2978

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

FÍSTULAS PERINEALES

SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO PASSO

Ex-practicante del « Hospital Rawson »

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE M. BIEDMA É HIJO, BOLIVAR 535

1897

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

FÍSTULAS PERINEALES

SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO PASSO

Ex-practicante del « Hospital Rawson »

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE M. BIEDMA É HIJO, BOLIVAR 535

1897

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 162 del Reglamento.)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. ENRIQUE E. DEL ARCA

Vice Decano

Dr. D. PEDRO MALLO.

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSE T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » PEDRO MALLO
» » JOSÉ M. ASTIGUETA
» » JACOB DE T. PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNANDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GUEMES.

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI.

Secretario Titular

Dr. D. LUIS M. ACUÑA

Pro-Secretario

Dr. D. ZENON AGUILAR.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomia Descriptiva	Dr. Juan José Naon.
Anatomia Topográfica	» Juvencio Z. Arce.
Histolojía teórico-práctica	» Rodolfo de Gainza.
Fisiolojía General y Humana	» José M. Astigueta.
Patolojía General y Ejercicios clínicos	» Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma.
Higiene Pública y Privada	» Meliton Gonzalez del Solar.
Patolojía Externa	» Obdulio Hernandez.
Patolojía Interna	» José Penna.
Anatomia Patológica	» Telémaco Susini
Histologia Patológica y Bacteriologia	» Carlos Malbran
Medicina Operatoria	» Adalberto Ramaugé
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica,	» Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	» Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	» Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su clínica	» Jose M. Ramos Mejia.
Enfermedades mentales y clinica respectiva	» Domingo Cabred
Clínica Quirúrjica	» Julian Aguilar. Antonio C. Gandolfo.
Clínica Médica	» Eufemio Uballes. Gregorio N. Chaves Luis Güemes
Obstetricia y Clínica respectiva	» Samuel A. Molina.
Medicina legal y toxicología	» Eduardo M. Perez.
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata Atanasio Quiroga
Física Médica	» Jaime R. Costa.
Zoología médica	» Eliseo Canton.
Toxicología	» Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatología	» Baldomero Sommer
Laringologia, otología, rinología	» Eduardo Obejero
Farmacia teórica	» Juan A. Boeri.
Farmacia Práctica	» J. Manuel Irizar.
Botánica mèdica.	» Adolfo Mugica.
Obstetricia para alumnas parteras	» Juan R. Fernandez.
Odontología	» Nicasio Etcheparebordа.

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomia Descriptiva.....	Dr.	Juan D. Piñero.
Anatomía Topográfica.....	»	Avelino Gutierrez.
Histolojía teórico-práctica.....	»	Samuel de Madrid
Fisiolojía General y Humana.....	»	Pedro J. Coronado.
Higiene pública y privada.....	»	Enrique Revilla J. Ricardo Schatz.
Patolojía General y Ejercicios Clínicos.....	»	Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica.....	»	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno
Patolojía Esterna.....	»	Pascual Palma Daniel J. Cramwell
Patolojía Interna.....	»	Marcial V. Quiroga
Anatomía Patológica.	»	José Badia
Medicina Operatoria.....	»	Alejandro Posadas
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
Enfermedades de niños y Clínica pediátrica.....	»	Facjndo Larguia. Antonio F. Piñero.
Enfermedades de los ojos y clinica oftalmológica	»	Francisco Barraza. Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su clínica.....	»	José A. Esteves. José R. Semprun
Enfermedades mentales y clínica respectiva	»	Benjamin T. Solari
Clínica Quirúrjica.....	»	Juan B. Justo Alejandro Castro Diógenes Decoud.
Clínica Médica.....	»	Abel Ayerza Julio Mendez Francisco Sicardi Ignacio Allende
Física médica.....	»	(vacante)
Obstetricia y Clínica respectiva.....	»	Luis F. Vila
Medicina legal y toxicología.....	»	Francisco de Veyga Domingo Cavia
Química aplicada á la Medicina.....	»	(vacante)
Farmacia práctica.....	»	(vacante)
Laringología, otología, rinología	»	Wenceslao Tello.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury
Obstetricia para alumnas parteras.....	»	Enrique Pietranera.
Odontología.....	»	Leon Pereyra.

PADRINO DE TÉSIS

Académico Doctor JUAN R. FERNANDEZ

Señor presidente:

Señores catedráticos:

Retirado hace un año del aula, para ejercer con permiso oficial la Medicina, sin compartir responsabiiidades, he podido juzgar en ese año de meditación y de estudio, lo inmenso de vuestro saber y la grandeza de vuestra dedicación profesional.

No quería acercarme á vosotros para recibir de vuestras manos la investidura más grande que ostentaré en la vida, sin traeros, con mi agradecimiento, un trabajo digno de vosotros y del interés con que os consagráis á la enseñanza. Había puesto mis miradas, para emprender esa obra, sobre una rama de las ciencias médicas poco conocida y menos practicada entre nosotros, cual es la que estudia las enfermedades del aparato uro-genital, á la que he dedicado todas mis aptitudes desde el principio de mis estudios médicos; pero no había contado, en mi imprevi-

sión, ni con la debilidad de mis fuerzas, ni con el hecho de que en Medicina no hay novedades para vosotros.

Especializarse en una ciencia, significa dedicar todas sus fuerzas y todo su tiempo al cultivo apasionado de una de las ramas que la componen.

Maduraba en mi mente estas ideas, cuando se abrió en el Hospital Rawson un servicio modelo para la clínica de las enfermedades génito-urinarias, excitando así el celo y el estímulo entre los estudiosos.

Halagado por la novedad de estos estudios, aún no implantados oficialmente en nuestra Escuela, poco conocidos y tan ricos en resultados terapéuticos, empeñé toda mi voluntad y el tiempo de que disponía en perfeccionarme en ellos; médico mañana, dedicaré á esta importante rama del saber humano todo el amor que me inspira el papel del médico en la sociedad.

Alguien me ha objetado por ahí la inutilidad de esta clase de estudios cuando la moderna sueroterapia concluya con las enfermedades que producen lesiones en el aparato de la generación y de la urinación. Sin desconocer el fundamento de esta objeción, creo que no ha llegado el momento de abandonar un tratamiento que es fuente de salud para la humanidad, y que difícilmente excluirá la sueroterapia, impotente contra ciertas lesiones orgánicas.

Sin embargo, si el fausto acontecimiento llegare á producirse, sería yo el primero en deponer las armas que la inventiva humana ha producido con la instrumentación más ingeniosa de la cirugía moderna, para hacer lugar al tratamiento *sin sangre* y *sin dolor* que ha hecho la gloria de PASTEUR y sus discípulos.

No vayáis á creer, señores catedráticos, que mi amor por la rama de la ciencia que cultivo, sirva de motivo para reconcentrar mi espíritu dentro de los estrechos límites de una especialidad; al contrario, hay en el médico dos personalidades distintas: el *médico* propiamente dicho—el sabio, el clínico—y el *artista;* aquél piensa, observa, investiga, discute; este último ejecuta. Soy de los que profesan que para ser buen especialista, el práctico debe ser, antes de todo, *médico*. Sin un conocimiento exacto de las Ciencias Médicas, de la Anatomía, de la Física, de la Fisiología, de la Higiene, etc., etc., de todo el repertorio de las enfermedades generales, no es posible ejercer ninguna especialidad.

El médico como *médico*, debe escudriñarlo todo dentro de la ciencia de sus estudios: acompañar al biólogo, que descubre la composición de la materia y su desenvolvimiento en la vida; al fisiólogo, que determina las leyes de las funciones vitales; al clínico, que observa é interpreta los síntomas acusadores de la enfermedad; al bacteriólogo, que arranca á las entrañas del ser la

causa viva de la enfermedad y la persigue y aniquila en la intimidad misma de los tejidos ; al anátomo patologo ; al químico ;.... hasta al filósofo, que da la medida de la razón humana, estudia los caracteres é ilustra al médico psiquiatra en sus investigaciones sobre la patología mental.

El médico como *artista*, debe hacer su aprendizaje *manual é instrumental*, ya para explorar, ya para llevar el remedio, el fuego y el cuchillo al fondo de las cavidades más impracticables, cuando no para iluminarlas con la nitidez con que lo hace un alambre incandescente.

Ahora bien ; en Medicina, como en las artes manuales, de la repetición incesante del mismo acto, nace necesariamente el perfeccionamiento en su ejecución. Pero como la vida de un hombre no es suficientemente larga para poder ejecutar con perfección todas las operaciones útiles del arte de curar, ha sido necesario dividir este arte en diversas ramas que responden, menos á la naturaleza de la enfermedad que al territorio del cuerpo humano donde se localiza.

Con estas ideas, que son como mi credo profesional, entro á la lucha. Dios y vuestro consejo me amparen á la cabecera del enfermo.

PRIMERA PARTE

Anatomia Patológica

Al estudiar este punto, no tenemos intención de hacer una descripción detallada y completa de la anatomía patológica de las fístulas urinarias del periné, sino de indicar algunos puntos sobre los cuales ha llamado la atención GUYON, y que tienen una aplicación inmediata en el tratamiento.

Es indispensable, para que una fístula se forme, la existencia de un obstáculo al curso normal de la orina. Ahora bien; este obstáculo está constituído en la gran mayoría de los casos, por una estrechez blenorrágica del canal, y como son las fístulas ocasionadas por lesiones de esta última naturaleza las que nos proponemos estudiar, trataremos antes las modificaciones que determina

la uretritis crónica en el calibre y en la constitución del canal.

Todos los autores no están de acuerdo en admitir la necesidad de un obstáculo para la formación de una fístula. CHOPART y CIVIALE hacen objeciones; pero sus observaciones no son concluyentes, y además sabemos que hasta hace veinte años se pasaba con mucha frecuencia por estrecheces anchas sin diagnosticarlas. VIGNERON refiere dos casos de infiltración de orina en dos individuos, en uno de los cuales la uretra admitía un número 19 y en el otro un número 12, y llega á esta conclusión, que nosotros admitimos sin discutir: toda estrechez es un obstáculo al curso de la orina, que podrá inflamar la mucosa uretral, y por consecuencia, provocar un absceso urinoso ó una infiltración.

Sin insistir en las teorías antiguamente emitidas sobre la naturaleza de las estrecheces blenorrágicas, y hoy día abandonadas, las recordaremos brevemente. Contienen por otra parte, algo de verdad, siempre que no se apliquen á la generalidad de los casos.

Durante el siglo XVI predominó la teoría de las carúnculas y de las carnosidades nacidas de una ulceración de la uretra, causando, por su induración callosa y su cicatrización, los síntomas de la enfermedad. Esta teoría, aunque limitada á un pequeño número de casos, es indudable que ha podido nacer de una observación exacta.

Existen raras observaciones en que la presencia de un pólipo de la uretra haya dado lugar á todos los síntomas de una uretritis crónica y de una estrechez del canal. Además, existen casos de vegetaciones poliposas de la mucosa encontradas al nivel y sobre todo por detrás de estrecheces blenorrágicas de la uretra. Estas lesiones, aunque secundarias, es difícil no asimilarlas á las carnosidades de los antiguos.

Hoy día están de acuerdo todos los autores en considerar las estrecheces blenorrágicas como el resultado de una producción fibrosa peri-uretral más ó menos extensa, al nivel de la cual el canal ha perdido su calibre normal y su dilatabilidad fisiológica. El modo de formarse de esta lesión constante de las estrecheces, así como el proceso patológico que la produce, han sido interpretados y comprendidos de distintos modos.

La creencia de que el tejido de las estrecheces es el resultado de la cicatrización de la mucosa ulcerada, ha caído hoy casi en un completo abandono : los síntomas de la uretritis crónica, la formación tardía de las estrecheces después de un largo período latente, los resultados del examen endoscópico de la mucosa crónicamente inflamada y el estudio histológico de las estrecheces blenorrágicas, dan pruebas más que suficientes en contra de esta teoría. Si existen estrecheces uretrales producidas por la cicatrización de una úlcera, no son, se-

guramente, las estrecheces blenorrágicas habituales.

A. GUERIN localiza las lesiones que producen estrecheces, en el cuerpo esponjoso de la uretra. Para este autor, es una verdadera flebitis desarrollada durante el período agudo de la uretritis, que se sitúa en las areolas esponjosas más próximas al canal; y la evolución ulterior de esta lesión, es decir, la organización de los depósitos fibrinosos y la retracción é induración de las trabéculas, es el orígen de las estrecheces. Estas no son jamás producidas por una lesión limitada á la mucosa.

Esta teoría, demasiado exclusiva, está fundada en un hecho real. La parte que toman las lesiones del cuerpo esponjoso en la constitución de las estrecheces, es considerable, y lo prueban, como veremos dentro de un momento, las investigaciones de los autores franceses y alemanes, los cuales, en su mayor parte, están hoy de acuerdo en la manera de interpretar la formación de las estrecheces blenorrágicas.

Para ellos la inflamación ataca primero la mucosa y de allí parten inflamaciones crónicas que invaden gradualmente las capas sub-mucosas y el cuerpo esponjoso, dando como resultado final, la producción de un tejido fibroso duro é inextensible, que sustituye la pared normal de la uretra en una extensión y espesor variables.

La uretritis crónica, por fuera de las lesiones circunscritas que determina en la uretra, y que se

manifiestan bajo forma de disminuciones de calibre en un punto determinado del canal, formando estrecheces que puedan reconocerse clínicamente, determina también lesiones difusas extendidas á casi toda la longitud de la uretra, entre las que predominan las modificaciones del epitelio, encontrándose al mismo tiempo una esclerosis más ó menos avanzada de la capa sub-mucosa. En estos casos, siempre se encuentra modificado el aspecto normal de la uretra. En lugar de sus paredes profundamente plegadas y adosadas exactamente, se puede observar un canal abierto cuyas paredes rectilíneas y lisas están como tensas. Es fácil comprender que esta modificación anatómica debe traer perturbaciones funcionales importantes.

Las lesiones de la uretra crónicamente inflamada, no sólo se extienden en superficie, sino también en profundidad; y al nivel de los puntos estrechados, y, por fuera de ellos, en todas aquellas partes donde la uretritis crónica se ha estacionado, podemos observar que todos los tejidos que forman parte de la pared de la uretra, desde el epitelio de la mucosa hasta la envoltura fibrosa que rodea al cuerpo esponjoso, se encuentran profundamente alterados.

El epitelio, que es cilíndrico estratificado en una uretra normal, se ha transformado en pavimentoso estratificado, y se halla hasta con una capa córnea en algunos puntos.

El dermis conjuntivo laxo, casi reticulado, está

infiltrado de elementos embrionarios y espesado por tejido fibroso; y la capa elástica que lo refuerza está destruida, disociada por la esclerosis.

El cuerpo esponjoso se encuentra obliterado, en una extensión mas ó menos considerable, por núcleos voluminosos de tejido fibroso puro, y las partes menos invadidas, las únicas que, al lado de las primeras, pudieran decirse sanas, se encuentran también alteradas: el espesor de las trabéculas está aumentado; los manojos musculares, hipertrofiados y degenerados; las areolas, disminuidas, casi obliteradas; las arterias de mediano calibre, con endarteritis; y las glándulas se encuentran atrofiadas ó con dilataciones quísticas.

La facilidad con que se propagan al cuerpo esponjoso, invadiéndolo en totalidad, las inflamaciones desarrolladas primitivamente en la mucosa uretral, se explica por la solidaridad anatómica que existe en el estado normal, entre los diferentes elementos constituyentes de la pared de la uretra. El tejido esponjoso está tan íntimamente unido al corion de la mucosa, que, además de ser imposible disociarlos, el límite de separación entre ellos no puede distinguirse y el primero parece no ser más que la continuación del segundo.

Después de haber descrito en conjunto las lesiones de la uretra que ha sido el sitio de una inflamación crónica, es necesario volver sobre los puntos más interesantes, con el objeto de estudiarlos con mayor amplitud.

Las lesiones epiteliales se localizan, al principio, en las regiones más atacadas por la uretritis, en el bulbo por ejemplo, y están distribuidas irregularmente por islotes diseminados, no siendo sino lesiones puramente de uretritis crónica, como lo prueba su presencia en esta enfermedad, antes de la aparición de las estrecheces, y, en caso de existir estas últimas, su extensión á las partes no estrechadas del canal.

El epitelio pavimentoso estratificado, transformación del tipo normal cilíndrico estratificado, puede presentar grandes variedades en su espesor y en su estructura.

En un primer período, puede ser solamente un simple aplanamiento de la célula, que se hace cúbica, lo que se observa con frecuencia. Más comunmente la transformación es completa, y el nuevo epitelio está formado de dos capas: una profunda, compuesta de células poligonales, y otra superficial, compuesta de células aplanadas.

En cuanto á la capa córnea, que se ha observado en la superficie de este epitelio patológico, no es constante, y algunos autores no la han visto nunca.

En los casos en que existe, puede presentarse bajo dos aspectos diferentes. En una primera forma, es un proceso de queratinización particular y anormal. Sobre capas poco numerosas de células bien limitadas, se ve otra perfectamente distinta, separada con nitidez de las anteriores, compuesta

de células fusiformes cuyos núcleos han desaparecido.

Esta capa es transparente, se colora en amarillo por el ácido pícrico y está distribuida en islotes separados sobre la superficie de la mucosa.

La segunda forma se aproxima mucho al tipo epidérmico verdadero. Sobre una ó muchas capas de células, existen otras de células cilíndricas, después otras de células poligonales dentadas, una capa granulosa y otra córnea bastante gruesa.

Se encuentra allí la estratificación normal de la epidermis, y parece que se estuviera en presencia de un proceso de queratinización regular.

Es importante el hecho de no haberse encontrado jamás, sobre la mucosa alterada de la uretra posterior, la capa córnea que hemos descrito, siendo debido esto, indudablemente, al origen embriogénico diferente de las dos porciones de la uretra.

Los autores no están de acuerdo en la interpretación de las distintas maneras de transformarse el epitelio.

Para NEELSEN, esta transformación está siempre ligada á la producción fibrosa en el dermis subyacente; pero, si bien es cierto que estas dos lesiones se encuentran con gran frecuencia asociadas, no por eso debe deducirse que la segunda sea la consecuencia de la primera, como BARABAN lo ha hecho ya notar; y este autor ha visto sobre la tráquea transformaciones semejantes del epitelio, reposando sobre un dermis completamente sano.

En la uretra se ha podido observar idéntico fenómeno.

Nos parece más acertada la teoría de este último autor que atribuye la transformación epitelial puramente á la acción de los agentes exteriores sobre la mucosa. Lo primero que ataca al epitelio, son el gonococo y los otros parásitos de la uretritis crónica, siendo el primer resultado de su acción la perturbación nutritiva que lo transforma.

En cuanto á la acción que puedan tener los medios terapéuticos locales, como el pasaje repetido de sondas, etc., es lógico suponer con BARABÁN, que también pueden intervenir, y no es sino por medio de un examen minucioso, que se llegará á separar lo que corresponde á cada uno de estos agentes exteriores, puesto que en la mayor parte de los casos se habían combinado antes de la muerte del sugeto.

Las lesiones inflamatorias del epitelio se propagan muchas veces al dermis mucoso, donde ocasionan la producción patológica de papilas y de vegetaciones intrauretrales que, si algunas veces no hacen relieve en la luz del canal, es porque el epitelio las nivela. Están constituídas por tejido embrionario, y algunas tienen vasos capilares.

Inmediatamente por detrás del punto más estrechado de la uretra, se observa, con relativa frecuencia, una ulceración de la mucosa, que se localiza algunas veces sobre una gran extensión de la circunferencia del canal. En estos casos, el epitelio

desaparece, y el corion está reducido á una masa de pequeñas células redondas, con una abundante neoformación de capilares.

Estas lesiones inflàmatorias existen siempre en la parte posterior de las estrecheces, y cuando no llegan á la producción de las ulceraciones, se traducen por la acumulación de células jóvenes y la vascularización anormal. Parecen debidas á la estancación de la orina, que forzosamente tiene que producirse por detrás del obstáculo, favorecida por la dilatación del canal, que á esa altura se desarrolla á causa de la presión que el líquido, detenido bruscamente, ejerce sobre las paredes de la uretra al ser impulsado con violencia por la vejiga hipertrofiada.

Mucho más fácil nos será comprender el mecanismo de producción de las fístulas de la uretra, después del estudio que hemos hecho de las alteraciones sufridas por el epitelio, en los casos en que sobre la mucosa una inflamación crónica se ha establecido.

Una descripción que se ha hecho clásica, y que todos conocemos, es la siguiente: por detrás de la estrechez, dicen los antiguos autores, las paredes de la uretra, distendidas por la presión de la orina, que á cada micción viene á producirse, concluyen por dilatarse y constituir una cavidad. Si las paredes, suficientemente sanas, resisten al aumento de la presión, una bolsa urinosa queda formada. Por el contrario, y esto es lo que pasa en la inmensa

mayoría de los casos, si esas paredes se encuentran alteradas y se rompen sin poder resistir al aumento de la presión, dejan pasar la orina, y entonces, es un absceso urinoso ó una infiltración lo que se produce. Los tejidos se inflaman, supuran y la colección, en razón de su tendencia natural, se abrirá sobre la superficie cutánea.

Como los tegumentos destruídos no tienden á la cicatrización, perturbada por el incesante correr de la orina, una fístula se forma.

El cuadro que precede, aunque exacto en su mayor parte, es indudablemente incompleto, puesto que, como sabemos, toda supuración reclama la presencia de gérmenes, y no es á la orina tóxica, como decía MURON en 1872, á lo que hay que atribuir la formación de las colecciones purulentas, sino á la orina séptica entre cuyas bacterias, la de ALBARRAN y HALLE parece ser la que con más frecuencia tiene la mayor importancia, como lo han probado, por otra parte, las investigaciones de TUFFIER y ALBARRAN.

En los casos en que por la uretra de un estrecho no haya jamás pasado un catéter y que sin embargo se presenta con un absceso, hay necesidad de atribuir la producción patológica á los microorganismos normales del canal, que los trabajos de ROWDSING, WASSERMANN y PETIT han probado que pululan en uretras vírgenes de toda inflamación.

La causa primera é indispensable para produ-

cirse por la orina y los micro-organismos los accidentes necesarios á la formación de una fístula, es la existencia de una solución de continuidad de las paredes del canal. Esta solución tiene verdadero interés para nosotros.

Resulta de los trabajos de VOILLEMIER, que esta fisura se produce siempre sobre las paredes laterales de la uretra, y TERRILLON ha confirmado esta manera de ver con sus investigaciones; pero existen casos, excesivamente raros, es cierto, en los que se observa la misma fisura en la pared superior de la uretra, como hemos podido constatarlo en uno de nuestros operados (*obs. Nº. 32.*)

Los exámenes histológicos hechos en tres casos de estrechez, por HALLE y WASSERMANN, prueban que el máximum de las lesiones está colocado sobre las paredes laterales del canal.

La fisura que nos ocupa, no constituye el orificio interno de la fístula perineal, puesto que ella no es sino la comunicación entre la uretra y una cavidad que se encuentra en contacto inmediato con la primera, y es de esta cavidad de donde parten directamente el ó los trayectos perineales, viniendo á quedar, como se comprende fácilmente, el orificio del trayecto de la fístula sobre la pared de dicha cavidad.

Esta disposición es invariable y se constata por el examen de un absceso agudo, de una infiltración, ó de un tumor urinoso antiguo, pudiéndose observar la existencia de la cavidad situada á la de-

recha ó á la izquierda del canal, según la posición de la perforación uretral, cuando se incinde ampliamente una infiltración, ó cuando se abre un absceso.

De esta bolsa ó cavidad parte un trayecto principal que sube siguiendo la dirección de la rama isquio-pubiana del lado correspondiente, para ir á terminarse en fondo de saco al nivel de la piel de uno de los lados de la raiz del pene, estando su pared interna formada por una porción de la uretra disecada.

El costado izquierdo es el de predilección para las rutas purulentas, sin que se pueda explicar esta preferencia, pudiendo también encontrarse la misma disposición de ambos lados, y en tal caso, las rutas suben á lo largo de las ramas óseas correspondientes.

La duplicidad de la lesión puede ser debida á igual número de aberturas uretrales y, por consiguiente, de cavidades adosadas, ó á que la lesión, limitada primero á uno de los costados, haya contorneado después la pared inferior del canal y disecado sus dos caras laterales.

Esta disección, casi nunca se produce sobre la cara superior de la uretra, que permanece por lo general adherida á las capas subyacentes.

La dirección que toman la orina y el pus hacia adelante, está perfectamente explicada por la disposición anatómica de la región. En efecto, su marcha hacia arriba, está imposibilitada por la

presencia del ligamento de Carcassone; hacia abajo, por la presencia de la aponeurosis superficial, y hácia atrás, por la unión de estas dos aponeurosis, de las cuales la segunda no es sino la continuación de la hoja inferior de la primera.

La colección, no encontrando un camino fácil sino hacia la parte anterior, sigue, pues, el trayecto que hemos descrito hace un momento.

Una vez constituido el trayecto principal, empiezan á desarrollarse los trayectos secundarios, habiendo sido ya esplicado por COCTEAU, su modo de formación: la orina irrita, por su contacto, al permanecer estancada en el trayecto primitivo, los tejidos vecinos, formándose por la llegada de gérmenes, pequeños abscesos que se abren espontáneamente en la superficie cutánea, ó son abiertos por medio de una incisión, y es así como se forman nuevas fístulas cuyos orificios internos se abren en el trayecto primitivo, y los externos en la piel, á mayor ó menor distancia de los anteriores.

Todos estos trayectos, que pueden ser muy numerosos, habiendo sido contados por CIVIALE hasta 52 en un mismo sujeto, se recubren, después de algún tiempo, de un revestimiento epitelial idéntico al que POZZI ha constatado histológicamente en las fístulas del ano, y CHARLES MONOD en las fístulas recto-vulvares.

El sitio de los orificios cutáneos es sumamente variable, pudiendo encontrarse, por orden de fre-

cuencia, sobre la región perineal, sobre la raíz del escroto, en la margen del ano, en el pubis y en la pared abdominal.

Los trayectos, aunque por lo general se distribuyen irregularmente, y se les ve atravesar el periné en todos sentidos, es raro, sin embargo que franqueen la línea media y vayan á abrirse del lado opuesto al de su nacimiento. Además se encuentra esa región atestada de masas cicatriciales enormes desarrolladas entre los trayectos fistulosos, y MURON que ha examinado dichas masas, ha podido llegar á reconocer que se trata de un mioma fibroso. Mas tarde, ALBARRÁN ha comprobado perfectamente esta aserción.

Como estos tumores aumentan de volumen, y sólo pueden crecer hacia la parte superior, puesto que en el sentido contrario su marcha se encuentra detenida por la aponeurosis superficial, no tardan en ponerse en contacto con la uretra, á la cual estrechan; y veremos más adelante cómo su sola ablación aumenta el calibre del canal.

La descripción que acabamos de hacer sobre el mecanismo de producción de las fístulas, no es una simple hipótesis, puesto que la incisión de los abscesos agudos, de las infiltraciones, de las fístulas antiguas y de los tumores urinosos, lo prueban hasta la evidencia.

Cuando se debridan las fístulas y se escinde el tejido fibroso duro, se descubre la uretra. En uno de los costados y á veces en los dos, se

encuentra un conjunto de fungosidades que están contenidas en una cavidad, cuyos límites y situación son los de las cavidades que ya hemos descrito, es decir: hacia adentro, la uretra; hacia afuera, la rama isquio-pubiana, y el pubis hacia arriba. En cuanto á que esta cavidad sea el punto á donde convergen todos los trayectos fistulosos, se prueba por la exploración de las fístulas mismas.

SEGUNDA PARTE

TRATAMIENTO

I. TRATAMIENTO PREVENTIVO

El tratamiento preventivo de las fístulas perineales consiste en el modo de curar los tumores, los abscesos y las infiltraciones urinosas.

Ya que no es posible obtener la cicatrización primitiva de las heridas operatorias, todos los procedimientos tienden á conseguirla por segunda intención, la cual es muy segura y no da lugar á la formación de trayectos fistulosos.

Los tumores urinosos deben incindirse en toda su longitud, profundizando la incisión hasta llegar á su parte media. Desde allí se continúa la operación con sólo la ayuda de los dedos, que, impulsados con fuerza entre las trabéculas de la producción patológica, deben romperlas y destruir los tejidos indurados, no cesando hasta no haber tocado los confines del tumor.

Es frecuente verse en la imposibilidad de adelantar nada más allá de lo hecho con el bisturí, debido á la dureza en que aún se encuentran los tejidos. En tal caso, es indispensable hacer incisiones secundarias sobre las superficies cruentas, á ambos lados de la incisión primitiva, intentando nuevamente hacer uso de los dedos; y así sucesivamente, hasta haberlo destruido todo y conseguido abrir los pequeños abscesos, que no es raro encontrar perdidos entre los tejidos, y que no son sino el principio de la degeneración en que caerá más adelante toda la masa del tumor.

Cuando esto ha sucedido y es un absceso urinoso lo que se tiene que operar, también se le debe incindir ampliamente; pero como en tal caso la destrucción de los tejidos se ha operado ya por la supuración, debe limitarse el cirujano á raspar la superficie de la cavidad en que estaba contenido el pus.

Es esta la ocasión de recordar que la fístula es una lesión secundaria, y que su origen no se encuentra al nivel de la uretra, sino en la cavidad yuxta-uretral, siendo por consiguiente esta última el único punto que por ahora debe preocuparnos, tratándose de casos en que los trayectos aún no se han formado, y en que ya se han practicado las incisiones á que nos referíamos hace un momento.

Se concibe fácilmente que, si por un medio

cualquiera, no se asegura primero la cicatrización profunda, es decir, la obliteración definitiva de los divertículos, una cavidad tiene forzosamente que persistir, y como sus paredes no podrán ponerse en contacto, se recubrirán de botones fungosos, que segregan cierta cantidad de pus, el cual se derramará por la herida transformada en un orificio fistuloso.

En cuanto á la fisura uretral, que podrá algunas veces cicatrizarse bajo la influencia de la dilatación ó de la uretrotomía interna, quedará permeable en la inmensa mayoría de los casos, y entonces será una mezcla de orina y de pus lo que se derramará incesantemente por el periné.

Siendo así, el cirujano no debe contentarse, después de la incisión de los abscesos, ni después de la operación de las infiltraciones urinosas, con drenar el foco por medio de un tubo colocado á poca profundidad, como en una colección ordinaria, porque la producción de una fístula por el mecanismo indicado anteriormente, será inevitable.

Para evitarlo, es necesario poner en práctica el procedimiento imaginado por GUYON, llamado por éste el *drenaje de plafond*, descrito ya en 1884 por HACHE, en un trabajo sobre tratamiento de los abscesos urinosos.

Consiste en la introducción del dedo índice por la herida, en la dirección de la rama isquio-pubiana, con objeto de encajarlo en la cavidad

producida por el despegamiento de la pared lateral de la uretra, y de llevarlo por esa vía hasta la base de la raíz del pene, cuya piel en ese punto se hace atravesar de fuera á dentro por una aguja de Reverdin, á cuyo oido se engancha el hilo que arrastrará tras de sí al drene. El hilo se fija á la piel por medio de un nudo ó de un rollo de gaza iodoformada, y el tubo quedará, como se ve, suspendido en el interior de la cavidad.

Esta maniobra ahorra la contrapunción, necesaria solamente en los casos de infiltraciones muy extensas.

El tiempo que por lo general se mantiene el drene, que tiene que ser del diámetro del dedo pequeño, es de diez á quince días, y no debe sacarse hasta que los botones carnosos lo hayan rodeado y apretado por completo; y aún en este caso, después de haberlo retirado, conviene mantener abierta la herida cutánea, durante algunos días.

En estas condiciones, la cicatrización profunda se hace rápidamente y es seguida en breve tiempo por la reunión superficial.

Aunque el restablecimiento del calibre de la uretra active indudablemente la cicatrización de las heridas, es conveniente no tocar el canal durante los primeros días que siguen á la operación, porque toda solución de continuidad ocasionada en sus paredes, será una amplia puerta de pasage á los micro-organismos que habitualmente

contiene la orina de estos enfermos, y que son capaces de producir accidentes de los más graves.

Sin embargo, en los casos en que la estrechez del canal es sumamente pronunciada, no hay inconveniente en practicar la uretrotomía interna sobre la pared superior de la uretra, puesto que, como hemos dicho en el capítulo anterior, ésta casi nunca se separa de los tejidos vecinos; y como en tales condiciones no hay que temer la infiltración, sólo es necesario fijar una sonda con el objeto de evitar la infección en los casos en que la orina sea séptica.

Esta regla se sigue invariablemente en el servicio de vías urinarias de TEXO, en el Hospital Rawson, y sólo es permitido desviarse de ella cuando, por cualquier causa, la uretrotomía está contraindicada, y cuando existe una distensión notable de la vejiga por la retención. Sólo así es permitido fijar una bujía filiforme, para que, alrededor de ella, las paredes del canal, bajo la presión de la orina al nivel del punto estrechado, se dilaten y permitan la evacuación de la vejiga. que, por este medio, se efectúa, por lo general, en el término de 24 horas.

Para los tumores urinosos cuyo tamaño no sobrepase el de una nuez, su consistencia sea dura y no presenten tendencia á la supuración, basta algunas veces, como único tratamiento, la dilatación gradual y progresiva del canal con bu-

jias beniqué ó la uretrotomía interna (*obs. numero 16*).

Resultados.—Hemos recogido, durante el tiempo de nuestro internado en el Hospital Rawson, todas las observaciones de tumores, de abscesos y de infiltraciones urinosas que han sido tratadas por el procedimiento descrito, y cuyo número se eleva á quince (*obs. de 1 al 15*), con objeto de probar la ausencia de fístulas perineales, que en tales casos con él se obtiene.

De todas estas observaciones, cinco son de tumor urinoso, y todos los enfermos han salido del hospital con el periné cicatrizado y con un canal que permitía pasar, por término medio, un beniqué núm. 52, habiendo permanecido en el servicio un tiempo que varía entre 50 y 105 días. Otras 4 son de abscesos urinosos; los enfermos salieron sanos menos uno (*obs. núm. 8*) que quedó con una pequeña fístula operada más tarde con buen éxito (*obs. núm. 45*). El canal de estos enfermos, á su salida del hospital, admitía por término medio un beniqué núm. 54, y han permanecido de 34 á 78 días en el servicio. Los restantes son de infiltración urinosa. En uno de estos enfermos persistió una pequeña fístula (*obs. núm. 13*), que se operó más tarde con buen éxito (*obs. núm. 42*). Dos murieron víctimas de la infección general (*obs. núms. 11 y 14*) y tres salieron curados con un canal por donde pasaba un beniqué de mayor calibre que el 53, con una

permanencia en el servicio, que varía entre 41 y 73 días.

El tiempo que, en todos estos casos, se han mantenido colocados los tubos de drenaje, oscila entre 10 y 30 días, habiendo sido necesario practicar la uretrotomía interna sólo en cinco de ellos (*obs. núms. 1, 2, 5, 6 y 14*).

Como se ve, en un total de 15 enfermos, dos murieron atacados de extensa infiltración de orina; sólo en dos persistió una pequeña fístula que cerró poco tiempo después, y once salieron sanos.

II. TRATAMIENTO POR CICATRIZACIÓN SECUNDARIA

GUYON divide en tres categorías á los enfermos atacados de fistulas uretro-perineales.

1º. Aquellos cuyo periné, casi normal, está atravesado solamente por un trayecto.

2º. Aquellos en los cuales, sin la presencia de tumor, existe, sin embargo, una tumefacción difusa del periné, con uno ó varios orificios fistulosos.

3º. Aquellos casos en que, rodeando á la uretra, existe una verdadera ganga de tejido cicatricial, y el periné está atravesado por numerosos trayectos fistulosos.

EUGENIO MONOD considera que son tres los medios terapéuticos empleados contra las fístulas urinarias, los cuales consisten: en hacer desapare-

cer el obstáculo que se opone al curso normal de la orina; en impedir que la orina pase por la fistula, y en obrar sobre la fístula misma.

En los enfermos que corresponden al primer grupo de la clasificación de GUYON, es suficiente. en la gran mayoría de los casos, el primer procedimiento de MONOD, como único tratamiento, debiendo ser el de elección el que consiste en dilatar el canal con bujías beniqué ó por medio de la uretrotomia interna.

Por otra parte, esta clase de enfermos no son tan raros como lo aseguran algunos autores, entre los que figura NOGUÉS, (*Thèse pour le Doctorat en Médécine 1892*), puesto que, en menos de cuatro años de internado, hemos podido recoger once observaciones (*obs. núm. 17 al núm. 27*) en las que el procedimiento aludido ha dado excelentes resultados, pudiendo contarse once curaciones.

En cuanto á los enfermos que corresponden al segundo y tercer grupo, son insuficientes para ellos los procedimientos de MONOD, ya se apliquen separadamente ó asociados; y aunque los dos primeros sean, en la gran mayoría de los casos, el complemento indispensable para obtener un buen éxito con medios más radicales, el tercero comprende una série de métodos sin interés para nosotros.

Siendo insuficientes estos procedimientos, y siendo, como hemos dicho, complemento necesario para

todo tratamiento restablecer el calibre del canal y desviar el curso anormal de la orina, debemos proceder antes que todo á practicar la uretrotomía interna y á colocar una sonda permanente; después se incinde el periné, habiendo antes explorado las fístulas, y con el dedo se busca la uretra: operación fácil, gracias á la sonda que con anterioridad se ha colocado.

Como en los enfermos que corresponden al tercer grupo de la clasificación de GUYON, el periné está atestado de masas cicatriciales, debe extraérselas, pero procediendo de dentro á fuera, es decir, empezando por el lado de la uretra y concluyendo bajo la piel.

La cavidad yuxta-uretral, única ó doble, debe rasparse cuidadosamente por medio de una cureta y los trayectos fistulosos deben ser disecados.

A partir de este momento, ya no hay método para proseguir la operación, puesto que todos los tejidos indurados que aún queden, deben ser extraídos, hasta que bajo el dedo no se sientan sino tejidos blandos y normales.

Es conveniente pasar después el termo-cauterio por las superficies cruentas, tratando de no insistir cuando se pasa sobre la uretra. El final de la operación consiste en refregar toda la herida con un trozo de gasa iodoformada envuelta en el extremo de un tallo cualquiera, y en colocar un drenaje de *plafond* en cada divertículo pre-pubiano.

Tiene verdadero interés el desembarazar el

canal de las masas cicatriciales que lo comprimen, puesto que, lo primero que algunas veces se observa, es un agrandamiento del calibre del canal. Dos de nuestros enfermos lo prueban (*obs. 30 y 35*). Cuando ingresarou al servicio, se trató de franquear la estrechez y fué imposible, y á los dos días, cuando la uretra, después de la operación se hallaba aislada, se pudo pasar con facilidad en uno de ellos una bujía cónica olivar núm. 9 y en el otro una núm. 12.

Esta parte de la operación es la que GUYON ha llamado, desde hace mucho tiempo, la *libération externe de l'urèthre*, descrita en 1875 en la tesis de su discípulo MARTÍN.

Es frecuente que después de una intervención como la que acabamos de describir, queden grandes heridas que interesan no solamente el periné, sinó también el escroto, la pared interna de los muslos, etc., por que la necesidad que hay de disecar cuidadosamente todos los trayectos fistulosos, para obtener un resultado feliz, obliga con frecuencia á practicar incisiones de gran extensión, para poderlos seguir en las múltiples direcciones que suelen tomar, desembocando en la piel á mucha distancia del punto de su origen.

En tales casos (*obs. núm. 33 al núm. 36*) y sobre todo cuando la hendidura uretral es muy pequeña, sacan reales beneficios los enfermos, cuando, después de haber colocado los tubos de drenaje, se suturan todas las incisiones, en uno ó varios

planos, según las necesidades y sólo se deja, en la parte inferior de la incisión perineal, una abertura de extensión suficiente, por la que los tubos deben asomar con holgura.

Usando este método, se obtiene la cicatrizacion primitiva en una gran extensión de las heridas, pero como el objeto es obtenerla por segunda, en puntos que son mas interesantes, como ser la uretra y las cavidades yuxta-uretrales, nos parece razonable llamar á este procedimiento, por *cicatrización mixta.*

Cuando existen focos purulentos de alguna extensión, es necesario esperar unos días, hasta que la secreción séptica de las superficies cruentas disminuya, y entonces, después de rasparlas nuevamente, deben practicarse las suturas.

Resultados—Hemos dividido en tres categorías los enfermos atacados de fístulas del periné y tratados por la cicatrización secundaria.

I—Aquellos en que la fístula ha cicatrizado tan sólo por el restablecimiento del canal (*obs. 17 á la 27*).

II—Aquellos en que las fístulas se han tratado por la incisión del periné y el drenaje (*obs. 28 á la 32*).

III—Aquellos en que las fístulas se han tratado por incisión, drenaje y sutura en varios planos de las heridas operatorias (*obs. 33 á la 36*).

Los once enfermos que corresponden al primer grupo todos salieron sanos, habiendo estado en el

servicio un tiempo que varia entre 34 y 57 días, y con un canal por el que pasaba por término medio un beniqué núm. 57.

Los cinco que corresponden al segundo grupo también salieron sanos, después de una permanencia en el servicio que varía entre 41 y 66 días, habiendo tenido colocada la sonda permanente, un tiempo que varía entre 8 y 20 días.

De los cuatro que corresponden al tercer grupo, sólo uno salió con una pequeña fístula en el periné (*obs. 33*) y los restantes salieron sanos, con un canal que permitía pasar un beniqué cuyo número varía entre el 58 y el 60, habiendo permanecido en el servicio entre 47 y 70 días, y habiendo tenido colocada la sonda permanente de 9 á 34 días.

Considerando en conjunto podemos ver que en un total de veinte enfermos, se han obtenido 19 curaciones, saliendo del hospital uno solo con una pequeña fístula uretro-perineal.

Pero lo importante no es tan sólo el mayor ó menor número de curaciones que se obtengan con el procedimiento que nos ocupa, sino también la estabilidad de estas curaciones. Del total de los enfermos hemos tenido oportunidad de ver á ocho de ellos, uno, dos y tres años después de su salida del hospital, presentando todos un periné libre de fístulas y con una cicatriz blanda, algunas veces algo deprimida.

III. TRATAMIENTO POR CICATRIZACIÓN PRIMITIVA

Siempre que las circunstancias lo permitan, debe ponerse en práctica el procedimiento por reunión primitiva del periné, después de la operación de las fístulas. Las ventajas que semejante método reporta no son discutibles, y, aparte de la inocuidad de la intervención y de la rapidez de la curación cuando se obtiene un éxito feliz, en el caso contrario los enfermos nunca dejan de sacar provecho, puesto que jamás dejan de cicatrizarse las heridas en su totalidad, y por poco que lo hagan, ya es algo que se lleva adelantado hacia la curación definitiva.

Desgraciadamente, los casos en los cuales es posible aplicar este método, no son muy frecuentes, y en más de tres años de internado sólo hemos podido reunir nueve observaciones, en las cuales no siempre ha dado resultado el procedimiento aludido, siendo así que en dos de ellas (*obs. 37 y 40*) se ha tenido que intervenir dos y tres veces para conseguir la cicatrización definitiva de la uretra y del periné.

En cuanto á las indicaciones, es seguramente más fácil enumerarlas teóricamente que pronosticarlas en la práctica, puesto que en casi la totalidad de los casos, fuera del calibre del canal es imposible saber de antemano el estado de degeneración en que se encontrarán los tejidos constituyentes de la pared uretral, ni las pérdidas de sustancia al-

gunas veces muy extensas de la misma, ni la configuración interna de esta clase de lesiones, que, como sabemos, es algunas veces muy complicada; de modo que, salvo muy raras excepciones, sólo después de haber incindido el periné y de haber visto el estado en que se encuentran las partes que acabamos de enumerar, será posible formular una opinión al respecto.

Los casos en los cuales con mayor probabilidad de buen éxito están indicadas estas intervenciones, son indudablemente los que corresponden al primer grupo de la clasificación de GUYON, siendo éstos aquellos cuyo periné sólo está atravesado por un trayecto fistuloso; y se debe aplicar el procedimiento aludido solamente cuando el restablecimiento del calibre del canal no haya dado resultado.

También está indicado en todos aquellos casos en que la fístula es directa entre el canal y su desembocadura, sin la existencia de cavidades yuxtra-uretrales. Es por lo general tal disposición el resultado de la uretrotomía externa, por cualquier causa que se haya practicado, y de heridas involuntarias de la uretra, cuando se ha intervenido en el periné con otro objeto.

También debe tentarse la cicatrización primitiva, aunque exista pérdida de sustancia de la pared uretral, siempre que ésta no sea muy abundante y deje un orificio cuya forma lo haga aproximarse en lo posible al que podría dejar una

incisión. En casos semejantes, aunque haya degeneración del canal, que no sea muy pronunciada, puede tentarse también la cicatrización primitiva, cuando los bordes de la hendidura uretral permitan hacer la sutura sin desgarrarse.

Esta operación está contraindicada cuando hay colecciones purulentas cuya evacuación es imposible por otra vía que la incisión practicada con el objeto de llegar hasta el canal, y en los casos de orinas sépticas, cuando existe cistitis, de cualquier naturaleza que sea, la que debe tratarse antes de intervenir.

Si la causa de las fístulas es una estrechez de la uretra, debe procederse ante todo á practicar la uretrotomía interna, y á colocar una sonda permanente, escindiendo después los trayectos fistulosos, las cavidades yuxta-uretrales y los tejidos indurados, raspando y cauterizando toda la región, de idéntica manera que cuando se trata de obtener una reunión por segunda intención.

Si las estrecheces del canal son infranqueables (*obs. núm. 44*) debe practicarse la uretrotomía externa y colocarse después una sonda permanente, la que en ningún caso puede dejarse puesta más de 48 horas, porque provocaría supuración en la uretra, que impediría la cicatrización primitiva de las heridas.

Estando preparado el campo de la manera que acabamos de decir, y habiendo avivado ya los bordes de la hendidura uretral con el bisturí, se

procede primero á practicar la sutura de la uretra, prefiriendo para ello la seda, y haciéndolo por medio de puntos separados.

Debe en esta clase de suturas darse la preferencia á la seda sobre el catgut, porque es condición muy importante, para obtener un resultado feliz, que el hilo de sutura que se emplee sea del más delgado posible, siendo indudable que nunca con el catgut se puede usar tan fino como con la seda, porque la reabsorción se haría mucho antes de que la herida se cicatrizara.

Además, en el caso posible de que la seda no se reabsorba, todos sabemos que no hay en ello el menor inconveniente, puesto que, estando ésta aséptica, se enquista con suma facilidad, y su presencia en el seno de los tejidos no produce la menor perturbación.

Además de lo que llevamos dicho sobre la sutura de la uretra, debemos agregar que ésta no debe comprender la mucosa, sino sólo la capa muscular subyacente.

La sutura del periné se hace por planos sucesivos, también con seda y por puntos separados, tratando de adosar de la mejor manera todas las superficies cruentas.

La sutura de la piel es preferible hacerla con crin de Florencia, y en lo que se refiere á la piel del escroto, en el que tan difícil es mantener adosados los lábios de las heridas, la que mejor resultado da es la de GUELLIOT, que

consiste en atravesar á medio centímetro de los bordes de la incisión, con una crin de Florencia. los labios de la solución de continuidad á ambos lados, y, haciendo uso del mismo hilo, volver á atravesarlos á un centímetro de distancia de donde pasó primeramente, haciendo de modo que quede una primera sutura en U, la cual se repite con hebras diferentes, tantas veces como la longitud de la herida lo reclame. Esta parte de la sutura tiene por objeto aproximar los labios de la herida sustituyendo el habitual entropion, que entorpece la cicatrización, por un ectropion conveniente. La segunda parte se hace también con crin por encima de la primera, pudiendo ser corrida ó por puntos separados.

Lo único que resta hacer es una curación antiséptica de las más simples, que se contiene con un vendaje en T.

Resultados.—Nueve son los casos que hemos podido reunir, con objeto de probar las ventajas del tratamiento por cicatrización primitiva de las heridas ocasionadas, para enuclear los trayectos fistulosos y las cavidades yuxta-uretrales y para avivar los bordes de la hendidura uretral.

El tiempo que ha transcurrido en todas ellas, para la cicatrización completa, á partir del momento de la intervención, varía entre 8 y 10 días, y si el tiempo de permanencia en el hospital oscila entre 46 y 139, ha sido porque en todas ellas se

ha tenido que tratar otras afecciones concomitantes, ya sea antes ó ya después de la operación.

Todos los enfermos han permanecido en el hospital, después de la cicatrización, un tiempo que varía entre 12 y 54 días, con objeto de hacer la dilatación de la uretra, y todos ellos han salido con un canal cuyo calibre permitía pasar por término medio un beniqué número 49.

Sólo en dos casos (*obss. 37 y 40*) ha habido necesidad de intervenir una segunda véz para obtener la cicatrización definitiva, y en otros dos (*obss. 39 y 41*) se ha repetido, ocho días después, tan sólo la sutura de la piel, puesto que el resto de todos los tejidos hasta la uretra, habían cicatrizado perfectamente.

Resumiendo, tenemos que el máximun del tiempo para la cicatrización de las heridas, después de la operación definitiva, ha sido de 10 días, y el máximun de tiempo de permanencia en el hospital, después de la reunión completa de los tejidos, ha sido de 54 días, el que se necesita para tratar cualquier estrechez de pequeño calibre.

OBSERVACIONES

A.—Tumores, abscesos é infiltraciones urinosas tratadas por incisión y drenaje

Obs. 1—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas filiformes, tumor urinoso, uretrotomía interna, incisión y drenaje, curación.

Alberto P., de 30 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del Dr. Texo, en el Hospital Rawson, el 11 de Diciembre de 1892.

Ha tenido su primera blenorragia á los 18 años, durándole dos. En el transcurso de esta enfermedad, se hizo dilatar la uretra, porque el desarrollo de una estrechez le dificultaba la micción. El 2 de Noviembre, tuvo una nueva blenorragia con retención, que apareció á los ocho días y duró seis horas, repitiéndose después á intervalos irregulares hasta el día en que entró en el servicio.

Presenta una tumefacción dura del escroto en

el lado derecho y también en el periné. En la uretra, una serie de estrecheces sólo dejan pasar una bujía num. 4.

Diciembre 13.—Se le hace la uretrotomía interna fijándosele después una sonda núm. 19, y se practica una profunda incisión sobre el tumor; en su centro se encuentra un pequeño foco purulento y todo el resto de los tejidos con marcada tendencia á la supuración. Raspado con cureta de toda la región y drenaje de *plafond*.

Diciembre 15.—Se retira la sonda y se levanta la curación, no encontrándose ni una gota de pus.

Diciembre 23.—Se sacan los tubos de drenaje; no sale orina por la herida.

Diciembre 24.—Empieza la dilatación, llegándose hasta el beniqué núm. 50 y el enfermo sale de alta el 25 de Enero de 1893 completamente sano.

Obs. 2—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas filiformes, tumor urinoso, uretrotomía interna, incisión y drenaje, curación.

Pedro D., de 27 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del Hospital Rawson el 11 de Febrero de 1893.

Única blenorragia á los 13 años. Dos meses antes de su entrada al hospital, presentaba una tumefacción del escroto y del periné; el 25 de Enero se abrió expontáneamente un pequeño

absceso del que salió sangre, pus y orina, cerrándose la herida á los pocos días.

A la inspección y palpación, presenta una tumefacción del lado derecho del periné, y del escroto, existiendo una cicatriz en la parte inferior de esta última región.

En la uretra, varias estrecheces sólo dejan pasar una bujía filiforme núm. 5.

Febrero 13.—Uretrotomía interna; se fija una sonda núm. 17; incisión y raspado. Los tejidos están algo reblandecidos y en algunas partes empiezan á supurar. Se coloca un drenaje de *plafond.*

Febrero 18.—Se retira la sonda.

Febrero 28.—Se sacan los tubos de drenaje.

Marzo 3.—Empieza la dilatación; llégase hasta el beniqué núm. 44.

El enfermo sale de alta el 27 de Mayo, completamente sano.

Obs. 3—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas filiformes, tumor urinoso, incisión y drenaje, curación.

Enrique T., de 57 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del Hospital Rawson el 8 de Mayo de 1893.

Única blenorrágia contraída hace 35 años. Las estrecheces empezaron á desarrollarse á los 29 años después de adquirida aquélla, habiendo ido

en aumento hasta su entrada al hospital, época en la que la orina sale á gotas.

A la derecha de la región hipogástrica y en continuación con el escroto, presenta el enfermo una tumefacción de consistencia dura, indolora á la presión.

El explorador á bola núm. 19 salva tres anillos en la porción peneana de la uretra, deteniéndose en la perineal, por donde no pasa sino una bujía filiforme núm. 3.

Mayo 9.— En vista de que el tumor no presenta tendencia á la supuración, se prescribe la dilatación gradual y progresiva, postergándose la operación para más adelante.

Mayo 31.—Se ha llegado al beniqué núm. 29, y como la tumefacción persiste en el mismo estado, se la incinde. Raspado y colocación de un drenaje de *plafond*.

Junio 31.—Se sacan los tubos y se pasan los beniqué núms. 30, 31 y 32.

Julio 5.—Se ha llegado hasta el beniqué número 54. Se le da el alta por estar completamente sano.

Obs. 4—(*personal*). Estrecheces infranqueables, tumor urinoso, incisión y drenaje, curación.

Maximiliano R., de 48 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del Hospital Rawson el 9 de Enero de 1895.

Hace varios años que contrajo su primera blenorragia y ha tenido muchas otras después. Ha sentido dificultad para efectuar la micción hace cuatro años, y por esa causa se hizo dilatar el canal.

Desde un año atrás empezó á desarrollarse una tumefacción de las regiones escrotal y perineal, que ha ido aumentando de tamaño y consistencia.

El explorador á bola núm. 15, después de salvar un anillo en la región escrotal, se detiene al final de la misma donde existe una estrechez infranqueable.

Enero 15.—Incisión y raspado del tumor; drenaje de *plafond*.

Enero 16.—Se tienta nuevamente el cateterismo y es posible pasar una bujía filiforme núm. 5 que se deja permanente. Se renueva la curación por encontrarse empapada en orina que ha salido por la herida.

Enero 18.—No sale orina por la herida. Se fija una bujía núm. 9.

Febrero 2.—Se sacan los tubos de drenaje; se ha llegado al beniqué núm. 36.

Febrero 28.—Se ha llegado al beniqué número 60. Sale de alta con la herida completamente cicatrizada.

Obs. 5—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas, tumor urinoso, incisión y drenaje, uretrotomía interna, curación, quiste congénito uretral.

Jesús A., de 55 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del Hospital Rawson el 7 de Agosto de 1895.

Única blenorragia á los 35 años.

Hace tres meses empezó á sentir al orinar un lijero ardor en la uretra, desarrollándose al mismo tiempo un abultamiento indoloro en la región perineal, que hasta la fecha ha aumentado algo de volumen.

Presenta un quiste del tamaño de un garbanzo en las inmediaciones del meato y un tumor del tamaño de un huevo de gallina en el periné. Con el explorador á bola núm. 24 se salva un anillo en la porción escrotal de la uretra.

Agosto 9.—Incisión y drenaje, extirpación del quiste uretral y uretrotomía interna con sonda permanente.

Agosto 23.—Se saca la sonda, y después no sale orina por la herida. Se retiran los tubos y se raspa la cavidad del tumor, haciéndose una sutura profunda, con seda, y otra superficial, con crin de Florencia.

Agosto 30.—La herida está casi totalmente cicatrizada. Se da principio á la dilatación con las bujías cónicas olivares núms. 16 y 17.

Setiembre 26.—Se ha llegado al beniqué nú-

mero 60. El enfermo sale de alta completamente sano.

Obs. 6—(*personal*). Estrecheces infranqueables, absceso urinoso, incisión y drenaje, uretrotomía interna, curación.

Miguel S., de 52 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del Hospital Rawson el 20 de Diciembre de 1894.

Única blenorragia á los 30 años.

Desde hace tres meses siente dificultad para orinar, que ha ido aumentando gradualmente, hasta llegar á la retención dos días antes de su entrada al hospital.

El 5 de Diciembre empezó á desarrollarse una tumefacción poco dolorosa en la región perineal, y quince días después, cuando se le examina, se puede notar una lijera fluctuación en la parte central. La tumefacción es dura y resistente en los contornos.

En la porción escrotal de la uretra existe una estrechez infranqueable.

Diciembre 20.—Se incinde el absceso por el rafe medio perineal, y se da salida á escasa cantidad de pus fétido. Raspado y drenaje de *plafond* suturando sobre los tubos la herida y dejando en la parte inferior una porción sin unir, para darles salida. Se tienta nuevamente el cateterismo sin conseguirlo.

Diciembre 27.—Se pasa una bujía armada y se hace la uretrotomía interna con sonda permanente.

Enero 20.—Se sacan algunos puntos de sutura y se retiran los tubos de drenaje, suturándose, después de raspar, la cavidad que dejan.

Enero 31.—Se retira la sonda.

Febrero 5.—Se sacan los puntos, estando toda la herida cicatrizada, menos en su parte inferior, donde queda una pequeña fístula que cierra á los pocos días.

Febrero 6.—Empiézase la dilatación con las bujías cónicas olivares núms. 15 y 16.

Febrero 12.—Se ha llegado al beniqué núm. 56. El enfermo sale de alta con el periné totalmente cicatrizado.

Obs. 7—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas filiformes, absceso urinoso, dilatación, curación.

Fermín V., de 61 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del Hospital Rawson el 1° de Marzo de 1895.

Ha tenido una sola blenorragia, que contrajo hace diez y nueve años, y que le duró un mes.

Siente dificultad en la micción, que empezó hace cuatro meses, y necesita actualmente, para efectuarla, hacer grandes esfuerzos, no obstante los cuales sólo consigue expulsar la orina gota á gota.

Pocos días después que le principió la dificultad para orinar, se desarrolló un tumor en el periné, que ha ido aumentando de volumen y presenta un foco de fluctuación en su parte central.

En la uretra existen estrecheces, al nivel de la porción escrotal, que sólo permiten el paso á una bujía filiforme núm 7.

Marzo 2.—Incisión del absceso; sale gran cantidad de pus verdoso y fétido. Raspado de la cavidad y drenaje de *plafond*. Se deja permanente una bujía num 7.

Marzo 23.—Se sacan los tubos; se ha llegado, en la dilatación, al beniqué núm 32.

Abril 15.—Como la herida perineal está completamente cerrada, el enfermo pide el alta sin querer continuar la dilatación, que ha llegado al beniqué núm. 49, por creerla ya suficiente.

Obs. 8—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas filiformes, absceso urinoso, incisión y drenaje, dilatación, fístula consecutiva.

Nosorio V., de 32 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del Hospital Rawson el 9 de Julio de 1895.

Ha tenido varias veces blenorragia, y hace ocho años que contrajo la primera. Hace tres años que empezó á sentir poca dificultad para orinar, que ha ido aumentando paulatinamente, hasta su en-

trada al hospital, época en que la micción, además de ser dolorosa, es sumamente retardada y requiere grandes esfuerzos para efectuarse.

Hace tres meses que un pequeño tumor empezó á desarrollarse en el periné, en el punto de unión de la piel de éste con la del escroto. Desde su aparición el enfermo siente dolores que, independientes de la micción, aumentan notablemente cuando se efectúa.

El volumen del tumor ha aumentado bastante y cuando se examina al enfermo, se puede observar una tumefacción notable del escroto y otra más notable aún que se continúa con la primera y que está situada en el punto donde empezó á formarse. Aquí la piel está tensa y congestionada.

A la palpación, toda la región es fluctuante y dolorosa.

La exploración del canal revela la existencia de una estrechez en la porción perineal, que sólo permite el paso á una bujía filiforme núm. 2.

Julio 10.—Incisión que da salida á mucha cantidad de pus; raspado y drenaje de *plafond*, bujía permanente núm. 2.

Julio 20.—Se sacan los tubos.

Agosto 1º—Se ha llegado á pasar la bujía cónica olivar núm. 15, y está constituída una fístula uretro perineal, por donde pasa la orina en cantidad regular.

Agosto 3.—Se opera la fístula. Para su descripción y resultado véase la *Obs. núm. 44.*

Obs. 9—(*personal*). Estrecheces traumáticas, absceso urinoso, raspado y drenaje, dilatación, curación.

Cayetano S., de 44 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del Hospital Rawson el 2 de Agosto de 1895.

A la edad de 10 años recibió un puntapié en la región escrotal, que dió lugar, según refiere el enfermo, á la producción de una orquitis doble que le duró seis meses. Lo único que recuerda después, es que no orinaba con facilidad, y que últimamente ha tenido varias veces retención de orina, que en algunas ocasiones le ha durado hasta tres días.

Hace año y medio que se le formó una tumefacción en el escroto y el periné, que se abrió expontáneamente á los pocos días, dando salida á pus, y quedando constituída una fístula, por la que pasaba la orina.

En este estado, ingresó á la sala 5ª del Hospital de Clínicas, donde permaneció 4 meses. Durante este tiempo trataron su enfermedad por medio de cauterizaciones del trayecto, habiendo tenido colocada una sonda permanente, y salió de allí con su fístula cicatrizada.

En el mes de Julio de 1895, se le formó nue-

vamente una tumefacción idéntica á la anterior, que se abre expontáneamente el mismo día de su entrada á nuestro servicio.

La exploración del canal revela la existencia de dos anillos en la porción escrotal, que permiten el pasaje á un explorador á bola núm. 19.

Agosto 3.—Se amplía con una incisión la abertura del absceso, se raspa la cavidad y se coloca un drenaje de *plafond.*

Agosto 8.—Se empieza la dilatación con el beniqué núm. 38.

Agosto 14. —Se sacan los tubos.

Setiembre 5.—Se le da el alta, con la herida perineal cicatrizada y con un canal cuyo calibre permite el paso á un beniqué núm. 60.

Obs. 10—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas filiformes, infiltración de orina, incisión y drenaje, curación.

Luis S., de 45 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del Hospital Rawson el 25 de Julio de 1892.

Hace cuatro años que contrajo su primera blenorragia y actualmente tiene la segunda, que data de cuatro meses.

El 20 de Julio fué atacado de chuchos y fiebre alta, que se presentaron por tres días consecutivos, y el enfermo notó que al mismo tiempo se desarrollaba una tumefacción sumamente dolorosa

del periné, del escroto y del pene. Tiene gran dificultad para efectuar la micción.

Á su entrada al hospital presenta una tumefacción edematosa considerable del periné, del escroto y del pene, que es muy dolorosa á la presión.

Por la uretra sólo pasa una bujía filiforme núm. 4.

Julio 26.—Incisiones profundas en el escroto y otra igual en el periné, que se hace continuar con las superiores. Sobre el pene, cuatro incisiones longitudinales: se coloca un drenaje de *plafond*, después de haber dado salida á un poco de pus que se encontraba situado contra el ligamento de Carcassonne. Se fija una bujía. Temperatura 40°.

Julio 27.—Temperatura 37-4. Los dolores han desaparecido y el edema es mucho menor.

Julio 28.—Temperatura 37-2. Se cambia la bujía por otra núm. 10. El edema del pene y del escroto ha desaparecido completamente; se suturan las incisiones.

Julio 30.—Temperatura 38-2.

Agosto 2.—Temperatura 36-7. Se cambia la bujía por otra núm. 12.

Agosto 15.—Se retiran los tubos de drenaje y se empieza la dilatación con el beniqué núm. 34.

Setiembre 1°.—La herida perineal cerrada, se pasa el beniqué núm. 54.

Setiembre 2.—Se le da el alta.

Obs. 11—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas filiformes, infiltración de orina, incisiones y drenaje, dilatación, muerte.

Nicolás C., de 34 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del Hospital Rawson el 28 de Febrero de 1893.

Antecedentes sifilíticos. Hace cuatro años que contrajo su única blenorragia, y nota dificultad para efectuar la micción desde seis meses atrás, la que ha aumentado hasta el punto de no dejar salir la orina sino á gotas. Seis días antes de su entrada al hospital empezó á desarrollarse una tumefacción del escroto, que se propagó al pene y al periné, presentando ahora una gran hinchazón de todas esas partes, que se propaga hasta la fosa ilíaca derecha, y es tan notable en el escroto, que éste mide 0.18 centímetros de largo por 0.12 centímetros de ancho.

En la uretra existe una estrechez al final de la porción peneana, que sólo deja pasar una bujía filiforme N° 7.

Febrero 28 — Temp. 40-5. Se hacen grandes y profundas incisiones sobre el escroto y el periné, que dan salida á mucha cantidad de pus fétido; se raspan las cavidades que deja y se coloca un drenaje de *plafond*. Se prescriben dos curaciones antisépticas por día. Se fija una bujía N° 7.

Marzo 1° — Temp. 39-4. Se prolonga la incisión del lado derecho del escroto sobre el canal ingui-

nal, hasta la fosa ilíaca del mismo lado, dándose salida á un poco de pus que estaba almacenado en el canal. Se han esfacelado parte del escroto (lado derecho) y las demás envolturas del testículo, con excepción de la vajinal. Se hace una contra-punción del lado izquierdo. Dos curaciones por día. Se prescribe salol al interior. Sonda fija Nº 9.

Marzo 2 — Temp. 39-4. Se hace necesario prolongar la incisión de la fosa iliaca hacia arriba y atrás, porque la infiltración se propaga rápidamente en ese sentido, llegando, por la parte posterior, hasta cerca de la cintura. Se prescriben dos gramos de sulfalto de quinina y un purgante de aguardiente alemán.

Marzo 3 — Temp. 39°. Dos curaciones.

Marzo 4—Temp. 38-3. La infiltración aumenta, llegando hasta la cintura. Nueva incisión sobre el dorso, que se hace llegar hasta cerca de la columna vertebral. Aparece diarrea abundante. Se administra un gramo de sulfato de quinina y otro de salol. Dos curaciones.

Marzo 5 — Temp. 38-6. La diarrea aumenta. Se prescribe láudano de Sydenham al interior. Dos curaciones.

Marzo 6 — Temp. 37-8. Se opera un absceso de la nalga derecha, á la altura del pliegue génito-crural.

Se prescribe al interior, y á tomar por cucharadas, la bebida cuya fórmula es la siguiente: Agua

albuminosa, 100 gramos. — Naftol, 2 grs. — Subnitrato de bismuto, 10 grs.—Tintura de ratania, 4 grs.—Jarabe de ratania, 30 grs. Dos curaciones.

Marzo 7 —Temp. 37-1. La diarrea continúa. Se prescribe naftol y salicilato de bismuto al interior. Dos curaciones.

Marzo 8— Temp. 38°. Se hace una nueva incisión en la parte superior de la región lumbar, (lado derecho) porque la infiltración se continúa en ese sentido. Mismo tratamiento interno y externo.

Marzo 9 — Temp. 39°. Sigue la diarrea. Se declara una glositis infecciosa. Se añade al tratamiento anterior: gargarismos de cocaina, quina y clorato de potasa. Al interior, alcohol.

Marzo 10 — Temp. 38. El enfermo sigue en el mismo estado. Inyecciones hipodérmicas de éter y de cafeina.

Marzo 11 — El estado del enfermo es gravísimo y muere á las dos y 45 a. m.

Autopsia — Abdomen: peritoneo anemiado, intestino congestionado, bazo idem, higado normal, riñones bien, vejiga con las paredes espesadas.

Uretra: Estrecheces filiformes de la región bulbar y membranosa, y, en parte, esfacelada. Aponeurosis media, esfacelada.

Pulmones, congestionados; corazón, normal; cerebro, anemiado.

Obs. 12.—(*personal*) Estrecheces blenorrágicas, infiltración de orina, incisión y drenaje, dilatación, curación.

Domingo T., de 62 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del H. Rawson el 10 de Julio de 1894.

Primera blenorragia á los 25 años. Después ha tenido varias otras, cuyo número no recuerda. Siente dificultad para orinar desde varios años atrás, y refiere el enfermo que el 9 de Julio se acostó sin sentir absolutamente nada, encontrándose al otro día, cuando se despertó, con una tumefacción dolorosa de la región escrotal y del periné, y fué en este estado como entró al servicio, presentando, además, un enrojecimiento marcado de esa región.

El explorador á bola N° 18 se detiene al final de la porción peneana de la uretra, salvando el N° 12 un anillo á esa altura. Este explorador llega con dificultad hasta la vejiga, revelando en el trayecto dos anillos duros: uno en la porción escrotal y el otro en la perineal.

Julio 11—Incisión del escroto y del periné; sale un poco de pus; raspado y drenaje de *plafond*.

Julio 19 — Se fija una sonda N° 13, que se tapó á las 3 a. m. del día siguiente.

Julio 20 — Se fija una sonda de extremo cortado N° 14.

Julio 22 — Se sacan los tubos de drenaje.

Agosto 26 — La herida está casi cicatrizada, que-

dando en su parte superior una pequeña abertura superficial.

Agosto 27 — Empieza la diiatación con el beniqué N° 26.

Setiembre 15 — Se le da el alta con las heridas completamente cicatrizadas y con un canal que permite pasar un beniqué N° 54.

Obs. 13—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas, infiltración urinosa, pielo-nefritis, incisión y drenaje, fístula consecutiva.

Domingo C., de 25 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del H. Rawson el 31 de Enero de 1895.

Su primera blenorragia hace dos años que la contrajo, y hace seis meses que adquirió la segunda.

Unos días antes de su entrada al hospital, empezó á sentir dificultad para efectuar la micción, y ha aumentado tan rápidamente, que el día que se presentó al servicio la orina salía solo á gotas.

Al examen, el pene, el escroto y el periné están edematosos y de coloración roja intensa. Existe una escara al nivel del pliegue pene-escrotal, y debajo de ella burbujas de gas, mezcladas con pus y orina, que salen al exterior cuando se comprimen los tejidos vecinos.

La región hipogástrica, á la derecha, es también el sitio de una hinchazón edemetosa.

La exploración del canal revela la existencia de una desgarradura, cuyo sitio corresponde al de la escara que mencionamos hace un momento.

Enero 31 — Incisiones sobre el escroto, el periné y la fosa ilíaca derecha. Esta última es de ocho centímetros, y partiendo del anillo inguinal derecho se dirije hacia arriba y afuera. Por todas estas incisiones salió gran cantidad de pus fétido.

Se raspan las cavidades y se retiran grandes colgajos de tejidos esfacelados, pudiéndose confirmar después el diagnóstico que se había hecho de desgarradura de la uretra.

Se coloca un drenaje de *plafond* y una sonda N° 17, que se deja permanente. La temperatura antes de la operación era de 39°-2, y á la tarde, después de ella, de 39°.

Febrero 2 — Temp. 38-4. Se amplía la incisión hasta llegar á unos centímetros por encima del anillo inguinal izquierdo, se sacan colgajos de tejidos esfacelados que existen en ese punto; la orina ha llegado hasta el anillo interno. Raspado del foco.

Febrero 3 — Temp. 38°. Todas las heridas presentan buen aspecto, y si la fiebre persiste es porque se ha desarrollado una pielo-nefritis ascendente. Se prescribe salol al interior, dieta láctea y lavajes vesicales con nitrato de plata al 1×1000.

Febrero 6 — Temp. 37°.

Febrero 13 — Temp. 38°.

Febrero 19 — Hasta hoy la temperatura se ha

mantenido en 38°. Se opera un nuevo absceso que se ha desarrollado en la nalga izquierda.

Febrero 20 — Temp. 36-4. El enfermo tiene diarrea; se prescribe opio, salol y naftol al interior.

Febrero 21 — Temp. 37°. Ha desaparecido la diarrea.

Febrero 26 — Temp. 37°. Se sacan los tubos de drenaje y se empieza la dilatación con el beniqué N° 26.

Mayo 17 — Todas las heridas están cicatrizadas; pero ha persistido una pequeña fístula situada en el mismo punto donde se encontraba la escara y por donde sale poca orina. La fístula se opera con buen éxito. Para su descripción, véase la historia N° 42.

Obs. 14—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas, infiltración de orina, incisión y drenaje, uretrotomia interna, muerte.

Guillermo R., de 40 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del H. Rawson el 30 de Mayo de 1895.

Ha tenido tres veces blenorragia; la última en el año 1883. El 24 de Mayo sintió escalofríos y fiebre y gran dificulltad para ejecutar la micción; al mismo tiempo empezó á desarrollarse una tumefacción sumamente dolorosa en las regiones perineal, escrotal é hipogástrica. Ingresa al hospital en este estado y con una sonda permanente que le colocó un médico antes de su entrada.

Mayo 31 — Se retira la sonda con que ingresó al servicio y se le hace la uretrotomía interna, colocándosele otra de extremo cortado. Se practica una profunda incisión hasta la aponeurosis media, que parte del anillo inguinal derecho, pasa por el escroto y llega hasta su parte inferior. El cordón espermático se encuentra aislado y rodeado por tejidos esfacelados. Esta misma incisión se repite sobre el lado izquierdo. En el periné se practica una tercera incisión, que se profundiza también hasta la aponeurosis media, y que se hace partir de la terminación de las dos anteriores para hacerla llegar hasta la proximidad del ano. Sobre el pene se hacen cuatro incisiones longitudinales; la superior deja al descubierto una placa de esfacelo sobre la raíz. Se colocan dos gruesos tubos de drenaje y se hace una curación iodoformada.

La temperatura del enfermo antes de la operación era de 39-2.

Junio 1° — Temp. 37-6.

Junio 3 — Temp. 37.

Junio 7 — Aparece una diarrea copiosa.

Junio 15 — La diarrea ha ido en aumento sin ceder á ningún tratamiento. El enfermo muere á las 7 y 15 p. m.

Obs. 15 — (*personal*). Uretritis blenorrágica, incontinencia de orina, infiltración, incisiones y drenaje, curación.

Domingo P., de 36 años de edad, entra en el ser-

vicio de vías urinarias del H. Rawson el 8 de Julio de 1895.

La primera enfermedad que ha tenido es la blenorragia que contrajo hace cuarenta días, y que lo ha obligado á entrar al hospital.

Quince días después de enfermarse, empezó á perder la orina involuntariamente y antes ha sentido dolores en el periné. En este estado, y con una tumefacción dolorosa del escroto, del pene y del periné, ingresa al servicio.

Julio 9 — Se fija una sonda de mediano calibre, y se practican incisiones sobre el escroto, á ambos lados, que se hacen partir de la raíz del pene, y se hacen llegar hasta el periné. En esta última región se hace también una incisión que continúa las dos anteriores llevándola á tres centímetros del orificio anal. Se disecan los tejidos por debajo del escroto y se llega á un absceso colocado profundamente en esa región, de donde sale bastante cantidad de pus fluido y fétido. Se raspa la cavidad y se coloca un drenaje de *plafond*. En el pene se practican cuatro incisiones longitudinales.

La temperatura del enfermo antes de la operación era de 39-4.

Julio 10 — Temp. 38°.

Julio 11 — Temp. 37°. Se declara una fuerte diarrea.

Julio 15 — Temp. 37°. Las heridas presentan buen aspecto. La diarrea ha desaparecido.

Agosto 3 — Se sacan los tubos de drenaje y la sonda, y por la herida no sale orina.

Se empieza la dilatación del canal con un beniqué N° 38.

Agosto 25 — Todas las heridas están cicatrizadas. Se ha llegado á pasar el beniqué N° 52.

Setiembre 19 — Se le da el alta con un canal que permite pasar el beniqué N° 60.

B. Tumores y fístulas tratadas por la Uretrotomía interna y la Dilatación solamente

Obs. 16— (*personal*). Estrecheces blenorrágicas elásticas, tumor urinoso, uretrotomía interna, curación.

José M., de 28 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del Hospital Rawson el 16 de Noviembre de 1894.

La primera y única blenorragia la contrajo hace once meses. Desde dos meses á esta parte, nota dificultad en la micción, que ha aumentado día á día, hasta el punto de no poder orinar, necesitando del cateterismo para hacerlo. Poco tiempo antes de la retención de orina, empezó á desarrollarse un tumor indoloro en la región perineal, tumor que ha ido aumentando de volumen hasta sobrepasar el de una nuez.

En la uretra existen estreches filiformes, que sólo permiten el paso á una bujía N° 5.

Noviembre 16 — Se fija una bujía filiforme

N° 5 que se renueva á las 24 horas por otra de un número mayor, haciéndolo así diariamente.

Noviembre 23 — Se ha llegado á pasar la bujía N° 11.

Noviembre 24 — Se continúa la dilatación con bujías beniqué, empezando con los N^{os} 24, 25 y 26.

Noviembre 26—Las estrecheces han disminuido notablemente de calibre, y no es posible pasar los números que se pasaron en la sesión anterior.

Noviembre 28 — Uretrotomía interna sin sonda.

Diciembre 12 — Se empieza nuevamente la dilatación con las bujías cónicas olivares N^{os} 15 y 16.

Enero 10 — Se le da el alta con un canal por donde pasa el beniqué N° 60 y con el periné libre de tumor.

Obs. 17—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas, fístula uretro-perineal, uretrotomía interna, curación.

Benigno G., de 23 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del H. Rawson el 15 de Enero de 1893.

La primera blenorragia la contrajo en el año 1885 y después ha tenido varias otras.

Desde hace dos años empieza la dificultad para orinar, que en esa época le aumentó rápidamente, y lo obligó á ingresar al hospital de Bahía Blanca. Poco después tuvo retención de orina.

Refiere que allí lo sondaron repetidas veces, y que después de cada cateterismo arrojaba grandes cantidades de sangre y sufría dolores muy

fuertes al orinar. A los dos ó tres días de estar allí, se le formó un tumor en el periné, que se lo incindieron y de donde salió pus; poco después se le formó otro igual en el que se le practicó la misma operación, quedando, como resultado de estas dos operaciones, la fístula que actualmente presenta, cuya abertura cutanea se encuentra sobre el rafe medio perineal, cerca del nacimiento de la piel del escroto.

En la uretra, el explorador á bola N° 21 salva dos anillos del bulbo.

Enero 16 — Uretrotomía interna con sonda permanente.

Enero 21 — Se retira la sonda, y después no sale orina por la fístula.

Enero 31 — La fístula está completamente cicatrizada. Se empieza la dilatación con las bujías cónicas olivares N°s 14 y 15.

Marzo 10 — Se le da el alta con un canal que permite pasar el beniqué N° 60.

Obs. 18—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas, fístula uretro-perineal, dilatación, curación.

Genaro O., de 35 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del Hospital Rawson el 31 de Enero de 1893.

La primera y única blenorragia la contrajo hace un año. Después ha tenido varios abscesos urinosos, y entró al H. de Clínicas para hacerse operar de ellos, permaneciendo allí tres meses con una

sonda permanente, al cabo de los cuales salió con una fístula, que es la que actualmente presenta, situada al lado derecho del rafe medio perineal, á tres centímetros del ano.

En la uretra existen dos anillos bulbares que sólo permiten el paso á un explorador á bola N° 21.

Se prescribe, como tratamiento, la dilatación gradual y progresiva de la uretra, y cauterizaciones con nitrato de plata y galvano cauterio, del trayecto fistuloso.

Febrero 1°—Empieza la dilatación con las bujías beniqué N°s 42, 43 y 44.

Febrero 17 — La fístula está cicatrizada.

Marzo 3 —Se le da de alta con un canal que permite pasar el beniqué N° 58.

Obs. 19—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas, fistula perineal, uretrotomía interna, curación.

Juan S., de 29 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del H. Rawson el 14 de Junio de 1893.

Contrajo la primera y única blenorragia en el año 1885, y ocho meses más tarde empezó á estrechársele el canal. No recuerda cuanto tiempo despues de este último accidente empezaron á formársele tumores pequeños en el periné, que se abrían espantáneamente y daban salida á pus y orina, permanecían así durante algún tiempo, y se

cerraban y abrían alternativamente, hasta que un día se decidió á entrar al servicio.

Actualmente presenta dos cicatrices en el periné y un orificio fistuloso en la misma región, en el rafe medio, á dos centímetros del ano.

En la uretra existe una serie de estrecheces en las regiones peneana, escrotal y perineal, que sólo permiten pasar un explorador á bola N° 13.

Junio 15 — Uretrotomía interna.

Junio 29 — Empieza la dilatación de la uretra, con las bujías cónicas olivares N°s 15 y 16.

Julio 17 — Fístula completamente cicatrizada.

Julio 29 — Se le da el alta, con un canal que permite pasar el beniqué N° 60.

Obs. 20—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas filiformes, fístula uretro-perineal, uretrotomía interna, curación.

Fernando N., de 42 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del Hospital Rawson el 14 de Diciembre de 1893.

Contrajo, hace doce años, su primera blenorragia, y la segunda y última seis años más tarde. Las estrecheces del canal empezaron hace ocho años.

En el transcurso de estos dos últimos años, ha tenido dos abscesos urinosos, habiéndole quedado, á consecuencia de ellos, dos fístulas, por una de las cuales sale orina, y pus por la otra.

Diciembre 15 — Uretrotomía interna.

Diciembre 30 — Se empieza la dilatación del

canal con las bujías cónicas olivares N°s 15 y 16.

Enero 12 — La fístula está completamente cicatrizada.

Enero 29 — Se ha llegado al beniqué N° 54 y el el enfermo pide el alta.

Obs. 21—(*personal*) Estrecheces blenorrágicas, fístula uretro perineal, dilatación, curación.

Domingo M. de 27 años de edad entra en el servicio de vías urinarias del H. Rawson el 26 de Diciembre de 1893.

Ha tenido tres veces blenorragia; ha contraído la primera á los 17 años de edad y la última á los 24. Poco después de ésta se le dosarrolló un absceso sobre el periné, que se abrió en la uretra, porque el enfermo refiere que al mismo tiempo que disminuyó de tamaño, salió bruscamente por el canal bastante cantidad de pus. Un segundo y un tercer absceso se desarrollaron también en el periné, pero estos se abrieron por esta última región, y á consecuencia de ellos ha quedado constituída una fístula, por la que se derrama la orina.

En la uretra, existen dos anillos, uno perineal y otro bulbar, que sólo permiten pasar un explorador N°. 14.

Diciembre 27.—Se da principio á la dilatación con el beniqué N°. 28.

Enero 16.—La fístula está completamente cicatrizada.

Febrero 2.—Se le da el alta, con un canal que permite el paso á un beniqué Nº. 60.

Obs. 22—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas filiformes, fístula uretro-perineal, uretrotomía interna, curación.

Adolfo O., de 44 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del Hospital Rawson, el 25 de Abril de 1894.

Hace veinte años que contrajo la primera blenorragia, y cinco años después la segunda y última.

Hace un año que empezó á sentir dificultad en la micción, y poco tiempo después, un absceso en el periné se desarrolló y se abrió expontáneamente, habiendo quedado como consecuencia, el trayecto fistuloso que actualmente presenta.

Por la uretra, sólo pasa una bujía filiforme Nº. 5, con suma dificultad al final de la porción peneana.

Junio 7.—Se ha llegado al beniqué Nº. 39, sin ser posible llevar más adelante la dilatación, por no poderse pasar un número de mayor calibre.

Junio 8.—Uretrotomía interna.

Julio 21.—Se le da el alta con la fístula completamente cicatrizada, y con un canal que permite pasar el beniqué Nº. 58.

Obs. 23—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas, fístula uretro-perineal, cistitis, dilatación, curación.

Estéban V,.de 40 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del Hospital Rawson, el 28 de Junio de 1894.

Ha tenido la primera blenorragia hace 20 años, y la segunda y última hace seis meses.

A los dos meses de la última infección, empezó á sentir dificultad para orinar, que aumentó rápidamente, hasta el punto de producir, pocos días después, retención completa durante 24 horas, al cabo de las cuales se hizo sondar para expulsar la orina, operación que no pudo repetirse en adelante á pesar de haberse tentado varias veces. Continuó así con retención 42 horas más, al cabo de las cuales empezó á desarrollarse con rapidez una inflamación del periné, que se propagó en muy poco tiempo á todas las partes vecinas, y llegó hasta la cintura, ingresando en ese estado al Hospital de Clínicas, donde fué operado.

A los tres meses de haber permanecido allí, salió de alta con una pequeña fístula uretro-perineal, que es la que actualmente presenta.

En la uretra se notan con el explorador Nº. 11, dos anillos duros de la porción perineal.

La vejiga, muy sensible al contacto, admite 100 gramos de líquido, y es su contractilidad muy exagerada.

Junio 28.—Se coloca una sonda permanente

Nº. 22 y se hacen lavajes vesicales cuotidianos con nitrato de plata al 1 por 1000.

Julio 11.—La cistitis ha desaparecido. Se retira la sonda.

Julio 12.—Se empieza la dilatación con las bujías baniqué núms. 24, 25 y 26.

Julio 28.—La fístula está completamente cicatrizada.

Agosto 21.—Se le dá el alta con un canal que permite el paso á un beniqué Nº. 60.

Obs. 24—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas, fístula uretro-perineal, dilatación, curación.

Juan Q. de 34 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del Hospital Rawson el 28 de Junio de 1894.

La última blenorragia la contrajo hace ocho años; no recuerda ni el número ni la fecha en que contrajo otras anteriores. Después de la última blenorragia siempre ha orinado con alguna dificultad, y hace dos años se le formó un absceso urinoso en el periné, que se lo operaron, y á consecuencia del cual quedó la fístula con que actualmente ha ingresado al servicio.

En la uretra existe un anillo al final de la porción peneana, que permite pasar el explorador á bola Nº 21, y otro en la porción perineal, que sólo lo permite al Nº. 14.

Junio 29.—Se empieza la dilatación de la uretra con las bujías beniqué núms. 26, 27 y 28.

Julio 21.—La fístula está cicatrizada.

Agosto 17.—Se le da el alta con un canal que permite el paso á un beniqué N°. 58.

Obs. 25—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas filiformes, fístula uretro-perineal, dilatación, curación.

Emilio V. de 27 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del Hospital Rawson el 3 de Julio de 1894.

Hace seis años que contrajo la primera y única blenorrágia, y tres que empezó á sentir dificultad en la micción. En el trascurso de este último año, se le han abierto expontáneamente dos abscesos urinosos en el periné, que han dejado las dos fístulas que hoy presenta á cada lado del rafe medio.

El explorado á bola N°. 19 se detiene á tres centímetros por detrás del meato, y el N° 13, en la porción perineal de la uretra, por donde no pasa sino una bujía filiforme N°. 7.

Julio 4.—Se fija una bujía filiforme núm. 7, para cambiarla á las 24 horas por otra de mayor calibre (núm. 8), y así sucesivamente hasta llegar á la núm. 12.

Julio 10.—Se empieza la dilatación con las bujías beniqué núms. 24, 25 y 26.

Agosto 5.—La fístula está completamente cicatrizada.

Agosto 24.—Se le da el alta con una canal que permite el paso á un beniqué núm. 58.

Obs. 26—*(personal)*. Estrecheces blenorrágicas filiformes, fístula uretro-perineal, dilatación, curación.

Romualdo F., de 26 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del H. Rawson, el 9 de Enero de 1895.

Ha tenido dos veces blenorragia, la primera en el año 1890 y la segunda en el año 1893. Hace tres años le apareció en la rejión perineal, á la derecha del rafe médio, cerca del ano, un pequeño absceso que se abrió espontáneamente, quedando luego la fístula, que es con la que el enfermo entra al servicio.

En la uretra existe un anillo en la parte media de la porción perineal, que solo permite el paso á una bujía núm. 10.

Enero 10.—Se empieza la dilatación del canal con una bujía núm. 10, que se deja fija durante 24 horas.

Febrero 19.—La fístula está completamente cicatrizada.

Febrero 27.—Se le da el alta con un canal que permite el paso á un beniqué núm. 60.

Obs. 27.—*(personal)*. Estrecheces blenorrágicas filiformes, fístula uretro-escrotal, dilatación, curación.

Nicasio M. de 62 años de edad. entra en el servicio de vías urinarias del H. Rawson el 13 de Enero de 1895.

Tuvo la primera blenorragia á los 22 años, la segunda diez años después y la tercera en 1870. Hace 7 años que empezó á sentir dificultad para orinar,la que ha aumentado poco á poco hasta el punto de producir retención en varias ocasiones. Hace ocho meses que esto se produjo por última vez, y al mismo tiempo se desarrolló una infiltración de orina, á consecuencia de la cual presenta hoy una fístula hacia el lado derecho de la rejión escrotal.

En la uretra existe un anillo al principio de la rejión escrotal, que solo deja pasar una bujía filiforme núm. 4.

Enero 14.—Empieza la dilatación del canal con la bujía filiforme núm. 4 que se deja permanente durante 24 horas.

Enero 27.—La fístula está cicatrizada.

Marzo 6.—Se le da el alta con un canal que permite el paso á un beniqué núm. 55.

C.—Fistulas tratadas por incisión y drenaje

—

Obs. *28.*—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas, fístulas uretro-perineales, incisión y drenaje, curación.

Juan O. de 41 años de edad, entra en el servicio

de vías urinarias del H. Rawson el 26 de Octubre de 1893.

La primera blenorragia la tuvo en el año 1868, y después ha tenido otras tres. Hace diez años que empezó á sentir dificultad para orinar, y se ha hecho tratar en dos ocasiones, hasta que en el mes de Marzo del corriente año, se le abrió espontáneamente un absceso en la rejión perineal, y es desde entónces que data su primera fístula. Después ha tenido otros abscesos y cada uno de ellos ha dejado su fístula correspondiente.

Actualmente presenta un orificio fistuloso sobre el rafe medio perineal á dos centímetros del ano, dos más á cada lado y otro á la derecha, en el punto en que la piel del escroto se une con la del periné.

En la uretra, el explorador á bola núm. 25 salva una serie de anillos de la porción peneana, y se detiene en la escrotal, por donde sólo pasa uno núm. 16, que salva después dos más en la misma rejión.

Octubre 31.—Se incinden los trayectos fistulosos y se enuclean, haciendo lo mismo con las cavidades yuxta-uretrales. Se coloca un drenaje de *plafond* y una sonda en la uretra.

Noviembre 9.—Se saca la sonda y al efectuarse la micción no sale orina por la herida, que está muy reducida de tamaño.

Noviembre 10.—Se empieza la dilatación del canal con el beniqué núm 32.

Diciembre 6.—Se le da el alta con el periné totalmente cicatrizado y con un canal que permite el paso á un beniqué núm. 60.

Obs. 29—*(personal).* Estrecheces blenorrágicas filiformes, absceso urinoso, fístulas uretro-escrotales, incisión y drenaje, uretrotomía interna, curación.

Juan G. de 42 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del H. Rawson el 1° de Octubre de 1894.

Ha tenido tres veces blenorragia, y hace un año que se le desarrolló un absceso en la rejión escrotal, que se abrió espontáneamente dejando las dos fístulas que actualmente presenta. Tiene además un absceso en la rejión perineal.

En la uretra existe un anillo al principio de la rejión escrotal, que sólo permite pasar una bujía filiforme núm. 7.

Octubre 2.—Uretrotomía interna con sonda permanente, incisión del absceso y de los trayectos fistulosos que se enuclean, drenaje de *plafond.*

Octubre 22.—Se saca la sonda, y después al ejecutarse la micción no sale orina por la herida.

Octubre 23.—Se empieza la dilatación del canal con el beniqué núm. 38.

Noviembre 14.—El enfermo pide el alta con las heridas completamente cicatrizadas y con un canal por el que ha pasado un beniqué núm. 54.

Obs. 30.—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas infranqueables, fístulas uretro-perineales, abceso urinoso del escroto, incisión y drenaje, uretrotomía interna, curación.

Alberto M. de 62 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del H. Rawson el 2 de Agosto de 1895.

Ha tenido blenorragia á los 22 años, tres años después empezó á sentir dificultad para orinar. Ha tenido una serie de abscesos urinosos en el periné, que han dejado después de su abertura las fistulas que actualmente presenta.

Existe en el periné una masa de tejido duro y resistente que se extiende, desde la parte inferior del escroto hasta cerca del ano, y por la que atraviesan los trayectos á que nos hemos referido. Además existe un absceso urinoso en la rejión escrotal.

Las bujías filiformes más finas se detienen al principio de la región escrotal de la uretra.

Agosto 3—Se incinde el periné y se extrae toda la masa de tejido fibroso duro que lo llenaba, haciendo lo mismo con los trayectos fistulosos y las cavidades yuxta-uretrales; se abre tambien el absceso escrotal y se coloca un drenaje de *plafond*.

Agosto 5—Se tienta nuevamente el caterismo y es posible pasar una bujía cónica olivar N° 9. Se hace la uretrotomía interna con sonda permanente.

Agosto 19—Se saca la sonda, y después, al efectuarse la micción no sale orina por la herida.

Agosto 20—Se empieza la dilatación del canal con el beniqué Nº. 28.

Octubre 3—Se le da el alta con las heridas completamente cicatrizadas, y con un canal que permite pasar un beniqué núm. 58.

Obs. 31.—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas filiformes, tumefacción difusa del periné, fístulas uretro-perineales, uretrotomía interna, incisión y drenaje, curación.

Rafael N., de 55 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del Hospital Rawson, el 4 de Julio de 1895.

Hace diez y siete años que tuvo la única blenorragia de que ha padecido; poco tiempo después sintió dificultad para orinar, á la que han seguido una serie de abscesos urinosos, de los cuales unos se han abierto expontáneamente y otros por medio de incisiones. Han dejado cuatro orificios fistulosos en el periné y uno en el escroto, por todos ellos sale actualmente orina y un poco de pus.

Presenta además sobre el periné, una tumefacción difusa, algo dolorosa á la presión, con un poco de enrojecimiento de la piel.

Por la uretra sólo pasa una bujía filiforme Nº. 4 que lo hace con dificultad al principio de la región escrotal.

Julio 5—Uretrotomía interna con sonda permanente, raspado y escisión de los trayectos y de dos antros yuxtra-uretrales que se encontraron llenos de fungosidades. Drenaje de *plafond*.

Julio 6—La tumefacción, el enrojecimiento y el dolor de la región perineal han desaparecido. El enfermo se encuentra muy mejorado.

Julio 25—Se retira la sonda, y no sale orina por la herida cuando se efectúa la micción sin ella.

Julio 26—Se empieza la dilatación del canal con la bujía beniqué Nº. 26.

Agosto 29—La herida está completamente cicatrizada.

Setiembre 8—Se le da el alta con una uretra que permite pasar el beniqué Nº. 60.

Obs. 32 — (*personal*). Fístula uretro-perineal, estrecheces blenorrágicas, incisión y drenaje, curación.

Alberto P., de 37 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del Hospital Rawson el 15 de Febrero de 1895.

Varias veces ha tenido blenorragia y ha sufrido de dificultad en la micción, que ha progresado paulatinamente hasta el punto de no permitirle expulsar la orina sino á gotas. Llegado á este extremo, en el mes de Enero de 1894 se le desarrolló un absceso urinoso en el periné, á consecuencia del cual le quedó una fístula que se hizo operar en el

Hospital San Roque, de donde salió muy mejor y con el canal dilatado.

Actualmente presenta una pequeña fístula en el periné, y en la uretra una estrechez al principio de la porción perineal, que permite el paso á un explorador á bola N°. 18.

Como la fístula es muy pequeña y es justo suponerla directa entre el canal y el exterior, si se tienen en cuenta las operaciones anteriores, se prescribe, como único tratamiento, la dilatación gradual y progresiva del canal, empezando con el beniqué N°. 36.

Marzo 3—Se ha llegado á pasar el beniqué N°. 54, y como la fístula permanece en el mismo estado, se resuelve operarla.

Marzo 5—Se hace una incisión en el periné y se llega hasta la uretra, por el lado izquierdo, encontrándose en esa parte un antro bastante grande que se prolonga unos cuantos centímetros hacia la parte superior.

La hendidura uretral está colocada en la pared superior y tiene poco más ó menos un centímetro de largo. Es imposible suturarla, porque además de ser los tejidos algo friables, está colocada profundamente á muy poca distancia del ligamento de Carcassonne, y una hemorragia en *napa* algo abundante impide ver claro el campo operatorio. Se resuelve poner un tubo de drenaje y hacer un taponamiento con gasa iodoformada, colocando al mismo tiempo una sonda permanente en la uretra,

todo esto después de haber raspado cuidadosamente la región.

Marzo 12—Se saca la sonda y el tubo de drenaje, y al efectuarse la micción no sale orina por la herida que está muy reducida de tamaño.

Abril 5—Se le da el alta, con el periné completamente cicatrizado y un canal que permite pasar el benique N°. 60.

D—Fistulas tratadas por incisión, drenaje y sutura

—

Obs. 33—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas, fístulas uretro-perineales, incisión, drenaje y sutura, dilatación; queda sin cerrar una pequeña fístula.

Vicente G., 58 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del Hospital Rawson, el 6 de Octubre de 1893.

Contrajo la única blenorragia que ha tenido, en el año 1873; no ha sentido nunca dificultad en la micción. En el año 1891 tuvo una orquitis supurada del lado derecho; el testículo continuó supurando durante mucho tiempo después de haber sido incindido. En esa misma época se le desarrolló un absceso en la región perineal, del que fué operado, quedando despues una fístula por la que sale orina.

Desde entonces hasta ahora, ha tenido una serie de abscesos más pequeños, pero casi todos ellos han dejado posteriormente una fístula. Ha tenido varias veces adenitis supuradas en las regiones inguinales.

Actualmente presenta seis orificios fistulosos, repartidos en el periné, en el escroto y en la región glútea; por todos ellos sale orina.

El explorador á bola N° 18, salva dos anillos en la porción peneana de la uretra, y dos más en la perineal, llegando después sin dificultad hasta la vejiga.

Octubre 7—Se hace una incisión que comprende parte del escroto y del periné; se raspan y escinden dos cavidades yuxta-uretrales que se encuentran colocadas á ambos lados y llenas de fungosidades. Se escinden tambien los trayectos fistulosos. La uretra se encuentra un poco degenerada en una extensión de dos centímetros.

Se coloca un drenaje de *plafond* y se sutura con seda, en varios planos, el escroto y el periné, no haciéndolo en la parte inferior de esta última región porque es por allí por donde asoman los tubos. Se fija una sonda N° 17.

Octubre 16—Se sacan los puntos de sutura y las heridas están cicatrizadas en casi toda su extensión.

Octubre 31 — Se retira la sonda y sale orina por la herida perineal, no se la coloca de nuevo por intolerancia del enfermo.

Noviembre 1°—Se empieza la dilatación del canal con el beniqué N° 30.

Noviembre 24—El enfermo pide el alta, saliendo con una pequeña fístula en el periné y con un canal por el que ha pasado un beniqué N° 48.

Obs. 34 (*personal*)—Estrecheces blenorrágicas, fístulas uretro-perineales y uretro-escrotales, incisión, drenaje y sutura, uretrotomía interna, curación.

Ramón L., de 35 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del H. Rawson, el 16 de Marzo de 1895.

Ha tenido varias veces blenorragia, la primera á los 17 años. Un año después empezó á notar dificultad para efectuar la micción, y en el transcurso de los últimos años ha tenido varios abscesos urinosos que han dejado las fístulas que actualmente presenta, pudiendo verse dos orificios en el periné y uno en el escroto.

En la uretra, con el explorador á bola N° 20, se notan dos anillos en la porción peneana y otro al principio de la región escrotal, por donde sólo pasa uno N° 16.

Marzo 18—Se practica la uretrotomía interna con sonda permanente y se hace una incisión sobre la línea media del escroto, que empieza á dos centímetros de la raíz del pene y concluye en el punto donde la piel del escroto se une con la del periné, bifurcándose desde allí en dos ramas, que

van al encuentro de los dos orificios perineales. Se escinden dos cavidades yuxta-uretrales y los trayectos fistulosos, colocándose, después de haber raspado y cauterizado toda la región, dos tubos de drenaje. Se sutura en varios planos la herida escrotal y la perineal, menos en la parte inferior de las dos ramas que se hicieron en esta última región, que es por donde asoman los tubos de drenaje.

Marzo 27—Se cortan los puntos de sutura porque las heridas están cicatrizadas en toda su extensión. Se saca la sonda y no sale orina por la herida.

Marzo 30—Se sacan los tubos de drenaje y se empieza la dilatación del canal con la bujía cónica olivar N° 15.

Abril 15—Los orificios que dejaron los tubos de drenaje se han cicatrizado por segunda intención, estando ahora completamente cerrados.

Mayo 2—Se le da el alta con un canal que permite pasar un beniqué N° 60.

Obs. 35 (*personal*)—Estrecheces blenorrágicas infranqueables, fístulas uretro-perineales, incisión, drenaje y sutura, uretrotomía interna, curación.

Domingo Z., de 39 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del H. Rawson, el 21 de Marzo de 1895.

Ha tenido varias veces blenorragia, habiendo contraído la primera en el año 1885. Poco tiem-

po después de esta fecha, empezó á sentir dificultad en la micción, y en el año 1888 tuvo el primer absceso urinoso, que pronto fué seguido de otros, dejando cada uno de ellos una fístula. Actualmente presenta seis, repartidas en el escroto, el periné y la región glútea izquierda.

El periné está completamente ocupado por una masa dura y resistente, indolora á la presión.

En la uretra existe una estrechez en la parte media de la región escrotal, que impide el paso á las bujías filiformes más delgadas.

Marzo 22—Se hace la liberación externa de la uretra; se escinden dos cavidades yuxta-uretrales y se cauteriza y se raspa toda la región, colocando después dos tubos de drenaje. Se suturan con seda todas las heridas, menos la parte inferior de la perineal, que se deja abierta para dar salida á los tubos.

Marzo 24—Se tienta el cateterismo y se puede pasar una bujía cónica olivar N° 12. Se hace la uretrotomía interna dejando puesta una sonda permanente.

Abril 2—Se ha formado un absceso en el lado izquierdo del escroto (esta parte no fué incindida). Se abren nuevamente las heridas, se raspan, y dejando colocados dos tubos de drenaje, se tapona todo con gasa iodoformada.

Abril 9—Se raspan con cureta las heridas y se suturan con seda, menos en la parte inferior de la incisión perineal, para dar salida á los tubos.

Abril 19—Se sacan la mayor parte de los puntos de sutura; las heridas están cicatrizadas en casi toda su extensión; sacada la sonda se observa que aún sale orina por la herida, por lo que se la coloca nuevamente.

Abril 25—Se sacan los tubos de drenaje y la sonda, y después no sale orina por la herida. Empieza la dilatación con el beniqué Nº 27.

Mayo 30—Sale de alta curado, y con una canal que permite pasar el beniqué Nº 58.

Obs. 36 (*personal*)— Estrecheces traumáticas, fístulas uretro-perneales y uretro-escrotales, incisión, drenaje y sutura, uretrotomía interna, curación.

José S., de 45 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del H. Rawsón, el 4 de Abril de 1895.

Hace doce años recibió un golpe sobre la región perineal, que le produjo uretrorragias continuadas durante algunos días, y unos meses más tarde empezó á sentir dificultad en la micción, la que ha aumentado poco á poco. Nunca ha tenido blenorragia.

A los tres años del traumatismo se le desarrolló un absceso urinoso en la rejión escrotal, y más tarde ha tenido otros semejantes en la misma rejión lo mismo que en el periné.

Actualmente presenta cinco orificios fistulosos, dos en el escroto y tres en el periné.

Abril 10—Se practica la uretrotomia interna con sonda permanente, y se hacen incisiones sobre el escroto y el periné, escindiendo los trayectos fistulosos y dos cavidades yuxta-uretrales y también se libra al periné de todo el tejido duro y resistente que rodeaba á las cavidades mencionadas que se encontraron repletas de fungosidades. Se colocan dos tubos de drenaje, después de haber raspado y cauterizado toda la rejión, y se suturan en varios planos las incisiones, dejando, como en los casos anteriores, una parte sin unir por la que asoman los tubos.

Abril 22—Se sacan los puntos de sutura y la sonda permanente y después no sale orina por la herida.

Mayo 1°—Se sacan los tubos de drenaje y se empieza la dilatación con el beniqué N° 32.

Mayo 23—La herida está completamente cicatrizada.

Mayo 30—Se le da el alta habiendo pasado el beniqué N° 60.

E.—Fistulas tratadas por avivamiento y sutura

—

Obs. 37—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas filiformes, fístulas uretro-perineales, uretrotomía interna, incisión, raspado y sutura, curación.

Antonio E., de 65 años de edad, entra en el ser-

vicio de vías urinarias del H. Rawson, el 17 de Junio de 1892.

A los 35 años tuvo la única blenorragia de que ha padecido; las estrecheces del canal empezaron á hacerse sentir hace tres años y el primer absceso urinoso se desarrolló hace un año, dejando después de su abertura una fístula.

Los abscesos urinosos se han repetido varias veces, y siempre han dejado, después de su abertura, un nuevo trayecto fistuloso.

Hoy día presenta cuatro orificios en el periné. Por la uretra sólo pasa hasta la vejiga una bujía filiforme N° 6.

Junio 18—Uretrotomía interna con sonda permanente.

Junio 20—Se retira la sonda.

Junio 22—Se fija una sonda acodada N° 18, se incinde el periné, se escinden los trayectos y las cavidades y se raspa toda la rejión. La uretra se encuentra abierta en una extensión de dos centímetros en su lado derecho. Se sutura el canal con seda y por puntos separados, después de haber avivado los bordes de la hendidura. El resto de los tejidos se sutura en dos planos también con seda, y la piel con crin de Florencia.

Junio 23 — La sonda se obstruye, y como el enfermo trata de orinar haciendo grandes esfuerzos, consigue que la orina salga por entre ella y las paredes de la uretra. Se renueva la curación

por estar algo mojada con orina y se destapa la sonda inyectando por ella solución boricada.

Junio 30—Toda la herida se ha cicatrizado por primera intención, menos en su parte inferior, donde ha persistido un pequeño orificio por el que sale orina.

Julio 1°—Se empieza la dilatación del canal con el beniqué N° 30.

Julio 21—Se ha llegado á pasar el beniqué N° 50, y como la fístula persiste, es operada nuevamente haciéndose lo mismo que en la primera intervención.

Julio 31.—Se sacan los puntos de sutura; la herida está completamente cicatrizada.

Agosto 12.—Se le da el alta habiendo pasado el beniqué N° 58.

Obs. 38—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas, fístulas uretro-perineales, uretrotomía interna, incisión y sutura, curación.

Pedro E., de 52 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del H. Rawson el 13 de Enero de 1893.

Ha tenido blenorragia á los veinte años y hace dos que ha empezado á sufrir de retención de orina la que se ha repetido varias veces, formándosele al mismo tiempo abscesos urinosos que se abrían espontáneamente y que han dejado cuatro orificios fistulosos en el periné. Así entró al H. de Clínicas, donde lo operaron el 26 de Noviembre de 1891,

saliendo de alta el 4 de Mayo de 1892, con un orificio fistuloso en la misma rejión.

Actualmente presenta la fístula á que nos hemos referido hace un momento, por la que sale orina, y tiene además tres estrecheces en la uretra, dos en la porción perineal por donde pasa un explorador á bola N° 16 y la tercera en el bulbo sólo deja pasar un explorador N° 14.

Enero 14—Uretrotomía interna con sonda permanente.

Enero 16—Se retira la sonda.

Enero 24—Se empieza la dilatación del canal con el beniqué N° 30.

Febrero 7—No es posible adelantar en la dilatación, porque las estrecheces no ceden el paso á un beniqué de mayor calibre que el 46.

Febrero 9—Se hace la uretrotomía de atrás adelante con el uretrótomo de Albarran y se coloca una sonda permanente. Se incinden los tejidos al nivel del orificio fistuloso hasta llegar á la uretra, la que se encuentra abierta en su lado derecho, en una extensión de un centímetro. Se avivan los bordes de la hendidura, después de haber escindido el trayecto fistuloso y se sutura el canal con seda; lo mismo se hace con el resto de los tejidos hasta llegar á la piel, la que se une con crin de Florencia.

Febrero 19—Se sacan los puntos de sutura. La herida está totalmente cicatrizada.

Marzo 8—Se le da el alta con un canal que permite pasar el beniqué N° 60.

Obs. 39—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas, cistitis, fístula perineal, uretrotomía interna, incisión y sutura.

José P., de 42 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del H. Rawson el 11 de Enero de 1894.

En el año 1868 tuvo su primera blenorragia que le duró cuatro meses y medio; la segunda la tuvo en el año 1870 y la tercera en el año 1885.

En el tiempo trascurrido desde el año 1886 hasta la fecha de su entrada al hospital, el enfermo ha tenido una serie de abscesos urinosos. En Julio de 1886 tuvo un primer absceso perineal que abierto espontáneamente y sin tratamiento alguno, dejó después de sí una pequeña fístula que cerró también espontáneamente al poco tiempo de haberse formado. En Enero de 1891, después de sentir ardores en la región escrotal y perineal, se le formó un nuevo absceso del lado derecho de esta última región, el cual, abierto de igual manera que el anterior, dejó también tras de sí una pequeña fístula, por donde sale poca orina y pus; este trayecto cierra lo mismo que el anterior, al poco tiempo de haberse formado.

Poco después, un tercer absceso se desarrolló, y en el trascurso de ese año nuevos abscesos se suceden con tanta frecuencia, que el enfermo se hizo operar, en Enero de 1892, con un médico que se limitó á raspar el trayecto fistuloso y á tocar todos los días con lápiz de nitrato de plata la

herida, hasta que cicatrizó, permaneciendo así hasta Enero de 1893, época en que el último absceso se forma, dejando su fístula habitual, que esta vez no se cierra con la facilidad que las anteriores, puesto que, tres meses después, á su entrada al hospital, sale orina por ella en la misma cantidad que salía cuando se formó.

Está situada en el lado derecho del periné, y antes de llegar á la piel se bifurca en dos.

Actualmente las micciones se repiten de hora en hora, y la orina es purulenta y con olor amoniacal.

La micción es dolorosa mientras dura y el ardor se localiza al nivel del periné.

A la palpación del canal, se siente al nivel de los orificios fistulosos un cordón de consistencia dura.

La vejiga es sensible al contacto y su contractilidad está aumentada.

Con el explorador á bola N° 22, se salva un anillo á dos centímetros por detrás del meato y tres más en la porción perineal.

Desde el segundo día de su entrada al hospital, se prescriben lavajes vesicales con nitrato de plata al 1 °/₀₀, con objeto de tratar la cistitis, la que se cura al cabo de los seis días del tratamiento.

Enero 17—Se hace la uretrotomía interna con sonda permanente é inmediatamente después se amplía el trayecto fistuloso encontrándose una cavidad yuxta-uretral, á cada lado del canal, que está rodeado por tejido fibroso; se raspa toda la

región y para escindir todo el tejido duro, es necesario agrandar la incisión cutánea hacia arriba, hasta el nacimiento del escroto, y hacia abajo, en la región glútea derecha, hasta cerca del ano.

Se sutura la uretra con seda, para lo que se emplean tres puntos, el resto de los tejidos también con seda y por planos sucesivos y la piel se une con crin.

Enero 19—Se retira la sonda, el enfermo orina sin dificultad, la temperatura es normal.

Enero 25—Se levanta la curación, toda la herida está cicatrizada menos algunos puntos superficiales que se han desgarrado, lo que es debido seguramente á algún movimiento intempestivo del enfermo. Estos puntos se renuevan, después de haber avivado los bordes de la herida.

Enero 31—Se levanta la curación, la cicatrización es casi completa, se retiran la mayor parte de los puntos de sutura y se dejan unos cuantos en la parte inferior de la herida.

Febrero 2—Se empieza la dilatación del canal con la bujía cónica olivar N° 15.

Febrero 4—Se retiran todos los puntos de sutura.

Febrero 28—Se le da el alta con un canal que permite pasar un beniqué N° 58.

Obs. 40—(*personal*)—Estrecheces blenorrágicas, fístulas uretro-perineales, uretrotomía interna, incisión y sutura, curación.

Alejandro G., de 39 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del H. Rawson el 18 de Noviembre de 1893.

En el año 1884 tuvo dos veces blenorragia y no ha tenido después ninguna otra enfermedad, hasta el 12 de Julio de 1893, en que tuvo retención de orina. Dice el enfermo que á causa de ella se le formó un tumor en la región perineal, que se lo abrieron en el hospital de Bahía Blanca, y la fístula que le quedó desde entonces aún no se ha cerrado, saliendo por ella orina en bastante cantidad.

El explorador á bola Nº 25, salva tres anillos en la porción peneana de la uretra y otro en la región escrotal; se detiene en el bulbo, donde el explorador á bola Nº 21 salva otro anillo duro.

Noviembre 20—Se hace la uretrotomía interna con sonda permanente, y se incinde el periné sobre el orificio fistuloso; se llega hasta la uretra, la que se encuentra abierta y se sutura con tres puntos hechos con seda, después de haber escindido el trayecto de la fístula y de haber avivado con el bisturí los bordes de la hendidura uretral. Los demás tejidos se suturan en dos planos, empleando para ello también la seda, y la piel se une con crin de Florencia.

Diciembre 1º—No se ha obtenido la reunión primitiva sino en una pequeña extensión; la herida está abierta hasta la uretra y puede verse la sonda á traves de la hendidura.

Se lleva nuevamente el enfermo á la sala de ope-

raciones, y, previo avivamiento con la cureta, se renueva la sutura.

Diciembre 9—Se ha obtenido la cicatrización profunda y es necesario renovar la sutura cutánea.

Diciembre 19—Se sacan los puntos; la herida está totalmente cicatrizada. Se da principio á la dilatación empezando con el beniqué Nº 38.

Enero 9—Se le da el alta con un canal que permite pasar el beniqué Nº 60.

Obs. 41—(*personal*)—Estrecheces blenorrágicas infranqueables, fístulas uretro-perineales y uretro-escrotales, uretrotomía externa, sutura, curación.

Manuel A., de 36 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del H. Rawson el 15 de Enero de 1895.

Ha tenido blenorragia á los veintidos años, cuatro años después empezó á sufrir de dificultad en la micción y más tarde ésta se hizo imposible, por cuya razón le hicieron en el H. Español una uretrotomía externa.

Cuando le dieron el alta se le recomendó que se sondara diariamente y el enfermo lo hizo así durante dos meses, sin poder continuar después, porque el catéter que poseía no franqueaba la estrechez que había disminuído rápidamente de calibre.

Así continuó durante algún tiempo, pero como notara que el escroto aumentaba considerablemente de volumen, se resolvió á ingresar á nuestro servicio.

A su entrada, presenta un aumento enorme del volumen del escroto, que llega, hacia abajo, hasta el nivel de la parte media de los muslos; es de consistencia dura y en su superficie se ven dos orificios fistulosos por los que sale orina, y están colocados: uno en el rafe medio y el otro hacia el lado derecho, notándose además un tercer orificio sobre el periné.

Por la uretra llega sin dificultad hasta el final de la porción peneana, un explorador á bola Nº 15, pero se detiene allí y no es posible pasar ni el cateter más delgado.

Enero 18—Se practica la uretrotomía externa sin conductor; se escinde gran cantidad de tejido fibroso duro y los trayectos fistulosos, pero habiéndose perdido el cabo posterior de la uretra, es imposible suturarla, por lo que se deja la herida abierta.

Enero 21—Se lleva nuevamente el enfermo á la sala de operaciones, y allí, después de varias tentativas, se consigue encontrar el cabo posterior; se sutura la uretra con seda y el resto de los tejidos también con seda y por planos sucesivos hasta llegar á la piel, la que se une con crin de Florencia.

Enero 29—Es necesario renovar la sutura de la piel del escroto por estar los labios de la herida uno sobre el otro, y es por esta causa que la cicatrización de esa parte no se ha efectuado.

Febrero 8—Se retiran todos los puntos de sutura; la herida está totalmente cicatrizada y además

se opera una fístula peneana de que también padecía, y la herida queda cicatrizada á los diez días de la operación.

Febrero 22—Se empieza la dilatación del canal con el beniqué Nº 28.

Abril 3—Se le da el alta con un canal por el que es posible pasar un beniqué Nº 60.

Obs. 42—(*personal*). Fístula uretro-escrotal, incisión y sutura, curación. Esta historia es continuación de la que corresponde á la observación núm. 13.

Mayo 18—Se ha llegado en la dilatadión del canal á pasar el beniqué Nº 40, y como no se nota que la fístula tienda á cicatrizarse, se la incinde, se escinde el trayecto y se sutura la uretra y los demás tejidos en varios planos. Se deja una sonda colocada.

Mayo 27—Se sacan los puntos de sutura. La herida está cicatrizada.

Junio 19—Se le da el alta con un canal que permite pasar el beniqué Nº 60.

Obs. 43—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas, fístulas uretro-perineales, uretrotomía interna, incisión y sutura, curación.

Rafael S., de 62 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del H. Rawson, el 19 de Abril de 1895.

Ha tenido blenorragia una solá vez y sanó de

ella á los cinco meses de tratamiento. Hace poco más de un año que tuvo cistitis, coincidiendo esta enfermedad con la formación de un abceso de la rejión perineal, que se abrió espontáneamente y dió lugar á la producción de las fístulas que actualmente presenta.

Se observan dos orificios fistulosos en el escroto, á ambos lados de la línea media y otro en el periné, sobre el rafe medio.

En la uretra se notan con el explorador á bola N° 18, una serie de anillos repartidos en las porciones peneana, escrotal y perineal.

Abril 20—Se prescribe salol al interior y lavajes vesicales con solución de nitrato de plata al 1 °/₀₀.

Mayo 2—Se hace la uretrotomía interna con sonda permanente, y después se incinden los trayectos escindiéndolos, lo mismo que á todo el tejido duro y fibroso que rodea á la uretra; ésta se encuentra abierta en la porción perineal, en una extensión de tres centímetros; se avivan los bordes de la hendidura y se sutura con seda y por puntos separados. Lo mismo se hace con los demás tejidos, y la piel se sutura con crin de Florencia.

Mayo 10—Se sacan los puntos de sutura y la herida está completamente cicatrizada.

Mayo 14—Se empieza la dilatación del canal con la bujía cónica Olivar N° 15.

Mayo 19—Se abre un pequeño absceso superficial que se ha formado en el periné y que cica-

triza á los pocos días sin mayores inconvenientes.

Junio 11—Se le da el alta con un canal que permite pasar un beniqué N° 58.

Obs. 44—(*personal*). Estrecheces blenorrágicas filiformes, fístula uretro-perineal, uretrotomía interna, incisión y sutura, curación.

Pedro V., de 33 años de edad, entra en el servicio de vías urinarias del H. Rawson, el 4 de Febrero de 1895.

Ha tenido varias veces blenorragia y después de haber sufrido durante un año de dificultad para efectuar la micción, se le produjo un abceso en el periné que se abrió espontáneamente y dió lugar á la formación de la fístula que actualmente presenta.

Sobre la línea media y en la parte superior del periné se nota un orificio fistuloso.

El explorador á bola N° 16 salva dos anillos peneanos y se detiene al final de la porción escrotal, por donde sólo pasa una bujía filiforme N° 6.

Febrero 6—Se hace la uretrotomía interna con sonda permanente, y después se incinde el trayecto y se escinde, así como á todo el tejido fibroso que ocupaba la rejión. Se sutura con seda la hendidura uretral, que es próximamente de un centímetro; los demás tejidos también se suturan con seda y la piel se sutura con crin de Florencia.

Febrero 15—Se cortan los puntos de sutura y la herida está cicatrizada en toda su extensión.

Febrero 18—Se empieza la dilatación del canal con la bujía cónica olivar N° 15.

Marzo 22—Se le da el alta con un canal que permite pasar el beniqué N° 60.

Obs. 45—(*personal*)—Fístula uretro-perineal, uretrotomía interna, incisión y sutura, curación. Esta historia es continuación de la que corresponde á la observación N° 8.

Agosto 3—Previa anestesia con cloroformo, se hace primero la uretrotomía interna con sonda permanente, y después se incinde la piel del periné en una extensión de cinco centímetros, y profundizando la herida, se llega hasta encontrar el orificio uretral, que está situado á la derecha.

Se escinden las paredes formadas de tejido fibroso, de una cavidad que correspondía al lugar del absceso urinoso anteriormente operado, y se sutura la uretra con seda, empleando tres puntos, después de haber avivado cuidadosamente los bordes del orificio; en seguida se comprende en otro plano, también hecho con seda, todos los demás tejidos hasta la piel, y por último ésta, en un tercero, que se hace con crin de Florencia.

Agosto 12—Se cortan los puntos de sutura y la herida está completamente cicatrizada.

Agosto 15—Se empieza la dilatación del canal con la bujía cónica olivar N° 15.

Setiembre 14—Se le da el alta con un canal que permite pasar el beniqué N° 60.

CONCLUSIONES

—

En los casos de abscesos urinosos y de infiltraciones, el mejor tratamiento preventivo de las fístulas perineales es la incisión y el drenaje de *plafond*.

En los casos de fístulas uretro-perineales, que corresponden al primer grupo de la clasificación de Guyon, debe darse la preferencia al tratamiento que consiste en la dilatación del canal con bujías beniqué ó por medio de la uretrotomía interna.

Cuando, después de la operación de las fístulas, quedan grandes heridas, y que por cualquier causa no se pueda obtener la cicatrización primitiva de todas ellas, debe darse la preferencia al tratamiento por cicatrización *mixta*.

El tratamiento por cicatrización secundaria de las fístulas perineales da excelentes resultados; pero es preferible, siempre que se pueda, obtenerla por primera, valiéndose del avivamiento y la sutura.

Pedro Passo.

Buenos Aires 1896.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El salol administrado al interior, es un mal desinfectante de las vías urinarias.

II

El empleo del cistoscopio facilita el diagnóstico de las enfermedades de las vías urinarias.

III

El tratamiento y el pronóstico de la uretritis blenorrágica varía con su localización.

Buenos Aires, Octubre 13 de 1896.

Quedan nombrados en comisión para dictaminar respecto de la admisibilidad de este trabajo los Señores: Académicos Dr. Jacob de T. Pinto, Profesor Titular Dr. Obdulio Hernandez y Profesor Suplente Dr. Alfredo Lagarde.

LEOPOLDO MONTES DE OCA
L. Acuña.

Buenos Aires, Noviembre 21 de 1896.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada en el día de la fecha por la comisión encargada de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tésis presentada por el ex-alumno D. Pedro Passo.

« En el local de la Facultad á 21 de Noviembre
« de 1896, reunidos los que suscriben, encargados
« de dictaminar respecto de la admisibilidad de la
« tésis presentada por el ex-alumno D. Pedro Passo
« y que versa sobre «Tratamiento de las fístulas pe-
« rineales»—resolvieron admitirla. Con lo que
« terminó el acto.—Firmados: J. de T. Pinto,
« Alfredo Lagarde, Obdulio Hernandez. (Firmado)
« Zenón Aguilar. »

L. Acuña.

Noviembre 24 de 1896.

Entréguese al interesado esta tésis para su impresión, fijándose por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

Leopoldo Montes de Oca
L. Acuña.