualidad se acostumbra colocar al paciente con las piernas dobladas sobre los muslos, y éstos un poco sobre el abdómen.—El doctor Montes de Oca desde hace como 18 años ha abolido esa postura, y los sondajes los practica estando el individuo con sus piernas completamente estiradas.—Esta posicion no ofrece ningun inconveniente para la introduccion de la sonda, independientemente de que es mucho mas cómoda.

Llenados los preliminares y reconocida la estrechez, se trata de introducir una de las bujías conductoras de goma y obtenido ese resultado, se adapta al tornillo de que está provista en su parte posterior la estremidad anterior del número 24, (menor de la escala,) de las sondas metálicas Beniqué.

Se procede en seguida como en un sondaje ordinario introduciendo esta última en la uretra. A medida que penetra, la conductora de goma se arrolla en la vejiga.—En la misma sesion se puede aumentar el calibre de las sondas metálicas para lo cual basta traer hácia afuera el punto de articulacion sin sacar la conductora, destornillar la que ya habia penetrado y adaptar el número siguiente ó el otro inmediato.

Puede suceder que se trate de una estrechez infranqueable—en ese caso se procede como dejamos indicado al tratar de las generalidades del tratamiento.

Lo que se puede afirmar sin temor de equivocarse, es que una vez que penetre la bujía conductora de Guyon, la curacion no se hará esperar.

Debido á la amabilidad de mis distinguidos condiscípulos y compañeros de internado, D. Benigno E. Vallejo y D. Jaime R. Costa, he podido reunir un gran número de casos, tratados por el método de Beniqué Guyon.

Siento no tener por circunstancias especiales, mas que datos imperfectos respecto á algunos de ellos, pero sin embargo apesar de esas imperfecciones, creo que serán suficientes para mostrar el éxito del tratamiento.

OBSERVACIONES

HOSPITAL DE CLINICAS

I

SALA 9—NÚMERO 11

N. N.—estaba atacado de una estrechez infranqueable de la uretra—Despues de varias tentativas que se hicieron, se logró introducir una bugía filiforme de goma que permaneció en la uretra 24 horas—Al retirarla pudieron colocarse inmediatamente el 23 de Diciembre de 1885, prévia introduccion de la bugía de Guyon los Núm. 24, 26, 28, 30 y 32 Beniqué, y al retirarlos una sonda de goma permanente.

El 24 de Diciembre se introdujeron los Núm. 32, 34, 36, 38 B. y permanente de goma—El 25 de Diciembre los Núm. 38 y 40 B. y permanente de goma—El dia 26, los Núm. 38, 40 42 B. y el Núm. 16 metálica y per-

manente de goma—El dia 27, sonda metálica Núm. 16—El dia 28, Núm. 40 y 42 Beniqué—El 2 de Enero de 1886, Núm. 34 y 38 Beniqué—El dia 4, Núm. 38 y 40 B. El dia 6, Núm. 42, 44 B. y 14 metálica—El dia 7, Núm. 14 metálica—El dia 9, Núm. 14, 15, 16 y 18 metálica—El dia 10, Núm. 18 metálica.

El dia 10 el individuo salió curado del Hospital—El tratamiento desde que se pudo introducir la sonda conductora duró diez y ocho dias—Es uno de los casos mas interesantes que se han presentado.

II

Sala 9—Número 5

El dia 26 de Octubre de 1885 entra al Hospital el individuo N. N. Tiene una estrechez muy considerable—El mismo dia penetra la sonda conductora y se aplica el Núm. 24 Beniqué.

El dia 28 los Núm. 25 y 26 B—El dia 29 los Núm. 26, 27 B.—El dia 31 de Octubre los Núm. 29, 30 y 31 B. El dia 5 de Noviembre los Núm. 27, 30, 32 y 35 B.—El 14 de Noviembre Núm. 32, 35, 38, 40, 42 y 44 B—El dia 15 se le puso una sonda permanente de goma hasta el dia siguiente—El dia 29, Núm. 30, 32 y 34 B—El 2 de Diciembre Núm. 32, 34, 36 B. y 14 metálica—El dia 3, Núm. 14 metálica—El dia 4, Núm. 15 metálica—El dia 7, Núm. 15, 16 y 18 metálicas—El dia 10, Núm. 18 metálica—Del dia 12 al dia 18, Núm. 18 metálica—El dia 19,

Núm. 37, 35 y 39 Beniqué, sonda metálica Núm. 18—El 6 de Enero de 1886, Núm. 39 Beniqué—El 12 de Enero, Núm. 40 y 42—Desde entonces hasta hoy el Núm. 20 metálico—Está curado de su estrechez y se asiste en la actualidad de otras dolencias.

III

Sala 5ª—Número 9

N. N. El 17 de Diciembre de 1885, Núm. 29 y 32 B.—El dia 18, Núm. 26, 28, 32 y 35 B.—El dia 20, Núm. 35 y 37 B.—El 21, Núm. 37 y 39 Beniqué—El 23, Núm. 14 metálica—El dia 24, Núm. 37 y 39 Beniqué—El 2 de Enero de 1886, Núm. 35 y 37 Beniqué—El dia 4, Núm. 35 y 38 Beniqué—El dia 8 no puede penetrar ninguna sonda y se le pone una filiforme de goma—El dia 9 se pudo introducir el Núm. 38 Beniqué—El 25 de Enero, Núm. 36, 38, 40, 43 B. en seguida el Núm. 15 metálica—El dia 3 de Febrero Núm. 40 Beniqué y 16 metálica—Sale curado ese mismo dia.

IV

Sala 9—Número 19

N. N. El 24 de Diciembre de 1885, Núm. 30 y 34 B.—El 25 de Diciembre, sonda metálica, Núm. 14, 15, 16—Diciembre 26, 27 y Enero 3 de 1886, sonda metálica Núm. 15—El 3 de Enero sale curado.

V

SALA 5ª—NÚMERO 6

Febrero 11 de 1886—Números 24, 27, 30. Beniqué y 15 metálica—El dia 12, núm. 15 metálica—Sale curado el 14 de Febrero.

VI

SALA 5ª—NÚMERO 20

Marzo 10 de 1885—Núm. 24, 26, 28, 32 y 36 B.—Marzo 16—Números 36 y 40 B. núm. 15 metálica continuando con el número 19 metálico hasta el 16 de Mayo que sale curado.

VII

SALA 5ª—NÚMERO 2

José Rebol—Enero 19 de 1886—Números 24, 28 y 32 B.—Enero 21—núm. 14 metálica continuando con el núm. 20 metálica hasta el 5 de Febrero que salió curado.

VIII

SALA 5ª—NÚMERO 20

Miguel Iglesias—El 25 de Noviembre 1885—Números 24, 26, 28, 30 B. y núm. 14 metálica.

El 26, 27 y 28 de Noviembre, núm. 14 metálica—El 29 de Noviembre, núm. 15 metálica —Sale curado el mismo dia.

IX

SALA 5ª—NÚMERO 20

Cirilo Rodriguez—Entra el 16 de Febrero y sale el 20 de Marzo de 1886—Empleo del método Beniqué Guyon. Estrechez de nueve años—Sale curado —Se ha seguido con él, el mismo procedimiento que con los anteriores.

X

Ramon Vasquez—Se presenta el 2 de Noviembre de 1885 al Consultorio Externo y queda curado el 19 de Febrero de 1886—Estrechez de 15 años.

A una de las sesiones de tratamiento concurrió el Dr. Herrera Vegas quien quedó muy satisfecho del sistema.

XI

Luis Ferreyra—Desde el 4 de Noviembre de 1885 hasta el 1° de Abril de 1886—Estrechez de varios años—Curado.

XII

SALA 5ª—NÚMERO 16

Francisco Herreria—El 25 de Noviembre de 1885, núm. 24 B.—El dia 26—Números 26, 28, 30, 32, 34 y 36 B.—El dia 28—Números 30, 32, 34, 36 y 38 B. y 14 metálica.—Los dias 2, 3 y 4 de Diciembre—Núm. 16 metálica—El 11 de Diciembre sale curado.

XIII

SALA 5ª—NÚMERO 6

Juan Luratro—Estrechez desde 1885 (Agosto)—Entra el 11 de Febrero de 1886 al Hospital y sale curado el 14 del mismo mes.

XIV

Sala 5ª—Número 6

Juan Mozo—El 15 de Febrero de 1886 entra al Hospital—Tiene una estrechez desde Junio de 1883—Sale curado el 10 de Marzo.

XV

Sala 5ª—Número 9

José Pauluchi—Entra el 11 de Febrero de 1886—El mismo dia se introducen los números 26, 28 y 32 B. y en los dias siguientes sondas metálicas comunes del núm. 15 al 20.

XVI

N. N.—Estrechez inflamatoria—Enero 14 de 1886, núm. 30 B.—Enero 16—Números 30 y 34 B.—Enero 19—Números 35, 37 y 39 B.—Enero 22—Números 39, 41, 43, B. y 15 y 18 metálicas—Enero 24—Números 15 y 18 metálicas—Sale curado el 24 de Enero.

Hay muchas otras observaciones que no publico porque no he podido obtener sobre ellas, datos muy completos.

Además de todos estos casos tengo conocimiento de tres curados en el público por el Dr. Montes de Oca, que no creo necesario mencionar con sus detalles por creer suficientes los anteriores para demostrar la bondad del tratamiento. En uno de esos casos acompañó al Dr. Montes de Oca el Dr. Pedro Carrasco y en el otro el Dr. Cárlos S. Franco.

V° B°

Leopoldo Montes de Oca.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Anatomía descriptiva—Orígen de los nervios cerebrales.

Anatomía topográfica—Region carotidea.

Fisiología—Funciones de los cordones de la médula.

Materia Médica y Terapéutica—Opio y sus alcaloides.

Patología externa—Accidentes de las heridas.

Nosografía Médica—Diagnóstico de la ruptura del corazon.

Patología general—Reglas y preceptos de la auscultacion y percusion.

Clínica Médica—¿Las diversas formas de fiebre tifoidea modifican su terapéutica?

Medicina Legal y Toxicología—¿Es la membrana himen un signo de virginidad?

Obstetricia—De la fecundacion.

Oftalmología—Agudeza visual y campo de la vision general.

Histología—¿Puede haber célula sin membrana de cubierta?

Anatomía Patológica—La causa patológica de la ataxia locomotriz es la esclerosis de los cordones de Goltz.