956 T

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DE LA

URETROTOMÍA EXTERNA

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MARTIN BENITO DIAZ ICASTO

Ex-Practicante interno de la prisión Penitenciaria Nacional

Capital Federal.

11217

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS BIBLIOTECA BUENOS AIRES

BUENOS AIRES

—

TALLER TIPOGRÁFICO DE LA PENITENCIARÍA NACIONAL

—

1901

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

(*Art. 162 del Reglamento*).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DOCTOR D. JUAN R. FERNÁNDEZ

Vice-Decano

DOCTOR D. JOSÉ T. BACA

Académicos Titulares

DOCTOR D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » JACOB DE TEZANOS PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNÁNDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTON
» » GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

DOCTOR D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EDMUNDO NOCARD
» » EMILIO R. CONI

Secretario Titular

DOCTOR D. ZENON AGUILAR

Pro-Secretario

DOCTOR D. CÁRLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoologia Médica	VACANTE
Fisica Médica	Dr. JAIME R. COSTA
Quimica Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» MARTIN SPUCH
Quimica Médica	» PEDRO N. ARATA
Histo ogia	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomia Descriptiva	» JUAN JOSÉ NAON
Patologia General	» ROBERTO WERNIKE
Anatomia Topográfica	» JUVENCIO T. ARCE
Fisiologia	» PEDRO J. CORONADO
Anatomia Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriologia	» CARLOS G. MALBRAN
Higiene	» MELITON GONZALEZ DEL SOLAR
Materia Médica	» JUSTINIANO LEDESMA
Medicina Operatoria	» ADALBERTO RAMAUGÉ
Clinica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» ota-rin-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermatológica y sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
Patologia Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Patologia Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
» Médica	» LUIS GUEMES
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» JULIAN AGUILAR
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» FRANCISCO SICARDI
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEIGA
Clinica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» GREGORIO N. CHAVES
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicologia Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Pedriatica	» MANUEL BLANCAS
» Médica	» ABEL AYERZA
« Genito-urinaria (hombre)	» FEDERICO TEXO
« Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
« Quirúrgica	» ALEJANDRO CASTRO
» Obstétrica	» ELISEO CANTON

ESCUELA DE FARMACIA

Botánica sistem. aplicada á la Farmacia	Dr. ADOLFO MUJICA
Quimica inorgánica aplicada	» MIGUEL PUÍGARI
Farmacognosia vegetal y animal	» JUAN A. BOERI
Quimica orgánica aplicada á la Farmacia	» PEDRO N. ARATA
Farmacia galónica (Técnica Farmacéutica)	» J. MANUEL IRÍZAR
Higiene	» RICARDO SCHATZ
Quimica Analitica y Toxicológica	» ATANASIO QUIROGA
Ensayo y determinación de drogas	» J. MANUEL IRÍZAR

ESCUELA DE PARTERAS

Parto fisiológico y Clinica Obstétrica Parto distócico y Clinica Obstétrica	Dr. JUAN R. FERNANDEZ

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Anatomia. Fisiologia, Patologia	Dr. LEON PEREIRA
Cirugia protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentaria, Medicina legal	» NICASIO ETCHEPAREBORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignatura		Catedráticos sustitutos
Zoologia Médica		VACANTE
Fisica Médica	Dr.	JUAN J. GALIANO
Quimica Médica	«	FRANCISCO BOSQUE Y REYES
Botánica Médica	«	LUCIO DURAÑONA ROBERTO S. KOLBE
Quimica Médica	«	FRANCISCO P. LAVALLE
Histologia	«	SAMUEL DE MADRID
Anatomia Descriptiva	«	JUAN D. PIÑERO JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Patologia General	«	GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomia Topográfica	«	AVELINO GUTIÉRREZ
Fisiologia	«	HORACIO G. PIÑERO
Anatomia Patológica	«	JOSÉ BADÍA
Bacteriologia	«	VACANTE
Higiene	«	ENRIQUE REVILLA
Materia Médica	«	ENRIQUE E. DEL ARCA ANGEL M. CENTENO
Medicina Operatoria	«	NICOLÁS REPETTO ALFONSO MASSI
Clinica Ginecológica	«	ALFREDO LAGARDE JOSÉ F. MOLINARI
« Ato-rin-laringológica	«	WENCESLAO TELLO ELISEO V. SEGURA
» Dermatológica y sifilográfica	«	MAXIMILIANO ABERASTURY
Patologia Externa	«	PASCUAL PALMA DANIEL J. CRANWELL
Patologia Interna		VACANTE
Clinica Oftalmológica	«	FRANCISCO BARRAZA TEÓFILO A. MORET
Clinica Médica	«	PATRICIO FLEMING
« Epidemiológica		VACANTE
« Quirúrgica	«	JUAN B. JUSTO
« Neurológica	»	JOSÉ A. ESTEVES JOSÉ R. SEMPRUN
« Médica	«	RICARDO COLÓN
Medicina Legal	«	DOMINGO S. CAVIA
Clinica Quirúrgica	«	DIÓJENES DECOUD ALEJANDRO POSADAS
« Médica	«	JULIO MÉNDEZ—IGNACIO ALLENDE
« Obstétrica	«	FANOR VELARDE
Toxicologia Experimental	«	JUAN ALBA CARRERAS
Clinica Pedriática	«	ANTONIO F. PIÑERO FACUNDO LARGUÍA
« Médica		VACANTE
« Genito urinaria (hombre)	«	PEDRO BENEDIT
« Psiquiátrica	«	BENJAMIN F. SOLARI
« Quirúrgica		VACANTE
« Obstétrica		VACANTE

ESCUELA DE FARMACIA

Botánica sistem. aplicada á la Farmacia		VACANTE
Quimica inorgánica aplicada		VACANTE
Farmacognósia vegetal y animal	«	JUAN A. DOMINGUEZ
Quimica orgánica aplicada á la Farmacia		VACANTE
Farmacia galénica (Técnica Farmacéutica)		VACANTE
Higiene		VACANTE
Quimica Analítica y Toxicológica		VACANTE
Ensayo y determinación de drogas		VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Parto fisiológico y Clinica Obstétrica	VACANTE
Parto distócico y Clinica Obstétrica	VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Anatomia, Fisiologia, Patología	VACANTE
Cirugia Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentaria, Medicina Legal	VACANTE

PADRINO DE TÉSIS

ACADÉMICO

DR. ENRIQUE E. DEL ARCA

A la memoria de mi padre

A mi hermano Eduardo J.

A mis amigos

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES PROFESORES:

Al presentaros esta última prueba siento la necesidad imprescindible de expresaros mi mayor reconocimiento por todo cuanto me habeis enseñado.

Nuestra Escuela Médica en estos últimos años ha alcanzado una importancia tal que se ha colocado entre las primeras de la América del Sud. Ya el estudiante no tiene derecho á decir que le faltan medios de estudio—puesto que tenemos los laboratorios y los hospitales á nuestra completa disposición, dirigidos por maestros competentes.

Me honro en declararos que no he de abandonar esta casa á la que tanto le debo; volveré á ella siempre para escuchar vuestras sabias lecciones, buscando llegar á tener la conciencia de que soy médico.

Comprendo toda la responsabilidad que me crea el honroso título que vais á discernirme y os prometo que haré todos los esfuerzos posibles para hacerme digno de los que me lo han otorgado.

A mi padrino de tesis Académico Doctor *Enrique E. del Arca* le doy las repetidas gracias por haber aceptado gentilmente acompañarme en este acto, que para mí será de constante y afectuoso recuerdo.

El tema del trabajo, que en forma de tesis tengo el honor de presentar á vuestra consideración, lo he titulado "Contribución al estudio de la uretrotomía externa".

MARTÍN BENITO DÍAZ ICASTO.

INTRODUCCIÓN

Como queremos hacer un estudio sobre la *uretrotomía externa*, nos ha parecido indispensable relacionar en nuestro primer capítulo titulado *Anatomia patológica,* algunas consideraciones generales, que hechas en forma de conciso resúmen, tracan de la anatomía uretral. Es esta una reunión de la cual nos ha parecido imposible prescindir, y al instituir este principio como fundamental para nuestro trabajo, es como hemos dado quizá demasiado amplitud á la anatomía patológica de las afecciones que más frecuentemente se tiene oportunidad de tratar, como ser las estrecheces inflamatorias y traumáticas de la uretra. Si procediéramos de otro modo, la comprensión de nuestro segundo capítulo que trata de la *Sintomatología* de esta misma clase de lesiones, hubiera sido muy difícil.

El *Diagnóstico,* que en conjunto comprende la *exploración* de la uretra (a) y el *exámen microscópico y bacteriológico de la orina y también de las secreciones uretrales* (b), forma el capítulo tercero.

El cuarto capítulo, que estudia las *Indicaciones de la uretrotomía externa,* es todo él una completa recorrida bibliográfica del punto, que como tema de tesis, nos propusimos al escribir este modesto trabajo.

Como final, nuestras *Conclusiones*, que constituyen la parte original de esta tésis.

Para terminar se publican las piezas justificativas, de las cuales, unas son observaciones personales hechas en el servicio del Doctor Ortiz en la Prisión Penitenciaría Na-

cional; y las otras han sido coleccionadas de los servicios del profesor Texo y del Doctor Castaño de los Hospitales Rawson y San Roque respectivamente.

Damos las gracias á estos distinguidos especialistas.

Igualmente quedamos agradecidos al Doctor Angel F. Ortiz por la idea que tuvo al inspirarnos este modesto trabajo, como al honorable Director de la Penitenciaría Nacional Coronel Juan C. Boer de quien conservaremos eternamente un grato recuerdo por las atenciones y deferencias recibidas durante nuestro internado en ese establecimiento.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

CAPÍTULO I

Teniendo por punto de mira los padecimientos que más frecuentemente atacan la uretra, creemos indispensable hacer referencia de algunas consideraciones anatómicas que contribuirán á facilitar el estudio anátomo-patológico de un órgano tan complicado como el que por unos momentos vá á ocupar nuestra atención.

La importancia y la intimidad que deben existir entre estas relaciones, es algo que se impone para evitar errores como los siguientes: juzgar sanas á uretras que están realmente enfermas ó vice versa, exponiendo á interpretaciones inexactas y haciendo imposible un diagnóstico clínico en su más amplia expresión.

Es la uretra del hombre un órgano que sirve para la excreción de la orina y del esperma,—cuyo comienzo, según algunos autores, se encontraría al nivel de su abertura en la vejiga;—en la mujer es independiente del aparato genital, en ella es sólo una vía urinaria y corresponde á la uretra posterior del hombre.

Su estudio clínico es muy comprensible, si se la divide en dos porciones: una anterior ó prepubiana extendida desde el meato hasta un punto normalmente estrechado de su recorrido y corresponde á una línea que siguiera la sínfisis pubiana en su prolongación hacia abajo, —teniendo prin-

cipio por detrás de esta la uretra posterior ó retropubiana, es decir, en los puntos de separación de la uretra esponjosa y membranosa.

Porción esponjosa de la uretra dividida en regiones

Navicular—Toda la parte que comprende el glande.

Peniana—Desde el glande hasta la entrada de la uretra en el escroto.

Escrotal—Toda la porción de uretra que atraviesa el escroto.

Perineo-bulbar—Desde el límite posterior del escroto, hasta el punto en que aparece la uretra abajo del púbis.

Es esta una división muy cómoda y útil.

Por su parte dice el prof. Guyon, que si no se refiriera á estos datos que le justifican la anatomía y la patología, no sabría explorar la uretra.

El hombre tiene por consiguiente dos uretras: la una es anterior, la otra es profunda ó posterior ó bien retropubiana, pudiendo esta ser considerada como una parte anexa á la vejiga, que «deben ser examinadas por regiones y no por centímetros» (Guyon).

Presenta normalmente este órgano puntos estrechos en número de dos y tres dilatados.

Los primeros son: el meato anterior que no se dilata, pero que es facilmente agrandable por la meatotomía y, el posterior, llamado por Amussat cuello fibroso del bulbo, que se deja distender, ocupando este la pared inferior que sirve también de límite entre las uretras anterior y posterior.

Los puntos dilatados presentan como particularidad el encontrarse situados en la pared inferior y son la fosa navicular, la depresión prostática y una región llamada fosa del Culbo, sitio de predilección para las falsas vías y punto de elección para las estrecheces blenorrágicas

Esta división que es aceptada en clínica, puede ser rati-

ficada por los datos embrislógicos, fisiológicos y anátomo patológicos que se mencionan á continuación, con el objeto de mostrar la dualidad entre la uretra anterior y posterior.

1º La uretra posterior deriva del seno uro-genital, la anterior proviene del frote genital preeloacal.

2º La uretra posterior es fija y muy poco extensible; la anterior es móvil de una longitud variable.

3º La posterior posee muchas fibras lisas y además un músculo estriado; toma participación activa en varios actos como ser micción, eyaculación y en la resistencia al cateterismo.

La anterior tiene pocas fibras contráctiles, completamente pasiva, es un simple conducto excretar, es esta la verdadera uretra; mientras que la posterior es el verdadero cuello vesical.

4º Aún en los sugetos sanos la anterior encierra microorganismos, de los cuales algunos son patógenos; en la uretra posterior lo mismo que en la vejiga no se encuentran en el estado normal.

5º Algunos estados patológicos se independizan en una ó en otra uretra.

Como se vé las diferencias apuntadas son suficientes para justificar la división propuesta.

Algo igualmente interesante es el resultado á que se llega después de un parangón entre las paredes anterior y posterior, ó lo que es lo mismo, para algunos superior è inferior.

Pared inferior	Pared superior
1º Cambia con gran facilidad de dimensión y de forma·	1º Cede pero menos fácilmente, resiste más, y es mucho menos dilatable.
2º Se alarga mucho bajo la influencia de una tracción moderada. Según la intensidad de la fuerza, puede au-	2º Puede aumentar hasta en 9 mm. de longitud, según la fuerza de tracción desplegada.

mentar hasta más de 3 1/2 cm. de longitud.	
3º Normalmente más larga.	3º Es más corta.
4º Se eleva y forma bruscamente un codo en relación con el aumento de volúmen de la próstata.	4º De curva regular casi geométrica que no se modifica con la edad.
5º Es excéntrica á la pared superior.	5º Es el camino más seguro y también el más directo; es el que no ocasiona accidentes, cuando se introducen instrumentos hasta la vejiga.
6º Abundante tejido eréctil.	6º Poco tejido eréctil.
7º Al nivel de la región bulbar poca fijeza.	7º Fija en toda su longitud.
8º Fosa navicular, fondo del saco del bulbo, cuello, veru-montanum, fosa prostática, luette vesical, orificio del utrículo y algunas veces los senos prostáticos.	8º Es la pared quirúrgica de la uretra.

Es la pared inferior la que más fácilmente puede ser herida.

La pared anterior es la más corta, la más regular, y por consiguiente, la menos peligrosa (Guyon).

Su mucosa es de un color blanco amarillento; se deja perforar con facilidad, pero resiste bien sin romperse á la distensión.

En estado de reposo presenta una superficie cubierta de pliegues á dirección longitudinal—estos desaparecen cuando la uretra está en actividad.

Hay muchos orificios en la mucosa uretral, de los cuales algunos pertenecen á las glándulas.

Los de Cooper ó de Mery, ó bulbo-uretrales, tienen una

secreción cuya consistencia es viscosa, completamente hialina, que se estira como vidrio fundido y que facilita el deslizamiento de las partes que moja. Su reacción es alcalina. No contiene células epiteliales ni tampoco granulaciones. La adición del ácido acético no le coagula, ni le comunica ese aspecto estriado que este ácido dá al mucus.

Esta secreción aparece en el meato independientemente de la eyaculación, durante las erecciones prolongadas; su mayor abundancia corresponde á los estados de excitación erótica. También se la observa en algunos estados de enervamiento.

La secreción normal de la próstata es muy abundante en el momento de la eyaculación, es francamente lechosa, de reacción alcalina, tiene en suspensión granulaciones y gotitas grasosas, células epiteliales prismáticas y algunas células con pestañas vibrátiles que provienen de sus canales excretores.

En los individuos que padecen de constipación habitual, durante los esfuerzos de la defecación, se nota en el meato una secreción del aspecto descripto.

Por estos caracteres se puede distinguir al líquido prostático de la secreción abundante de las glándulas uretrales, y, sin embargo, ¡ qué frecuente es el confundirlos ! y creer en estados patológicos que en realidad no existen.

Aunque la transición es demasiado brusca, creemos que lo dicho sobre anatomía y fisiología normales de la uretra es la base fundamental para el estudio anátomo-patológico de las estrecheces.

Es debido á una prolija revisación bibliográfica de los trabajos publicados acerca de las estrecheces blenorrágicas de la uretra, que puedo presentar un resumen basado en el estudio notablemente hecho por M. M. Wassermann &. Hallé.

Son las investigaciones muy completas de estos autores, las que utilizaré en gran parte al tratar de algunos puntos interesantes de la anatomía-patológica de las coartaciones inflamatorias de la uretra.

Lo que caracteriza las estrecheces es una disminución permanente del calibre del órgano, la cual se debe á la producción en el espesor de sus paredes, de un tejido fibroso que puede ser de origen inflamatorio ó traumático; (E. Hesnos et Kirmisson) ó bien, como las define Civiale diciendo que «son estados mórbidos permanentes, cuyo resultado es disminuir de una manera progresiva la flexibilidad y la dilatabilidad de las paredes uretrales, reduciendo gradualmente su diámetro hasta hacer imposible la salida de la orina y la introducción de las sondas ó de las guías filiformes».

Los caractéres esenciales de las estrecheces inflamatorias son:

La extensión y la difusión de las lesiones desde el meato hasta el cuello vesical; la destrucción que puede llegar á ser completa en una cierta longitud de la uretra, su multiplicidad y su evolución que es siempre lenta y progresiva.

Los sitios en donde más frecuentemente se observan serían, según el profesor Guyon, en primer lugar la región del bulbo, después la fosa navicular, la raíz de la verga y por fin, la región escrotal.

Las estrecheces inflamatorias no se encuentran en la uretra posterior.

Son en escalera y también se dice que su conjunto tienen la forma de embudo; queriéndose explicar con esto que la disminución del calibre uretral consecutivo á estas lesiones se hace siempre en aumento en la dirección de su profundidad, de adelante atrás.

La completa oposición que hay entre las coartaciones blenorrágicas y traumáticas, es puesta claramente de manifiesto

por Wassermann y Hallé del siguiente modo «unidad, imitación exacta y rápida evolución de la estrechez traumática».

En una estadística de Thomson se observa que las estrecheces se manifestaron en el lapso de tiempo que á continuación se indica:

10 veces, inmediatamente después ó en el curso de la uretritis.
71 id. un año después del comienzo de la enfermedad.
41 id. 3 á 4 años después.
22 id. 7 á 8 años id.
20 id. entre los ocho y los 20 años, pudiendo prolongarse hasta los 25.

164

Según esta otra estadística que pertenece al profesor Guyon, las estrecheces á contar de la primera blenorragia sobrevinieron:

Durante el primer año				4	veces
De	1 á	2 años		10	id.
Id	2 á	4	id.	20	id.
Id	4 á	6	id.	19	id.
Id	6 á	8	id.	24	id.
Id	8 á	10	id.	16	id.
Id	10 á	20	id. y más	49	id.
En un total de				142	casos

se vé que es raro encontrar individuos con estrecheces blenorrágicas en el transcurso de su primer año de enfermedad.

Por delante de una estrechez se verifica que el calibre uretral está disminuido; mientras que por detrás de ella, la uretra está inflamada crónicamente y dilatada.

No será de extrañar que en estas condiciones estos puntos sean verdaderos estanques para las secreciones y para los microbios patógenos que juegan el papel principal en las infecciones de las vías urinarias superiores, que también se pueden encontrar hipertrofiadas y dilatadas sin presentar lesiones inflamatorias.

En estado anatómico las paredes de la uretra se arriman una á otra, de modo que entre las dos no queda espacio alguno; siendo su corte transversal representado por una línea horizontal en la porción esponjosa y vertical, en la región bulbar, refugio de la blenorragia (Jamin) y de las estrecheces consecutivas á la uretritis crónica de origen inflamatorio. Es precisamente reconociendo esta frecuencia etiológica que á las estrecheces de la uretra se las llama metafóricamente blenorrágicas.

La longitud de una de estas estrecheces, cuya forma es muy irregular, puede calcularse en milímetros, pero fusionándose las más próximas entre sí, llegan á tener una extensión de 2 1/2 y 3 cents. con orificios particulares que es raro encontrarlos, correspondiendo al centro del órgano. En el gran número de los casos el orificio de una estrechez se encuentra más cerca de la pared superior que de la inferior. Se puede decir que es caprichosa la situación de la abertura de una estrechez en su relación con las paredes de la uretra, siendo el grado alcanzado por ellas muy variable.

Es difícil una observación detallada de las estrecheces en todos sus puntos intermedios, entre la estrechez perfectamente averiguada y las lesiones puras de uretritis crónica. Esto, sólo por una causa excepcional podría conseguirse. —Inconvenientes de esta naturaleza son salvados en parte por el exámen anátomo-patológico de los cortes en serie de la uretra al nivel de puntos muy poco lesionados y aquellos que presentan el máximum de alteraciones.

Hemos hecho referencia que en los casos de estrecheces blenorrágicas las modificaciones se extendían á una gran parte del recorrido uretral; que aumentaban de adelante atrás con el máximum de lesiones, correspondiendo al

bulbo y que al mismo tiempo el calibre se encontraba muy disminuído á este nivel.

Si se hacen cortes transversales y perpendiculares al nivel de los puntos estrechos de la uretra, se constata un verdadero conducto que corresponde á la abertura de la estrechez uretral y que presenta formas redondeada, ovalada, elíptica, triangular, cuadrilátera, etc., etc.—En resumen, se trata de un orificio anormal con dimensiones variables, en el que es algunas veces imposible reconocer su abertura.

En una uretra patológica se observa que los tejidos peri-uretrales están apretados, indurados, más ó menos inextensibles y casi fijos, afectando una forma poco modificable.

En los casos de inflamación crónica de la uretra, las modificaciones epiteliales son constantes y se las observan igualmente aún en aquellos puntos que podrían considerarse menos alterados. A esta frecuencia se puede agregar la transformación del epitelio cilíndrico normal, que se compone de muchas capas en un epitelio pavimentoso estratificado de neoformación.

Habría en la uretra dos porciones cubiertas normalmente por epitelio pavimentoso estratificado; el primer centímetro que hace continuación á su orificio anterior (Adrien Charpy) y la porción prostática (E. Klein).

El epitelio anormal está constituido de la siguiente manera: una profunda y única capa ligeramente sinuosa por los rudimentos papilares en que reposa, formada de células cúbicas ó cilindróides, cuyo mayor diámetro es perpendicular al dérmis; una capa media que se compone de muchas hileras de células poligonales ó exagonales, y una capa superficial que se continúa con la precedente, compuesta de muchas capas de células que van aplanándose á medida que se ha-

cen más superficiales, siendo su gran diámetro paralelo al dérmis.

Las células que unidas forman la capa media, ofrecen en general un espesor variable; hay casos en que se pueden contar hasta 15, ó 20 hileras de células, mientras que en otros es sumamente difícil el poderlas reconocer y quizá se podría decir que ellas no existen.

Son células de aspecto normal y esto no elimina de que algunas veces se pueda reconocer en medio de ellas una serie de capas que están degeneradas y con propiedades colorantes no perfectas. Se trata, pues, de elementos keratinizados.

La capa superficial más ó menos desenvuelta adquiere igualmente un espesor variable. Estas células pueden tomar un aspecto córneo é imposibilitar la limitación celular y nucleares.

El ácido pícrico las tiñe de un color amarillo intenso. No es extraño tampoco de que esta capa pueda presentarse con sus células nucleadas y perfectamente separables unas de otras.

¿Puede existir alguna relación entre las lesiones epiteliales y las alteraciones de los tejidos peri-uretrales?

Finger así lo piensa, cuando refiere que á los puntos de la peri-uretra más esclerosados corresponde una capa de epitelio córneo.

Sobre un mismo corte transversal de la uretra, el epitelio anormal puede presentar muchas variantes y observásele más allá de los puntos atacados por las estrecheces y por la uretritis crónica.

En la uretra posterior ó retro-pubiana, las coartaciones blenorrágicas no existen, pero su epitelio normal se transforma en epitelio pavimentoso estratificado; igual cosa sucede para la región prostática (Wassermann y Hallé) y membranosa. En estas regiones según los autores citados no hay capa córnea.

El cuerpo esponjoso puede presentar su estructura nor-

mal en las partes menos atacadas de la uretra; pero si se consideran sus puntos más lesionados, se les encontrará de una coloración blanquizca y examinando su consistencia que en este caso está endurecida, causa la impresión de un tejido atrófico y escleroso. Comparado con el cuerpo esponjoso de una uretra normal, se vé que su volúmen está disminuido.

Al tejido que en la uretra forma la envoltura esponjosa, le reemplaza en la generalidad de los casos un tejido patológico que es fibroso, compacto, inextensible y que está desprovisto de vasos en su periodo último. Evoluciona hácia la retracción y á la atrofia, llegando á producir la obliteración uretral (*uretritis esclerosa total*).

Lo caracteristico de esta neoformación es el desigual desenvolvimento y la destribución irregular que se hace sin orden de ninguna especie.

Estas lesiones esclerosas del cuerpo esponjoso son constantes y abarcan una extensión que pasa los límites de los puntos estrechados. Cuando hay una simple uretritis crónica, estas modificaciones son limitadas.

El tejido elástico normal de la uretra en parte destruido y disociado, alterna con porciones de tejido escleroso que rodean el punto á nivel del cual este órgano ha estrechado su calibre.

Las arterias del cuerpo esponjoso están atacadas de endo-periarteritis; estas lesiones pueden producir la obliteración del vaso.

Se argumenta para estas lesiones del cuerpo esponjoso, la posibilidad de que podrían ser consecutivas á una inflamación glandular y peri-glandular.

Por causa de esta inflamación las glándulas desapasecerian, su destrucción sería completa y su lugar ocupado por tejido fibroso.

Glándulas y lagunas pueden encontrarse dilatadas y supuradas. En estas condiciones la uretra facilita la produc-

ción de falsas vías, de abcesos periuretrales y de trayectos fistulosos.

Las fístulas urinarias del periné son frecuentes á consecuencia de supuraciones periuretrales.

El conocimiento de su punto de origen, recorrido, etc. . . . es necesario; pero lo que presenta una verdadera y real importancia es el estudio anátomo-patológico del trayecto fistuloso.

Estos se encuentran cubiertos por un epitelio pavimentoso estratificado. Al nivel de su origen en la uretra, la fístula urinaria presenta un epitelio que es idéntico al de la uretra enferma.

Por abajo su estructura epitelial es una continuación del epitelio cutáneo.

El epitelio que cubre la fístula, emite prolongaciones en el interior de sus paredes.

¿ Será debido á esta constitución que estas fistulas no presentan ninguna tendencia á curar espontáneamente ?

Si se tiene en cuenta la disposición epitelial mencionada, se podría quizá encontrar la explicación de la transformación epiteliomatosa en antiguos trayectos de fistulas urinarias.

Unas pocas palabras sobre la estructura anátomo—patológica de las estrecheces consecutivas á un traumatismo, demuestra que la transición entre el punto enfermo y los tejidos sanos es neta, que sus límites son precisos, que la cicatriz hace relieve en la cavidad uretral y que está formada por un tejido fibroso puro, en donde no se encuentran ni vestigios de haces musculares.

Esta cicatriz está cubierta de un epitelio plano que consta de muchas capas.

Adelante y detrás del sitio ocupado por la lesión traumática, el epitelio es pavimentoso estratificado; su transformación en epitelio córneo no ha sido observada.

SINTOMATOLOGÍA

CAPITULO II

(a) Estrecheces inflamatorias de la uretra

Si se recuerda que la evolución de las estrecheces inflamatorias es muy lenta, no será de extrañar que los sugetos atacados por ellas, recurran al especialista en una época en general variable después de su primera blenorragia.

Se puede establecer, aunque no de una manera absoluta, un lapso de tiempo de 2 años, por lo menos, para poder encontrar una sintomatología subjetiva más ó menos bien descripta por el enfermo.

En primer lugar se observan las perturbaciones locales del aparato urinario.

La micción es frecuente (polakiuria), algunas veces, más durante el día que por la noche, ó á la inversa. El reposo, los movimientos de distintas clases de vehículos, ejercen influencia sobre este síntoma.

La micción puede ser lenta, larga, retardada, si también son prostáticas, entrecortadas, etc.

El enfermo podrá tomar las posiciones más violentas para conseguir eliminar la orina y ser imprescindible la necesidad del esfuerzo, en las distintas fases del acto de la micción. Esta, como cantidad, puede ofrecer muchas variantes.

El chorro se modifica en su volúmen y en su forma. Su fuerza de proyección está disminuida.

Estos enfermos sienten dolores al nivel de las estrecheces y también por arriba de la sínfisis pubiana (Thompson) que corresponden á la micción; esta, puede presentarse á intervalos más ó menos regulares y ser influenciados por el reposo, movimiento, etc. etc.

El dolor se localiza al hipogastrio, periné, glande, pene; sus irradiaciones mas constantes se encuentran en la región lumbar y erural. Su aparición es independiente de cualquier maniobra exploradora,—ó ser provocado por la palpación, por un sondaje de la uretra. El tacto rectal en algunos sugetos despierta un vivo dolor.

En su comienzo las estrecheces blenorrágicas pueden anunciarse por retención de orina ó incontinencia, que es necesario no confundirla con una falsa incontinencia explicada por los enfermos de la siguiente manera: «pocos minutos después de la micción me salen algunas gotas de orina que manchan mis ropas».

Se observa igualmente una incontinencia por regurgitamiento, en un principio diurna y después diurna y nocturna; esta sería debido á una falta de funcionamiento del esfínter uretral por dilatación del órgano detrás de la estrechez.

Estos enfermos son estériles porque el esperma se encuentra obligado á refluir en la vejiga. Se puede decir que la aptitud á la fecundación es dudosa en ellos. « La dilatación de las estrecheces uretrales hace desaparecer esta causa de esterilidad » (Civiale).

Con el trascurso de los años el calibre de las estrecheces sigue disminuyendo progresivamente, y los enfermos llegan á orinar gota á gota; hacen esfuerzos inusitados y como consecuencia de estos, aparecen hernias, prolapsos del recto, epitáxis, hemoptisis, hemorragias cerebrales, etc.

Muchos sujetos con independencia de su enfermedad adolecen habitualmente y con cierta intermitencia, de indiges-

tiones; otros sienten palpitaciones, cefalalgías tenaces, etc.

Todo esto desaparece después de la dilatación de las estrecheces.

La sintomatología de las estrecheces á pequeño calibre se diferencia de aquella que se observa en las estrecheces anchas ó á gran calibre.

Es refiriéndose á estas que dice (J. Albarran) lo siguiente:

« No puedo dar una definición precisa de las estrecheces anchas de la uretra, es un término clínico en el cual no es posible establecer línea de demarcación; entre las estrecheces á que me refiero y aquellas que más frecuentemente se observan, me bastará decir que se trata de coartaciones uretrales muy poco marcadas, que no determinan las perturbaciones de la micción, comunes en las estrecheces ordinarias. Son poco perceptibles con un explorador á bola Nos. 15 ó 16 y pueden pasar desapercibidas cuando se practica un exámen superficial. Estas estrecheces forman un período en la evolución de las estrecheces ordinarias; pero también hay un cierto número de casos en que ellas no tienen tendencia á transformarse en estrecheces estrechas. »

Esta clase de coartaciones se acompaña de gota militar que tambien se observan en las estrecheces á pequeño calibre; filamentos en las orinas, uretrorrea constituida por un líquido claro, filante que es producto de las glándulas uretrales hipertrofiadas.

Estos pequeños síntomas son objeto de constante preocupación para los enfermos. Algunos se vuelven neurasténicos.

(b) Estrecheces traumáticas de la uretra

Se llama ruptura de la uretra á la solución de continuidad observada en este órgano; que puede ser completa ó

incompleta, con ó sin heridas ó lesiones de las partes superficiales que la rodean.

Los puntos en que más frecuentemente se rompe la uretra, son la región bulbar y membranosa.

En el caso de ruptura localizada en la región bulbar, es una caída á horcajadas lo que la ocasiona; y cuando ella ocupa la región membranosa, en general se trata de una fractura de la pelvis.

La primera forma se encuentra en los marinos. El mecanismo por el cual se produce es fácil de comprenderlo; un sujeto que cae de una altura más ó menos elevada,—y que en el momento de su traumatismo estaba con las piernas separadas, se golpea sobre un cuerpo que por su forma se adapta al periné, produciendo un traumatismo uretral y algunas veces *perineal*, de gravedad variable.

Idéntico sería el resultado para un sujeto que cayera de un andamio, siempre que se encontraran reunidas las condiciones mencionadas en el párrafo que antecede.

Que se trate de una caída, ó que se trate de un traumatismo directamente llevado sobre la región períneo-bulbar, el mecanismo es siempre el mismo; con esta única diferencia en relación con la gravedad y que corresponde al poder de penetración del cuerpo, con el cual se produce el traumatismo.

Entre una ruptura simplemente intersticial y una ruptura completa de la uretra con separación de sus dos cabos, se pueden observar diversas transiciones, que para algunos autores cuando tratan este punto, son suficientes para establecer grados.

Así habría una ruptura completa en el caso de que los dos cabos de la uretra presentasen el aspecto de las arterias seccionadas. Estos extremos no tardarían en contraer adherencias con las partes vecinas, formando una especie de bolsillo que es á la vez abierto y cerrado; abierto, por-

que comunica con la uretra y cerrado, porque la piel y aponeurosis superficial no están lesionadas, (Lavaux).

No deseamos de ninguna manera pasar en revista minuciosa los síntomas observados en un traumatismo uretral.

Nuestro único objeto es resumir en este capítulo lo más interesante y lo más práctico, lo que frecuentemente se observa en la generalidad de los casos; es decir, una uretra que no ha sido seccionada completamente, pues una pequeña porción de su pared sea ella cual fuere, es respetada por el traumatismo.

En primer lugar se nota dolor al nivel del punto traumatizado, de intensidad variable y que se irradia á las partes vecinas. Este dolor disminuye su intensidad después del accidente, pero es raro constatar su desaparición Êl puede exacerbarse en el momento de las micciones, dado el caso de que ellas pudieran efectuarse, ó bien puede ser completamente independiente de este acto y aparecer sólo cuando el enfermo hace algún esfuerzo.

Un segundo gran síntoma que presenta muchas particularidades, es la uretrorrogía ó flujo de sangre por el meato. Este está en relación con el sitio de traumatismo, su extensión y la clase de vasos lesionados. Puede la sangre algunas veces según los casos, no llegar al meato y refluír á la vejiga.

Hay autores que han observado este síntoma, varios días después del traumatismo.

En otros enfermos la simple introducción de un instrumento (sonda flexible) le ha provocado.

Entre las perturbaciones de la micción se anotan la retención de orina completa ó incompleta, pudiendo hacer su aparición desde el momento mismo del accidente, ó bien después de pasar un cierto tiempo de ocurrido él.

La incontinencia de orina ha sido observada por Maheot, y el caso publicado en su tesis. Esta observación es considerada por Quénu et Picqué como única en la ciencia.

El calibre del chorro, lo mismo que su fuerza de proyección, pueden encontrarse disminuidos.

Cuando hay desgarradura perineo-bulbar es frecuente la formación de tumor, al cual se llama hematocele sanguíneo y que es indispensable no confundirle con una tumefacción que presenta cierta similitud y que es debida á una infiltración de orina.

Pero si el traumatismo no es muy intenso, este tumor perineal puede faltar, y encontrarse solamente equímosis de la piel del periné y de las bolsas, constituyendo el hematoceles parietal del escroto que llega á propagarse hasta la piel de la verga.—Estas equímosis aparecen dos ó tres dias después del traumatismo.

El tumor sanguíneo es depresible, y, cuando se hace presión sobre él, fluye sangre al nivel del meato.

A estos síntomas podrían agregarse, la marcada tumefacción de la región hipogástrica cuando el enfermo no orina; la constipación que es frecuente, el tenesmo vesical y rectal, y la infiltración de orina en las partes blandas del periné.

La gravedad de las lesiones traumáticas de la uretra estribaría, según Voillemier, en la infiltración de orina.

Pero quizá fuera más exacto pensar que esta gravedad sería sobre todo consecutiva á la estrechez cicatricial resultante del traumatismo uretral, cicatriz que recibia fácilmente.

La gran dificultad que se encuentra para franquear esta clase de estrecheces, no sería debida únicamente á la cicatriz uretral; habría también que tener en cuenta la masa dura y fibrosa que rodea la uretra, resultado de la inflamación de los tejidos contusionados.

Se forma por consiguiente un verdadero tumor que circunda la uretra de afuera adentro (Lavaux).

Otra clase de dificultad para el cateterismo de estas estrecheces, y que se presta á confusiones, es la asociación en algunos casos, en que se constata la desviación de la

uretra con la verdadera estrec hez que puede aún no haberse formado.

Se trata, por consiguiente, dice J. Thouvenin en su tesis, de dos cosas muy distintas que en general se confunden en las estrecheces traumáticas; la verdadera estrechez y la desviación de la uretra. La uretra puede estar totalmente rota ó puede haber simplemente contusión de la pared. En el primer caso hay fractura, si es que puede emplearse este término para explicar la separación de los dos fragmentos que cabalgan y cuyos dos orificios no se corresponden.

Hay estreche z infranqueable antes de que haya formación de tejido cica tricial; no es raro que la retracción operada por los dos cabos llegue á 3 y 4 centímetros.

La orina se infiltra en los tejidos y por su presencia es u n nuevo elemento de inflamación; las partes de la uretra se encuentran en las condiciones de una herida irritada, sus bordes se unen artificialmente, contraen adherencias, y la uretra primitiva concluye por transformarse en un cordón fibroso. En estas condiciones no es posible franquear semejante estrechez, la sonda será siempre detenida al nivel del obstáculo.

No es una rareza encontrar ulteriormente en esta clase de afecciones, la presencia de fístulas urinarias.

Para hacer el diagnóstico de estas estrecheces, muchos autores proscriben de la manera más terminante el catetesismo explorador.

CAPÍTULO III

Exploración de la uretra

En los enfermos de la uretra que tienen estrecheces blenorrágicas, un buen interrogatorio puede evitar una larga exploración instrumental, pero él solo no es capaz de suministrar los datos suficientes para el diagnóstico.

Es por esta razón que el uso del explorador á bola está justificado. Se puede decir que este instrumento es indispensable, pues para una mano educada y que tiene la costumbre de percibir con el explorador, le desempeña las funciones del *dedo alargado* (*prolongado*) Guyon.

El método que deberá seguirse para explorar una uretra que se supone enferma de estrecheces inflamatorias, es el siguiente:

Los labios del meato serán separados y refregados con un algodón en forma de tapón, empapado en solución de bicloruro de mercurio al 1 °/₀₀.

En seguida un buen lavaje de la uretra anterior con solución boricada, lavaje que se hace con una jeringa vesical. (Un excelente modelo es la jeringa vesical de Albarran).

Una uretra en estado fisiológico permite la fácil introducción (si el meato es suficiente) de un explorador á bola de los N^{os} 21 ó 22, hasta la vejiga, percibiéndose siempre una débil resistencia al franquear el esfínter uretral.

Pero cuando hay estrecheces blenorrágicas, la bola terminal del instrumento es apretada al nivel de la estrechez, que es la parte salediza; esto indica desproporción en el tránsito uretral, y esta sensación aparece y desaparese de una manera *brusca*, siendo más neta al retirar el explorador hácia el exterior.

Es característica la sensación descripta en el párrafo precedente y mientras ella no sea constatada, es imposible afirmar la existencia de una estrechez. Se tendrá derecho á pensar en una estrechez sólo después de haberla franqueado.

Con la ayuda del explorador y de la palpación de la uretra se reconoce la región ocupada por la estrechez y el estado exterior en que se encuentra el órgano. Generalmente está con induraciones en algunos puntos de su trayecto: induraciones perfectamente palpables por el lado de la piel del pene.

Los núcleos á que nos referimos, en algunos casos rodean circularmente la uretra y presentan una consistencia que varía. Este exámen puede ser doloroso ó no para el enfermo.

El número de las estrecheces, el grado por ellas alcanzado se determina igualmente con el explorador á bola y la palpación.

El sitio de las estrecheces, como lo hemos dicho en el capítulo que trata de la anatomía-patológica, enseña que ellas se encuentran en las regiones navicular, peniana, escrotal y perineo-bulbar; que su calibre disminuye á medida que se hacen más profundas, de modo que si con un explorador llegamos hasta la mitad de la región peniana, para que él siga avanzando, es necesario emplear otros de número más bajo y así sucesivamente hasta la región bulbar donde se encuentran las estrecheces inflamatorias de más pequeño calibre Ademas, habrá que recordar que ellas no se encuentran nunca en la uretra posterior.

Cuando se trata de localizar las estrecheces es más práctico hacerlo por regiones y no por centimetros (Guyon). Pe-

ro no hay inconveniente en el uso del centímetro, asociado á la regiou de la uretra que se explora.

Un ejemplo hará más clara la comprensión de lo que queremos explicar.

Así podría decirse, una primera estrechez *peniana* que deja pasar un explorador x y que está situada á 4 *centímetros* del meato.

Una segunda estrechez *peniana* que deja pasar un explorador de un número mas bajo y que se encuentra á 6 centímetros del meato.

Para las otras *regiones* se puede seguir el mismo método.

La longitud de una coartación es útil establecerla y para eso se recurre á la siguiente maniobra; cuando la estrechez puede ser franqueada: se tiene la verga perpendicularmente y en extensión: al llegar á la estrechez se detiene el explorador, se la franquea, y los dedos pulgar é índice derechos toman su parte cilíndrica al nivel del meato; se le hace recorrer la estrechez en toda su extensión, dirigiéndose hácia el exterior; lo que es fácil verificar por la libertad relativa de la bola del explorador. Consegido esto se mide la distancia que hay desde el punto en que se había tomado este hasta el meato.

La ejecución de esta maniobra requiere menos tiempo que el empleado para su descripción.

La exploración de la uretra se presta á cometer muchos errores de diagnóstico. Uno de los más frecuentemente observados se le encuentra en los casos de estrechez espasmódica de la uretra. En estas condiciones el error es evitable, si se piensa en los conmemorativos del sujeto que se examina, en su pasado urinario que no presenta casi perturbaciones. Además el resultado negativo de la exploración de la uretra en su región peniana.

Un caso más complexo sería aquel en el cual se encontraran á la vez estrecheces inflamatorias de la uretra anterior y el espasmo del esfínter uretral. Esto se observa

á menudo (Lavaux) y piensa el mismo autor que muchos errores de esta naturaleza podrían evitarse, empleando la anestesia local de la uretra con una solución de clorhidrato de cocaina.

Otro ejemplo cuyo conocimiento prevendrá errores es el siguiente: se supone un sugeto con estrecheces blenorrágicas perfectamente tolerables y que es contagiado por una nueva blenorragia, que determina una estrechez inflamatoria aguda (Lavaux).—En estas condiciones está contraindicada la exploración de la uretra.

El diagnóstico del grado de dilatabilidad de las estrecheces puede hacerse, pero sólo en el trascurso del tratamiento.

Como apéndice y para terminar con lo que se refiere á la exploración de la uretra hecha con toda minuciosidad y cuidado, nos permitiremos algunas pocas palabras acerca de las perforaciones disecantes ó falsas vías de las distintas capas de la uretra, que son producidas por un cateterismo mal hecho.

Estas falsas vías tienen su punto de elección al nivel del fondo de saco del bulbo, y su orígen comienza por delante de las estrecheces.

Se las divide en completas é incompletas. Son completas cuando la perforación disecante que interesa las capas de la uretra en una de sus paredes, llega hasta la vejiga; y serían incompletas, si terminaran en fondo de saco y no alcanzaran el reserverio vesical.

Al estudiar los síntomas observados en el momento de producirse una falsa via, se vé que son subjetivos y objetivos.

El enfermo experimenta una sensación de ruptura, de desgarradura, manifestando claramente al ser interrogado— de que algo se le ha roto en la uretra. A esta sensación que es muy desagradable se agrega el síntoma dolor, dolor que arranca un grito al paciente.

La uretrorragia casi nunca falta cuando se produce una falsa vía.

Si el que hace una perforación disecante de la uretra, pone un poco de atención, fijándose en las percepciones suministradas por la sonda, llega á esta conclusión: de que la mano armada ha vencido una resistencia, y que al retirar el instrumento, este no se encuentra apretado como es de práctica verificarlo en los casos de estrechez comprobada.

Producida la falsa vía, no es una rareza la retención de orina consecutiva á esta lesión.

Orina y secreción uretral — (b) Exámen microscópico y bacteriológico

A nadie escapará la importancia de este estudio, por el resultado exacto y completo que es suceptible de suministrar en casos dudosos, casos que requieren el conocimiento de la existencia de una lesión, de su naturaleza y del sitio ocupado por ella.

Procediendo metódicamente se empezará por hacer la centrifugación de la orina y una pequeña porción de este depósito es llevada al microscopio, para su exámen que se hace á débil aumento, sin necesidad de emplear cubre-objeto ni reactivos de ninguna especie.

Habiendo adquirido una idea de conjunto, se procede recién á la adición de reactivos colorantes y al empleo de un mayor aumento.

El sedimento condensado por la centrifugación, suponiéndolo de una orina normal, está formado por células epiteliales planas de las capas superficiales (estas son las más numerosas), excepcionalmente se encuentran glóbulos sanguíneos rojos; hay muy pocos leucositos. Algunas sales de

las cuales, unas amorfas y otras cristalinas. Se trata pues de uratos, de oxalato de cal. «Todos estos elementos están reunidos y aglomerados por filamentos de mucus muy tenues» (Guyon).

Debemos recordar, según lo hemos manifestado en el capítulo Anatomía-Patológica, la opinión que tienen los autores sobre la constitución del epitelio de las vías urinarias de excreción.

A excepción del trayecto balánico de la uretra, que tiene un epitelio pavimentoso estratificado; para el profesor Guyon el epitelio de estas vías, uretra, vejiga, uréteres y pélvis renales, serían análogos y del mismo tipo, habiendo sólo variaciones locales.

A propósito de esto, en muchos casos será posible decir, si una célula que se encuentra en el campo del microscopio pertenece á la capa snperficial ó á la capa media; pero será sumamente difícil, casi imposible, el poder asegurar si esa mísma célula proviene de la pélvis renal, del uréter, etc., etc.

Teniendo presente la constitución del sedimento epitelial normal de la orina, se facilita en parte la distinción con los estados patológicos (cuando se estudia este mismo epitelio), cuya única diferencia se refiere más bien á la cantidad que á la calidad en que se encuentran estos elementos.

Además podrían encontrarse cilindros urinarios ó renales, si al mismo tiempo existiese albuminuria. Pero esto se sale del marco que nos hemos trazado para nuestro estudio y no le daremos mayor importancia.

Para hacer el análisis histo-bacteriológico de las secreciones patológicas de la uretra, se necesita tomar precauciones para recojerlas asépticamente.

En el hombre sano, es decir, en aquel cuya uretra no ha estado enferma, la secreción de la mucosa uretral acu-

mulada durante la noche es expulsada por el primer chorro de orina de la micción de la mañana, bajo la forma de un filamento mucoso llamado normal (Guyon).

Este filamento es una mucosidad transparente, que tiene la forma de un hilo onduloso, ligeramente alargado conteniendo algunas burbujas de aire. Flota en la orina del primer chorro, no se disocia y cae muy lentamente al fondo del vaso.

El filamento mucoso es una sustancia amorfa transparente, homogénea, filante, difícil de disociar, que se deseca con lentitud. Se le encuentran algunos elementos celulares sin importancia y se verifica que su afinidad por las sustancias colorantes es muy débil.

En circunstancias especiales esta secreción puede aumentar considerablemente en cantidad, sin contener más elementos que los descriptos y sin dejar de ser normal.

Una particularidad, propia al filamento normal es la ausencia completa de micro organismos. Estos se encuentran solamente en la secreción recojida al nivel del meato, entre las grandes células epiteliales planas de esta región.

De aquí la indicación de no hacer nunca la exploración ó el sondaje de la uretra, sino después de haber refregado los labios del meato, con un algodón empapado en una solución de bicloruro de mercurio al 1 °/oo.

Secreciones patológicas

Las secreciones patológicas de la mucosa uretral son generalmente consecutivas á una infección específica (gonocócica pura) en su gran mayoría; pero también hay casos, y estos no son raros, en los cuales los gonococos se encuentran asociados á otro microbios, constituyendo entonces una uretritis mixta, que demora siempre algún tiempo para establecerse.

Al referirse el profesor Guyon á estas especies microbianas asociadas al gonococo, dice que son mal caracterizadas; que su frecuencia y su importancia patológica han sido insuficientemente estudiadas: bacterios ó micrococos, son probablemente los saprófitos normales de la uretra, pululando y haciéndose patógenos en las nuevas condiciones de medio creados por la uretritis gonocócica. «Pero si se trata de uretritis agudas, á gonococos solamente, y que no han sido tratados con anterioridad, se vé al nivel del meato una gota purulenta, espesa y homogénea, de color blanco, verde ó amarillo.

El exámen microscópico de este flujo, previa coloración demuestra estar formado por leucocitos polinueleados, por algunas células epiteliales de la uretra, y además el agente específico de la inflamación uretral, el *gonococo*.

En la uretritis crónica esta secreción puede ser abundante ó ser susceptible solamente bajo la forma de filamentos que se encuentran en las orinas.

Es bueno recordar que gota y filamentos tienen exactamente la misma composición (Guyon).

Los filamentos son una secreción condensada en la uretra, en el intervalo de las micciones, y pueden ser purulentos, mucupurulentos y mucosos.

A los primeros se les encuentra en número crecido; son cortos, friables y caen fácilmente al fondo de la vasija que contiene la orina.

Cuando es mucu-purulento, el filamento es frecuentemente único, de color blanco grisáceo, es largo y flota en la orina durante mucho tiempo.

Tiene una de sus extremidades con un abultamiento en forma de cabeza (Guyon), y posee la facultad de estirarse cuando es tomado por un cabo. Y además los filamentos llamados mucosos que por su aspecto, forma y consistencia son análogos á los descriptos anteriormente, con la sola modificación que se refiere á su transparencia.

La constitución histo-bacteriológica de los filamentos, es la siguiente:

Leucocitos perfectamente reconocibles por medio de los reactivos colorantes; células epiteliales de forma variable con un núcleo voluminoso, estas células tienen algunas veces una corta prolongación.

El picro-carmin colora su cuerpo celular de rosa que tira al amarillo y á su gran núcleo de rojo.

Junto con estas células que ofrecen un aspecto normal, se distinguen otras con aptitudes colorantes especiales que demuestran lesiones epiteliales de uretritis crónica perfectamente caracterizadas.

Son células del revestimiento epitelial de la uretra, que demuestran la existencia de una descamación epitelial patológica, si se la juzga, en relación con los elementos epiteliales normales que se encuentran después de una centrifugación.

Bastaría, para algunos autores,—poder constatar la existencia de células aplanadas, que pudieran llegar á formar una capa más ó menos espesa y que su conjunto celular, sin vestigios de núcleos, fuera de difícil limitación para los elementos que las componen, con la propiedad de que el ácido pícrico las colorase de amarillo claro. Por el picro-carmin, su núcleo que es muy pequeño y que algunas veces llega á ser poco visible, se colora ligeramente en rosado.—Para poder afirmar, sin prévia exploración instrumental de la uretra, el diagnóstico de las estrecheces blenorrágicas. Diagnóstico, como se vé, de fácil comprobación, sobre todo, si se encuentran al mismo tiempo que las células descriptas y que son keratenizadas, grandes células nucleadas, perfectamente separables las unas de las otras.

Hay, por decirlo así, transformación del epitelio normal de la uretra en epitelio pavimentoso estratificado, que es córneo en los puntos que están más enfermos. (Guyon.)

(Véase el capítulo de anatomía-patológica en donde este punto está más extensamente tratado.)

En los casos en que esto llegara á encontrarse, aunque no se constatase la presencia de células keratinizadas (cornificadas) prueba manifiesta de lesiones de estrecheces blenorrágicas antiguas, seria suficiente para poder diagnosticar principalmente aquellas estrecheces anchas de la uretra que pasan desapercibidas cuando se las explora; pero que con el análisis histológico, una vez verificada la presencia de grandes células pavimentosas, en número crecido, provistas de núcleo, de formas redondeadas ó poligonales, no dejarían lugar á duda acerca de las lesiones inflamatorias crónicas de la uretra, que evolucionan siempre hacia la coartación.

En general, esta sería la constitución histológica de los filamentos.

Habría pequeñas modificaciones, como ser la ausencia completa de mucus en los purulentos, y la gran dificultad para constatar la presencia de los gonococos en los casos de uretritis crónica, si no se recurriese á ciertos subterfugios, «como el de emplear la reacción diagnóstica al sublimado ó al nitrato de plata». (Guyon).

Algunos especialistas recomiendan, persiguiendo este mismo objeto, la reacción diagnóstica mencionada, más el uso en gran cantidad de cerveza, el día anterior al que se recojiere el flujo uretral.

CAPÍTULO IV

Indicaciones de la uretrotomía externa

Con el objeto de orientarnos en la difícil tarea de las indicaciones de la uretrotomia externa, hemos revisado prolijamente las historias clínicas de los distintos servicios de esta capital, que se dedican á la especialidad del aparato genito-urinario; y también con algún detenimiento las opiniones y conclusiones á que han llegado autores extranjeros, sobre las cuales creemos necesario llamar la atención, por ser de un valor considerable, pues facilitan el estudio del punto que como tema de tesis nos propusimos al empezar este trabajo.

Es esta una operación que puede considerarse, según los casos, como una operación de urgencia ó bien su indicación ser susceptible de discusión. Como muchas otras, es teniendo en cuenta sus resultados ulteriores que se justiprecian sus buenos efectos, en relación con la época en que fué ejecutada, si se recuerda que se trata en general de uretras imposibles de franquear con las más finas bujías.

Respecto á la permeabilidad de la uretra, los autores piensan de distinto modo cuando emplean este término.

Hay una estrechez infranqueable para la más fina guía, pero, que sin embargo permite la excreción de la orina; otras que al mismo tiempo son infranqueables para la más fina guía y también para la orina. Esta clase, como es fácil comprenderlo, origina accidentes graves de retención, de infiltración de orina, fístulas, etc., etc.

Mirada así la cuestión veamos lo que dice Guitéras R. al hablar del tratamiento de las estrecheces de la uretra: "que las estrecheces resistentes estrechas de la uretra profunda deben ser tratadas por la uretrotomía externa perineal". El mismo, al referirse á las "tan nombradas estrecheces infranqueables, dice que deben ser abiertas previamente sobre un conductor después de haber hecho la sección perineal". Y agrega que "esta operación está destinada á las estrecheces de la región bulbo-membranosa, y su indicación habitual sería suministrada por la existencia en la uretra profunda de una estrechez estrecha, que no cede á la dilatación".

White ha enumerado las siguientes condiciones:

I Estrecheces fibrosas, *que no se pueden dilatar.*

II Estrecheces que vuelven á su *calibre primitivo* inmediatamente después de la dilatación.

III Estrecheces duras acompañadas de induración perineal.

IV Estrecheces complicadas de fístulas, en donde la dilatación *no da resultado.*

V Estrecheces traumáticas, habitualmente espesas.

VI Estrecheces con infiltración de orina, complicadas de abcesos perineales; estrecheces con cistitis, con retención de orina concomitante.

Otto Lukerkand dice que la estrechez más impermeable puede ser franqueada por el cateterismo retrógrado, previa talla hipogástrica; ó bien, poniendo al descubierto la porción de uretra membranosa situada por detrás de la estrechez, con introducción de una sonda en la herida.

Este autor emplea igualmente el cateterismo retrógrado por vía hipogástrica y, en algunos casos, se conforma con poner al descubierto la porción de uretra membranosa situada detrás de la estrechez é introducción de una sonda.

Este segundo método, dice el mismo autor, no puede aplicarse nada más que á los casos en donde la estrechez ocu-

pa la porción bulbosa y el límite entre esta y la uretra membranosa.

Como las estrecheces blenorrágicas no pasan nunca este límite, no hay que eliminar nada más que las estrecheces traumáticas de la región membranosa ó prostática.

La ventaja de este método consistiría en la ausencia de la herida vesical, de donde la simplicidad del tratamiento consecutivo. A este procedimiento le objeta *Esgenbród*, diciendo que es un procedimiento peligroso é incierto, de que con él se corre el riesgo de abrir el cuerpo esponjoso, á lo que contesta *Zukerkand* que su método operatorio es de ejecución más difícil que la talla hipogástrica, que exige de parte del operador un conocimiento exacto de la región, y en resumen que las objeciones de *Esgenbród* son puramente teóricas.

Esta operación difiere de la de *Guthrié* por la extensión más grande del campo operativo (ojal en la de *Guthrié)*.

Gabot al hablar de rupturas de la uretra (5 casos, uno de ellos de ruptura transversal completa) insiste en la necesidad de hacer la uretrotomía externa con sutura inmediatamente después del accidente, evitando así no solamente la estrechez, sino también la infiltración de orina.

Procediendo como aconseja este autor, habría más facilidad para encontrar el cabo posterior de la uretra. Sus enfermos han sido vistos 3 y 5 años después de la operación. En dos de ellos, una bujía número alto pasaba fácilmente; en otro, la estrechez aparecía, era poco apretada, y fué dilatada por el cateterismo.

Lennander, al hablar de la conducta á tener en los casos de ruptura de la uretra, dice que debe ser la siguiente:

I—Si hay poca hemorragia, poca tumefacción del periné y poco dolor á la micción, *el reposo basta*.

II—Si dificultad ó imposibilidad de la micción, *sonda Nelaton*.

III- Cuando el cateterismo no ha dado resultado, los síntomas son graves: *operación inmediata.*

Patset piensa que la uretrotomía externa es necesaria:

I—Cuando la estrechez produce una retención, y que el cateter no pueda ser introducido.

II—Cuando la estrechez es tan marcada que la micción es penosa y la estrechez no puede ser combatida.

Este mismo autor dice que hay estrecheces callosas, en las cuales la dilatabilidad está completamente perdida; á estas se las reconocería, porqué no pueden ser franqueadas nada más que por bujías de un cierto calibre. Las bujías más voluminosas pasan con gran dificultad, dolor y hemorragia, y al sacarlas, se tiene una sensación de enclavamiento.

Leroy es muy absoluto, pues él no ha recurrido nunca á la uretrotomía interna; él hace solamente la uretrotomía externa ó la dilatación;—y refiere un caso de estrechez infranqueable con falso absceso urinoso (por espasmo muscular), caso que fué tratado con éxito por la uretrotomía externa.

Sonnemburg se ha encontrado en presencia de casos complicados de fístulas, de callosidades; casos en los cuales no ha podido después de la uretrotomía externa *atravezar* la estrechez.

En estas condiciones ha hecho el cateterismo posterior con muy buen resultado. El autor hace la talla hipogástrica con incisión transversal é introduce una sonda inglesa; cuando encuentra el cabo posterior de la uretra, secciona la estrechez.

La herida de la vejiga es suturada con catgut. Más tarde hace la uretrotomía externa con formación de un nuevo trayecto uretral.

Rose señala el cateterismo retrógrado como inútil y pretende que basta buscar detrás de la estrechez la parte siempre dilatada de la uretra, para de ahí franquear el obstáculo.

Bardeleben asegura que en más de 150 uretrotomías externas, él no ha tenido necesidad de recurrir al cateterismo

retrógrado; pues, con un poco de paciencia se llega á encontrar el cabo posterior. Sin embargo, este mismo autor no es adversario del caleterismo retrógrado.

Schumpert, después de haber operado 39 emfermos: 35 de uretrotomía interna y 4 de uretrotomía externa, se pronuncia por la uretrotomía externa en todas las estrecheces de la porción peniana.

Michael G. E. señala los buenos resultados que se obtienen con la uretrotomía interna y externa combinadas en los casos en que no se ha obtenido resultado con sólo la uretrotomía interna.

J. Martígn del Campo índica que la uretrotomía interna y externa combinadas con drenaje vesico-uretral darían buenos resultados en el tratamiento de las estrecheces múltiples; mientras que si se tomaran aisladamente cada uno de estos métodos, los resultados no serían tan alentadores.

Balton Bangos insiste sobre la necesidad de la uretrotomía externa en el niño inmediatamente después del traumatismo de la uretra y, además, aconseja abstenerse de sondas.

Por lo que se refiere al cateterismo retrógrado, se podrá notar leyendo algunas de las observaciones que publicamos, que este ha sido hecho en casos que no fué posible encontrar el cabo posterior de la uretra después de hecha la uretrotomía externa, y que nunca se ha comenzado la operación por la talla hipogástrica, para hacer el cateterismo retrógrado antes de la uretrotomía externa ó incisión perineal.

El que no haya sido hecho esto, será probablemente debido á que el sitio de la ruptura traumática dejaba por detrás de ella una porción de uretra suficiente como para pensar que el cabo posterior sería hallado, aúnque con tra-

bajo; pues los operadores no se han encontrado en presencia de rupturas traumáticas que ocuparan la uretra membranosa.

En estas condiciones, es completamente imposible llegar al cabo posterior de la uretra en las partes superiores del periné.

Por consiguiente, el cateterismo retrógrado en las estrecheces membranosas infranqueables está indicado (Guyon) y agrega E. Ravanier (en su tésis) que está indicado d'emblée.

En dos de nuestros casos operados por el Doctor Ortiz, es sorprendente la facilidad y la prontitud para hallar el cabo posterior: en uno de ellos (obs. I) estaba señalado por un cálculo fosfático que hacia prominencia, muy fácil de combrobar una vez incidida la piel.

En otro, (obs. II) la dilatación ampular detrás de la estrechez, bastó por sí para que, quien opera con atención, diese con el cabo posterior.

Estas dos observaciones no nos autorizan á generalizar, pero si á pensar que, en los casos de verdaderas estrecheces *infranqueables*, las alteraciones anátomo-patológicas sufridas por la uretra (cálculos, dilataciones ámplias, fistulas sondables, etc.) *dan al operador metódico y observador, un verdadero punto de reparo en la ciega operación de uretrotomia externa.*

CONCLUSIONES

En resúmen la uretrotomía externa está indicada en las siguientes condiciones:

1ª como operación de urgencia.

2ª como operación que no es de urgencia.

I

A—En primer lugar, si se constata la existencia de un cuerpo extraño que obstaculice la uretra en cualquier parte de su trayecto, y en el caso de que no pudiera ser extraído por los medios ordinarios, la uretrotomía externa no se discute como operación de urgencia. Obs. V, VI, IX, XI y XVI.

B—Puede suceder que, por causas especiales, una uretra enferma de estrecheces blenorrágicas ó bien de una estrechez traumática, sea no permeable (considerada como vía de excreción) momentáneamente ó bien que lo sea, pero de una manera insuficiente, y que por detrás de este punto coartado, la orina se infiltre y forme un bolsillo urinoso, etc., etc.—En estas condiciones, esta operación puede considerarse como una operación de urgencia. Obs. XII.

C—En los casos en que haya retención completa de orina (consecutiva á coartaciones de la uretra) y también aquellos que tienen fístulas é induraciones periuretrales, estando además las estrecheces acompañadas de flegmones é inflamaciones sépticas, creemos que la uretrotomía externa

como operación de urgencia no se presta á ninguna discusión.

II

Obs. I III IV VII VIII X XIII XIV XV XVII XVIII XIX.

A—Cuando el cirujano se encuentra en presencia de una uretra clínicamente infranqueable, para las más finas bujías, después de reiteradas tentativas, es indispensable recurrir á la uretrotomía externa.

En sugetos que presentan fístulas uretro-perineo-escrotales múltiples con estrechez franqueable, ó no, pudiendo ser esta de origen blenorrágico ó traumático.

Obs. II.

B—Cuando hay una ruptura traumática reciente de la uretra, se puede considerar esta operación como el método de elección.

Puede igualmente autorizarse cuando el traumatismo data ya de algún tiempo y que ocasiona perturbaciones de la micción.

C—Las estrecheces blenorrágicas pueden estar superpuestas en un espacio reducido de 1 á 2 centímetros y estar asociadas á traumatismos por sondajes en este mismo punto, formando así un núcleo fibroso extirpable por la uretrotomía, cuyo primer tiempo es la uretrotomía externa.

D—Cuando hay estrecheces (sean estas de cualquier origen) refractarias á la dilatación simple ó permanente, á la uretrotomía interna y á las uretrotomías complementarias,—la uretrotomía externa permite ó facilita la dilatación ulterior.

E—En los casos complicados con gangrena de los tejidos y extensos desprendimientos, *siendo única la estrechez*, es necesario tratar primero estas complicaciones, y recién después pensar en la uretrotomía externa.

PIEZAS JUSTIFICATIVAS

Observación I—(personal)

PRISIÓN PENITENCIARÍA NACIONAL.

Servicio del Dr. Ortiz.

Alfredo Mitre, oriental, 39 años de edad, soltero.
Sus antecedentes hereditarios son buenos.
Antecedentes personales.—Ha tenido viruela y reumatismo articular.

Este sujeto recuerda haber tenido 4 ó 5 blenorragias, la primera á los 16 años, y las otras las ha tenido en el intervalo de tiempo que transcurre desde esa época hasta hacen 3 años en que tuvo la última; estas blenorragias, dice el enfermo, curaban en poco tiempo, sin ninguna complicación y haciendo uso de inyecciones.

Harán tres años comenzó á sentir dificultades de la micción, y un día se le hizo imposible el orinar aun gota á gota. Pasaron 26 horas sin que pudiera orinar. En estas condiciones llega á un Hospital en donde después de una exploración y de una inyección hecha con una jeringa vesical consigue efectuar la micción (próximamente litro y medio). El enfermo queda relativamente bien durante 20 ó 25 días. Poco después reaparecen las dificultades de la micción que se efectúa con gran esfuerzo y con mucho dolor; chorro del-

gado, poca proyección, algunas veces gota á gota. Su frecuencia alcanzaba hasta 10 ó 12 veces durante el día y otras tantas por la noche. Este enfermo ha permanecido en estas condiciones hasta su entrada en este servicio (7 Setiembre 1900).

Ocho ó diez días antes de esta fecha, empezó á sentir un dolor localizado en la región del periné, dolor que se irradia más tarde hasta el hipogástrio. Notó el enfermo que en el sitio del dolor perineal aparecía un tumor, que aumentaba de volúmen y al mismo tiempo el dolor se exacervaba con la micción cada vez más difícil. El dolor perineal era continuo é independiente de la micción y se exasperaba á la presión. Este tumor, que era muy duro, daba la sensación de fluctuación profunda; tenía la piel roja y se constataba elevación local de la temperatura (absceso urinoso).

Bajo la anestesia clorofórmica (8 de Setiembre 1900) se hace una incisión perineal al nivel de la línea media. En el curso de esta incisión se constata que la orina había formado un bolsillo, en el cual se encontraba acumulada á gran tensión.

7 Setiembre: temperatura de la tarde 38° 9.

8	»	operación	temp.	de	la	mañana	38° 2	tarde	38° 2
9	»	»	»	»	»		38° 1	«	38° 1
10	»	»	»	»	»		37° 8	»	38° 1
11	»	»	»	»	»		36° 7	»	37° 2
12	»	»	»	»	»		36° 8	»	37° 1

En los días siguientes no se ha constatado elevación de la temperatura.

Este enfermo orina voluntariamente y con toda facilidad por su fístula uretral hecha artificialmente el día de la operación; por el meato no sale absolutamente ni una gota de orina.

El día 22 de Setiembre se hace la exploración de la uretra Un explorador á bola N° 18 franquea el meato y una estrechez peniana; un N° 12 consigue franquear otras

estrecheces penianas y un Nº 9 es detenido al comienzo de la región escrotal. La exploración uretral es muy sensible en este sujeto; la oliva del explorador sale teñida de sangre. Unas gotas de sangre aparecen al nivel del meato.

La observación ulterior de este enfermo es interrumpida, porque es puesto en libertad.

Nuevamente llega á la Penitenciaría en el mes de Enero de 1901, es decir, cuatro meses después, manifestando sentia algunas dificultades de la micción, que esta es muy frecuente y que no sale por el meato ni una gota de orina

Es imposible franquear en todo su trayecto al cabo anterior de la uretra aún con las más finas guias, en numerosas tentativas que se hicieron.

Se le propone al enfermo la uretrotomía externa, que es aceptada por él.

Operación. 8 de Febrero de 1901. Purgante salino (sulfato de sodio) el 7; en la mañana del 8, 2 irrigaciones intestinales con agua hervida. Anestesia clorofórmica. Una sonda metálica es introducida en la uretra.

Hecha la incisión de la piel, fué fácil comprobar por medio de la palpación la existencia de un pequeño cuerpo duro, del tamaño de un garbanzo, que hace prominencia y se incide á su nivel.

Se reconoce la presencia de tejido uretral. Efectivamente era un cálculo fosfático situado en el cabo posterior de la uretra; éste cálculo como se comprende facilitó ulteriormente el éxito de la operación, la cual es hecha con toda felicidad. Sonda á extremos cortados Nº 14, lavaje vesical con solución boricada tibia. La sutura de la uretra es hecha con catgut fino. A ambos lados de la uretra se hace la extirpación de los tejidos esclerosados que comprenden también una parte del tejido cutáneo.

Con el objeto de formar un plano de refuerzo á la uretra se hacen varias incisiones longitudinales á ambos lados de ella. Los bordes de estas heridas son adaptados y satu-

rados al catgut, la piel es saturada con crin de Florencia curación aséptica.

Sonda Nº 14 á extremos cortados en permanencia (sifon) lavajes vesicales con solución boricada tibia cada 2 horas durante las primeras 24 horas y los días siguientes cuatro veces por día.

La sonda en permanencia actúa durante 15 días. Al día siguiente comienza la dilatación con las bujías cónicas olivares Nºs 15, 16 y 17 y se llega ulteriormente al Nº 22. Se continúa la dilatación con el Nº 43 Beniqué. Este enfermo ha alcanzado por medio de una dilatación metódica y progresiva hasta el Nº 56.

Actualmente está curado. Abril 1901.

Observación II—(personal)

PRISIÓN PENITENCIARIA NACIONAL

Servicio del Dr. Ortiz

Martín Garat, francés, de 32 años de edad, soltero, de profesión carrero, menciona al ser preguntado sobre sus antecedentes hereditarios que son excelentes.

Sus antecedentes personales no presentan importancia. Ha tenido 2 blenorragias; la primera á los 17 años esta curó al poco tiempo; la segunda hacen 10 años, de esta también sin haber tenido complicaciones y sin haber empleado medicamentos.

En el mes de Noviembre del año 1898 conducía una jardinera (de las que comúnmente usan los lecheros) la que en un movimiento demasiado violento arrojó fuera de ella á Martín Garat, y una de las ruedas del vehículo pasó por encima de él al nivel del perinée (h. 9.30. p. m). Nuestro enfermo se levanta; sube á su carrito y continúa en él hasta las 10 p. m., hora en que llega á su casa; procura orinar

y no le es posible, sintiendo sólo un poco de dolor al nivel del periné, y encontrando que una gota de sangre había manchado su calzoncillo.

La noche la pasó sin sentir absolutamente nada. Al despertarse por la mañana advirtió que le había salido mucha sangre (esta consiguió pasar el colchon). La uretrorragia se había detenido, apareciendo sangre al nivel del meato, cuando hacía presión en el trayecto de la uretra.

Durante el día experimentó intensos dolores y necesidad imperiosa de orinar, lo cual no consigue hasta después de las 5 p. m. (casi transcurrieron 20 horas á contar desde el momento del traumatismo). Toda esta micción, desde el principio hasta el fin, requería gran esfuerzo, el enfermo tenía que apoyarse de los objetos próximos, y consigió expulsar, sintiendo mucho dolor, una orina sanguinolenta con poca proyección, chorro delgado y á intervalos gota á gota. La cantidad, el enfermo no puede apreciarla, pero recuerda que tenía mal olor y que quedó con deseos de continuar orinando. Lograda la micción sintió gran alivio y pasó la noche sin novedad. Durante la noche tuvo una pequeña hemorragia de la que se da cuenta al despertar.

Al tercer día consigue efectuar la micción, la que presenta los mismos síntomas subjetivos y el mismo aspecto físico que la precedente, á la que se agrega, dice el enfermo, algunos coágulos de sangre. La hemorragia continúa á gotas durante el día; el enfermo no siente dolores fuera del acto de la micción y de la media hora después de conseguida. En cuanto á la frecuencia de este acto en los días siguientes, el enfermo no suministra datos.

A los 15 días después del traumatismo se detuvo la hemorragia, persistiendo solamente las dificultades de la micción que se han mencionado.

A fines de Diciembre del año 1888 se hicieron varias tentativas infructuosas de cateterismo.

Estado actual después de 2 años y 5 meses de su trau-

matismo uretral este sugeto, orina 4 ó 5 veces por día y otras tantas por la noche; necesita hacer esfuerzos durante todo el tiempo de la micción y se vé obligado á colocarse en cuclillas para conseguir eliminar su orina con un chorro de pequeño volúmen y de poca proyección con alternativas de gota á gota. *Despues de haber terminado la micción, haciendo presión al nivel de la región escrotal de la uretra sale un pequeño chorro de orina.* Durante la micción siente dolor en todo el trayecto de la uretra; este dolor se irradia al hipogastrio; á la palpación el dolor es localizado al nivel de un nódulo de consistencia dura, de pequeño volúmen que está situado en la región escrotal y que no es movible. La exploración interna ejecutada con el explorador á bola Nº 22 es posible hasta el punto en que se encuentra el nódulo que se ha descripto (región escrotal). Más profundamente no se ha conseguido franquear esta uretra ni con las más finas guias después de reiteradas tentativas, últimamente, días antes de la operación se hace una nueva tentativa que es sin resultado, la cual, por *primera vez*, produce por la tarde una elevación de tempetura 38°, 3.

Reconociéndose la imposibilidad para franquear la estrechez uretral del enfermo, se le propone la operación de la uretrotomía externa, la cual es aceptada.

Operación. Abril. 17 1901.

El 16 ha tomado un purgante salino (sulfato de sodio). El 17 por la mañana 2 irrigaciones intestinales (agua hervida).

Anestesia clorofórmica. El enfermo no ha orinado desde hace 3 horas. Se hacen nuevas tentativas de cateterismo sin resultado.

El pene es puesto verticalmeute, y se coloca en la uretra un *explorador á bola Nº 18;* las bolsas son levantadas y se hace una incisión en la línea media con el objeto de llegar hasta la oliva del explorador; se abre la uretra á este

nivel; se colocan hilos suspensores á ambos lados de la herida uretral. La primitiva incisión se prolonga hacia abajo y se encuentra la uretra distendida en forma de *saco*, notándose en éste algunas pequeñas bridas y *una abertura pequeñísima*, que á manera de *canal* era la *única* comunicación con el cabo anterior de la uretra. Las bridas son incindidas y observándose que hay suficiente *drap* uretral, se uretrectomiza longitudinalmente una pequeña porción á ambos lados de la línea media. Se coloca una sonda á extremos cortados Nº 16; lavaje vesical con solución boricada tibia. Sutura de la uretra con catgut. Sutura hecha al catgut para formar á la uretra un plano de refuerzo con los tejidos vecinos. La piel es suturada con crin de Florencia. Sonda á extremos cortados Nº 16 en permanencia (sifón).

Cada 2 horas lavado vesical con solución boricada tibia. A las 2 p. m. 0,02 de tebaico.

18—Temperatura: mañana 36°. 9; tarde 37°. 2.

Orina de las 24 horas, 1300 gramos.

19—Temperatura; mañana 36°. 8; tarde 37°. 1.

Orina de las 24 horas, 1450 gramos.

En los días siguientes no hay elevación de temperatura. La sonda permanente funciona con toda regularidad.

Abril 27.—Se cambia la sonda y se coloca una á bequille Nº 18 (en permanencia).

Mayo 2.—Se saca ésta.

Mayo 6.—Previa exploración de la uretra se comienza la dilatación con la bujía cónica olivar Nºs 20, 21 y 22.

Mayo 27.—Beniqué 51, 52, 53, 54 y 55.

Observación III — (personal)

HOSPITAL SAN ROQUE

Servicio del Doctor Castaño — Operador Dr. Ortiz

Entrada en Diciembre 30 de 1901.

Enrique Hill, de 55 años de edad, soldado, casado, sus antecedentes hereditarios son sin importancia.

Este sugeto ha tenido 7 hemorragias; la primera hace 40 años. En el año 1885 encontrándose de guarnición en la frontera, y habiendo llegado á hacérsele muy difícil la micción, el enfermo, con el objeto de facilitarla introduce en su uretra un palito adelgazado; después usa hilo de alambre y este le ocasiona una abundante uretrorragia. En el mismo año, un buen día la micción se le hizo imposible; la consecuencia no se hace esperar y aparece un absceso urinoso é infiltración de orina en el periné. Después de haberse intervenido en esta complicación, queda un trayecto fistuloso.

A Enrique Hill se le han hecho 5 uretrotomías internas, de estas sólo una fué seguida de dilatación ulterior hasta el N° 37 Beniqué.

Desde fines de Marzo de año 1900 no sale una gota de orina por el meato; el enfermo orina solamente por sus fístulas que están situadas una á cada lado del rafe (región escrotal) y otra que está situada en el periné. Se nota á la palpación gran cantidad de tejidos indurados, profundamente situados. A la inspección se constata la existencia de cicatrices en el periné y en el escroto.

Las numerosas tentativas que se hicieron con el objeto de franquear esta uretra, han resultado infructuosas.

Operación.—Anestesia Clorofórmica. Se procura y se consigue franquear la uretra en todo su recorrido con una fina guía. El pene es colocado verticalmente. Se hace una incisión que llega á la uretra, (colocación de hilos suspensores) esto se comprueba encontrando la guía. Esta incisión comenzaba en la región escrotal (casi al fin) y terminaba próximamente á 10 centímetros de su punto de partida. Se extirpan en parte con tijera y en parte con el bisturí los tejidos esclerosados, trayectos fistulosos, etc.

En seguida uretrotomía interna en todo el trayecto uretral que correspondía al cabo anterior.

Colocación de una sonda á extremos cortados N°. 17, lavaje vesical, solucion boricada. Sutura de la uretra con

catgut en todos los puntos en que esto es posible. Se consigue formar á la uretra un plano de refuerzo procediendo de la siguiente manera: incisiones medianamente profundas á ambos lados de la línea media (actuando sobre tejido muscular) los colgajos resultantes son suturados formando plano por debajo de la uretra. (La sutura se hizo á puntos separados, siguiendo el mismo procedimiento que el usado para la sutura de la piel del escroto.) Para la piel se ha empleado la crin de Florencia. Sonda en permanencia (sifón) al cabo de 7 días se tapó la sonda y no se consigue destaparla ni aún por el empleo de la aspiración. Se resuelve sacarla. Es imposible colocar otra.

A los 20 días empieza la dilatación con una bujía cónica olivar Nº 15. El enfermo ha permanecido hasta su completa curación.

Es digno de mencionarse que en todas nuestras observaciones personales hemos anotado *eczema* de la región perineal, que se ha curado en nuestros enfermos con polvos inertes esterilizados á la estufa. Probablemente esta complicación post-operatoria podrá ser evitada, si se usara para las curaciones diarias soluciones débiles de bicloruro de mercurio al uno por cuatro ó por cinco mil. Las curaciones deberán ser hechas diariamente para tener limpia la región perineal, y conseguir siempre que sea posible la reunión por primera.

Observación IV — (Resumida)

Servicio del Dr. Castaño

Operación—El 22 de Noviembre 1892, acompañado de los Dres. Bazterrica y Fidanza procedí á hacer la *uretrotomía externa* sin conductor. Después de una hora de trabajo

no me fué posible dar con la uretra cabo posterior por lo que resolví practicar el *cateterismo retrógrado.*

Hice la *talla hipogástrica*, abrí la vejiga, puse hilos suspensores y traté de poner una sonda la que pasando el cuello de la vejiga llegaba hasta la herida perineal sin poderla comunicar con el resto de la uretra. Después de varias tentativas con el Dr. Bazterrica pasamos una sonda de goma con la que, atada á otra que se pasó por el meato, se pudo terminar la operación.

No suturé ni la vejiga, ni la pared abdominal ni el periné, porque temíamos una infección á causa del mal estado de la primera que no nos fué posible lavar anteriormente.

Coloqué los tubos de Guyon y la sonda permanente é hice la curación antiséptica que es de práctica.

El enfermo no tuvo fiebre, ni síntoma alguno que llamase la atención—y su temperatura tanto en el primer día como en los siguientes fué constantemente de 37°.

Hay que advertir que el sifón que fué tenido 24 horas no funcionó, y que la sonda trabajaba bien.

Al 2° día quité los tubos Guyon y puse dos tubos de drenaje, al 3er día dejé uno solo y al 4° los quité todos.

Como la herida no supuraba ni dejaba salir líquidos suturé la pared abdominal dejando un pequeño conducto con tela yodoformada. Todos los días lavé la vejiga con bicloruro al 1×3000—A los 9 días quité la sonda y dí de alta al enfermo.

Esta operación, cuyo éxito ha sido tan grande, pues el enfermo estuvo cloroformado por casi 3 horas, se debe exclusivamente al buen funcionamiento de la sonda, la que en ningún momento dejó de prestar el servicio que se le exijía lo que es el desideratum de ver realizado en las tallas hipogástricas.

Con buena sonda el éxito es indudable.

Observación V—(Resumida)

Servicio del Dr. Castaño.

Operación—El mismo día que llega se le opera con anestesia local á la cocaina. Previa antisepsia local y afeite de la región, se hace una incisión en el rafe medio perineal, (sobre el tumor) de 2 á 3 centímetros, se llega á la uretra, se incinde ésta y se extrae un cálculo fosfático del tamaño de un huevo de paloma. Sonda coupé Nº 18 en permanencia; sutura de la uretra con catgut, de la piel con seda.

A los 5 días se cambia la sonda coupé por una Pezzer Nº 16—a los 8 días se sacan los puntos de sutura.—Lavajes vesicales dos veces en el día con solución de ácido bórico al 4 °/₀.—Curaciones antisépticas diarias de la herida.—A los 12 días se saca la sonda. Orina bien con un poco de ardor.

Se le da de alta el día 29 de Mayo.

Nota—El 28 á las 4 pm. expulsa dos cálculos del tamaño de garbanzos, blandos, fosfáticos.

Observación VI.

Servicio del Dr. Castaño.

El enfermo refiere que hace un año recibió un balazo de revolver en el vientre hácia el lado derecho, y que en seguida tuvo hematuria, dificultad para orinar y poco tiempo después supuración abundante—fenómenos dolorosos.

Que ha pasado todo este tiempo sufriendo mucho—orina á cada momento—cistites—estranguria—y hematuria con intervalos.

Al exámen con los exploradores se nota que en el bulbo hay un cuerpo extraño con sonido metálico.

Se hizo inmediatamente la uretrotomía externa extrayendo un cuerpo negro como de 4 centímetros de largo y 2 de diámetro, forma cónica que está enclavado y que del exámen resulta ser paño y tejido de lana.

Se pone sonda permanente y cura 30 días después.

Observación VII—(Resumida)

URETROTOMIA ESTERNA POR ESTRECHECES INFRANQUEABLES

Servicio del Dr. Castaño.

Antonio Guid, 40 años, peluquero—Refiere haber tenido blenorragia hace 20 años, y que desde hace 4 años, empezó á sentir dificultad para orinar, yendo en aumento hasta estos últimos tiempos en que la micción se efectuaba gota á gota.

20 Abril 1897 entra al hospital.

Del exámen resulta que el enfermo orinaba gota á gota.

Presentaba homorroídes externa debida á los grandes esfuerzos de micción.

La exploración encontró grandes obstáculos en la uretra, no siendo posible penetrar con una guía en varios días que se intentó, resolviéndose practicar la uretrotomía externa.

24 Abril, previa esterización se hizo una incisión en la porción bulbosa de la uretra, se abrió esta y se penetró en la vejiga, pudiendo entonces pasar por el meato una sonda metálica Nº 18 y encanarla hasta la vejiga.

La operación dura 10' no presentándo ninguna dificultad,

El día siguiente tuvo fiebre 38º con grandes sudores y tres días después se cambió la sonda por una blanda, estando la herida completamente cicatrizada.

Observación VIII

Uretotomia externa, enderezamiento del pene circunsición uretrotomia interna.

Servicio del Dr. Castaño

Desiderio Domínguez 39 años, soltero, foguista—Ingresa al servicio de la sala el 7 Setiembre 1897.

Antecedentes hereditarios—El padre vive y es sano, la madre murió repentinamente, no tiene hermanos.

Refiere el enfermo que hasta los 26 años no tuvo enfermedades venéreas. En esta época tuvo su primera blenorragia que le duró dos años más ó menos, pero que no quedó completamente curada.

A los 29 años de edad, contrae otra blenorragia la cual duró mucho tiempo—que no puede fijar—y que tampoco curó.

No recuerda haber sufrido traumatismo en la región perineo-escrotal. Hará dos años que nota que el chorro de la orina no es normal y que va adelgazándose cada vez más hasta orinar con intermitencias, al mismo tiempo siente ardor en la uretra. Poco después nota algo duro el periné y se le aumentan de volumen los testículos.

Consultó hará cinco ó seis meses con médicos en la ciudad del Paraná los cuales deciden operarlo.

Después de operado quedan fístulas por las cuales orina.

Ingresa al servicio el día 7 del mes de Setiembre 97—quejándose de que la orina no sale por el meato sino por el periné.

A la inspección se vé una cicatriz indurada y en dos partes de ella fístula, por donde sale la orina, el pene es-

taba en forma de gancho con la punta dirigida hacia abajo —existía fimosis.

El escroto parecía que en parte (del lado de la cicatriz) era exuberante.—El periné al tacto era duro, como tejido esclerosado.

Operación. El día 11 del mes de Setiembre, bajo la acción clorofórmica después de la antisepsia consabida se le opera.

Se le incide la piel en el rafe medio, se llega hasta los tejidos esclerosados. Se intenta pasar una sonda metálica Nº 18 para mayor certeza, pero no se logra el objeto, la sonda encuentra obstáculo; se ensaya una más delgada con el mismo resultado.

Se le hace entonces la uretrotomía interna; al introducir la sonda de permanencia por el meato vuelve á encontrarse nuevamente obstaculo á ello; se persiste inútilmente.

Se extraen á bisturí y tijeras los tejidos esclerosados en gran cantidad que se hallaban alrededor de la uretra hasta llegar á esta; por una de las fístulas se hace el cateterismo hasta lograr que penetre en la vejiga la sonda olivar Nº. 18; por el camino retrógado se hace pasar la sonda por la uretra anterior, es decir, desde la fístula hasta el meato.

Se reseca piel del escroto de la parte izquierda con el objeto de enderezar el pene.

Se hace circuncisión.

Se sutura la piel y se deja en la parte inferior una gaza en permanencia que se extrae á las 48 horas.

A la 2ª curación se notan puntos negros en la piel del escroto con tendencia al esfacelo, debido á que había estado desprendida la piel de los tejidos al hacer el enderezamiento del pene—curaciones húmedas—Tres días después desaparición completa.

Curaciones diarias antisépticas—Lavajes vesicales al ácido bórico—Se sacan los puntos de sutura á los 9 días.—Alta completamente curado el 29 Octubre 1897.

Observación IX

Servicio del Dr. Castaño.

Antonio Deserti 35 años, soltero, quintero, ingresó el 4 de Febrero 1898.

No ha tenido pasado venéreo alguno, es recibido por la guardia á las 5 a. m. con retención de orina de 16 horas; es sondado con la sonda Castaño Nº 10 con cierta dificultad pues al pasar por la región peniana encuentra un obstáculo que da la sensación de cálculo.

Dicho sujeto viene sufriendo de retención de orina hace 1 mes, habiendo sido tratado por médicos particulares.

Ha sido operado de laparotomía por herida penetrante de la región lumbar en este mismo hospital, servicio del Dr Julian Aguilar, habiendo sido dado de alta, hace 5 meses.

Operación.—El mismo día de su ingreso es operado. Se le hace uretrotomía externa en la región peneana; se extrae un cálculo fosfático un poco mayor que un dátil.

Examinada luego la vejiga con el explorador á bola Guyon Nº 16 se halla otro cálculo en ella.—Sutura en 2 planos, el de la uretra con catgut, el otro con crin de Florencia.

El 25 Febrero se explora la vejiga con el explorador á bola; se nota que en el bajo fondo da la sensación de cálculo. Hay que observar que el enfermo recien manifiesta haber sido operado por el vientre en el Hospital Español con anterioridad á la operación que le efectuó el Dr. Aguilar.

El día 28 Febrero se nota un punto gangrenoso en la cicatriz abdominal: es tratado con curaciones antisépticas pero debido ya á que el sujeto es poco limpio, ó al proceso de expulsión de una seda gruesa, dicho punto gangre-

noso supuró, supuración que duró 10 á 12 días en que quedó cerrada por completo la cicatriz.

Operacion vesical.—Talla hipogástrica—El día 19 de Marzo 1898 se le decide extraer el calculo vesical.—Bajo la acción del cloroformo y después de haber efectuado la antisepsia de la región, se hace la incisión cutánea mediana en el hipogastrio, rodeando la cicatriz donde había estado el unto gangrenoso, la dimensión de la incisión es de 8 c/m. Se continúa incidiendo y se hallan adherencias (fibrosas) entre la vejiga y el tejido celular subcutáneo—se debridan estos tejidos y se llega á la vejiga—se la levanta y se incinde, y con sorpresa se nota un cálculo del tamaño de una haba (grande y gruesa) pendiente, por intermedio de una seda gruesa de sutura de 1 1/2 á 2 c/m. de largo, alojado en el fondo del receptáculo vesical; se extrae dicho cálculo. (El operador Dr. Castaño, opina que dicho cálculo ha estado en comunicación con el extraído de la uretra por intermedio de la seda y hace la comparación con una boleadora de dos bolas.)

Se sutura la vejiga con seda en dos planos, id. de los músculos y la piel con crin de Florencia.

Se dejan los tubos Guyon-Perier en permanencia. Se tapona con gaza la cavidad de Retzius. Sonda de Sezzer permanente. El día de la operación á la tarde hematuria, se lava la vejiga con solución tibia de ácido bórico al 4 % los tubos Guyon-Perier lo mismo que la sonda funcionan bien—Temperatura 38°.8.

20 Marzo—Continua la hematuria—se sigue con el lavaje —Temperatura: mañana 38°—tarde 38°.6.

21 Marzo— La sonda ní los tubos funcíonan bien—Hay coágulos sanguíneos en la herida.

Se sacan los puntos de sutura, se extraen los coágulos sanguíneos y se deja sin sutura, se tapona con gaza—Temperatura. mañana 37°.8—tarde 38°.7. Se han sacado los

tubos Guyon y la sonda Jezzer, en lugar de esta se coloca una sonda Nelaton Nº. 20.

22 Marzo—La sonda funciona bien—Temperatura: mañana 37º.8—tarde 38º.2, antisepsia de la herida abierta con bicloruro al 1/2 º/oo.

Lavaje vesical con ácido bórico. Los días subsiguientes temperatura normal. La sonda funciona bien y se le cambia cada dos días.—Curaciones diarias.

El día 2 de Abril á la mañana, temperatura 39º 8, vómitos, nauseas, etc.: debido á que el enfermo á escondidas se ha comido 80 cts. de masas y ha bebido mucha agua según el relato de los enfermos de la sala.

Régimen dicteético—Purgantes.

Varios días temperatura de 38º á 38º 4.—El día 6 de Abril temperatura normal.

El día 25 de Abril después de la extracción de la sonda arroja una masa blanduzca algo aplanada.

A prímera vista se asemeja á un cálculo aplastado—Se le tritura y se encuentra en su interior un hilo enmarañado.

Observación X

Uretrotomía externa por estrecheces infranqueables

Eulogio Nieva, 36 años—casado—Ingresa el 31 de Marzo 1898.

A los 20 años blenorragia que dura un año—A los 25 años otra blenorragia, fué curado según dice durante tres años consecutivos.

A los 20 años de edad empieza á notar que el chorro de la orina era delgado y tortuoso; luego dificultad en la micción, llegando á efectuarla por gotas.

Ingresa al Hospital de Monteros (Provincia de Tucumán) donde la dilatan pero casi sin resultado, pues al mismo día del

sondaje y días subsiguientes se halla la misma dificultad en la micción.

Ingresa al servicio el 31 Marzo 1898 con los últimos síntomas indicados. Explorada la uretra con el explorador á bola encuentra esta un obstáculo duro para el pasaje á la altura de la región escrotal.

Se pasan guías de diferentes tamaños sin resultado—es imposible vencer la estrechez—Durante 20 días y en diferentes formas, métodos y posiciones; se hace las tentativas por los médicos y practicante del servicio, con igual fin.

Operación.—Se decide por fin á operarlo por uretrotomía externa—El 21 de Abril bajo acción del cloroformo y después de la antisepsia de la región perineo-escrotal, se introduce una sonda metálica hasta la altura de la estrechez y tomando la punta de esta por guia, se incinde en una extensión de 1 1/2 c/m. en la región perineal hasta llegar á la uretra; se pone esta á descubierto.

Se observa dilatación ampollar uretral por debajo de la parte retraída. Se corta la uretra y la estrechez. Se deja sonda metálica permanente.

Temperatura á la tarde del día de la operación 38º 4—los días siguientes normal.

A los tres días se cambia la sonda metálica por sonda coupée Nº 18 la cual se introduce con cierta dificultad.

Mayo 3 se cambia la sonda coupée por una de Jezzer Nº 18.

Curación diaria y lavaje de la vejiga con ácido bórico

Observación XI

Uretrotomia externa por cálculo fosfático en la región bulbar de la uretra.

Servicio del Dr. Castaño.

Juan Lafont, 28 años, soltero, telegrafista, argentino.

Ingresa el 17 Mayo 1898.

Antecedentes hereditarios.

Madre muerta después del parto de dicho sugeto—Padre vivo, sano—Unico hijo.

Antecedentes personales.

Sarampión á los dos años—Blenorragia á los 15 años; curada por medio de inyecciones uretrales en una semana.

A los 22 años, tiene dificultad en la micción y dolores, orinando—sangre de vez en cuando.

Por esta causa entró al Hospital Italiano donde le hacen la talla perineal extrayéndole un cálculo de 40 gramos de peso. Cuatro meses de estadía en dicho establecimiento para su curación.

Hará dos meses el enfermo vuelve á sentir nuevamente dificultad y dolor en la micción, arrojando varios cálculos del tamaño un poco menor de un garbanzo.

El día 12 de Mayo 1898 al efectuar la mición siente que casi al terminar esta corría algo pesado por la uretra que no pudo arrojar.

Era un cuerpo extraño que se había alojado en la porción bulbar de la uretra; sentía dolores en el periné, aumento de volúmen de dicha región lo cual le obstaculizaba para sentarse lo mismo que para caminar.

El chorro de la orina estaba retraído.

Ingresa á este servicio el día 17 de Mayo.

Se explora la uretra con un explorador á bola de Guyon Nº 18—al llegar á la porción del bulbo de la uretra tropieza el explorador con un cuerpo extraño que da la sensación neta de cálculo.

Examinada la uretra por el periné se vé que se halla abultada, roja, dolorosa á la presión y se palpa el cálculo.

Operación—El mismo día se le opera con anestesia local á la cocaina.

Previo afeite de la región y antisepsia local; se hace una incisión en el rafe medio perineal sobre el tumor, de 2 á 3 c/m,. se llega á la uretra, se incinde esta y se extrae un

cálculo fosfático del tamaño de un huevo de paloma. Sonda coupée N° 18 permanente, sutura de la uretra con catgut—sutura de la piel con seda.

A los 5 días se cambia la sonda coupée por sonda Jezzer N° 16—á los 8 días se sscan los puntos de sutura—Lavajes vesicales dos veces en el día con solución de ácido bórico al 4 °/₀—Curaciones antisépticas diarias de la herida—á los 12 días se saca la sonda. Orina bien con un poco de ardor.

Alta el día 29 de Mayo 1898.

Nota— El 28 de Mayo á las 4 p. m. expulsa dos cálculos del tamaño de garbanzos, blandos (fosfáticos).

Observación XII—(Resumida)

ESTRECHEZ TRAUMÁTICA DE LA URETRA—URETROTOMÍA EXTERNA.

Servicio del Dr. Castaño.

Enrique Pereira, 21 años, argentino—cayó á caballo sobre un tirante y estuvo orinando sangre durante 4 ó 5 días. El chorro de la orina empezó á disminuir de día en día hasta llegar á la retención completa.

El 27 Julio, después de haber sanado por completo de la uretrotomía externa fué necesario practicarle la interna, por que la uretra estaba completamente estrecha á 27 de Julio.

Exámen—Retención completa de la orina—La vejiga muy destendida toda tentativa de sondaje resulta inútil—La estrechez es infranqueable.

Después de cuatro punciones vesicales y nuevas tentativas de sondaje con idéntico resultado se practicó la uretrotomía externa.

Operación—Introducción de sonda metálica hasta la estrechez—Incisión de 6 c/m. al nivel lesionado—Reconstrucción del calibre uretral—El cabo inferior de la uretra se

encuentra con toda facilidad—Se coloca sonda permanente—á los 8 días la sonda se obstruye y es sacada por el asistente.

Al siguiente día el sondaje se hace muy difícil aún con guías de pequeño calibre. Se consigue sondarlo y hacerle la uretrotomia interna.

Observación XIII—(Resumida)

URETROTOMÍA EXTERNA

Servicio del Dr. Castaño

Francisco Taggino, 41 años, entró al servicio el 5 Octubre 1889.

Antecedentes hereditarios sin ninguna importancia.

Ha tenido su 1ª blenorragia á los 15 años de la que curó—una 2ª á los 18 de la que también curó—una 3ª á los 31 de la que no ha curado, persistiendo bajo forma de gota.

Hace 8 años empezó á notar que el chorro de la orina disminuye hasta llegar á no poder orinar, por dicha causa le practicaron en este establecimiento hace dos años una uretroromía interna.

No habiendo continuado sondándose, el chorro de la micción continuó á disminuir hasta hacerse imposible esta. Siendo inútiles las tentativas hechas para introducir una guia, se resuelve practicarle una uretrotomía externa.

Operación—Se introduce una sonda metálica hasta la estrechez, se hace una incisión al nivel del rafe de unos 0.10 c|m.

El cabo inferior se encuentra con facilidad—se reconstruye la uretra y se pone sonda permanente, suturando después la superficie abierta.

Observación XIV—(Resummida)

Servicio del Profesor Texo

Pablo Medina, casado, argentino, jornalero, 40 años.
Domicilio: en Campana.
Diagnóstico: estrechez filiforme (blenorragia).

Antecedentes hereditarios—El padre murió á los 56 años de neumonía, la madre vive, tiene 68 años, es sana—tiene siete hermanos todos sanos.

Antecedentes personales—Ha tenido 4 blenorragias—La 1ª blenorragia á los 16 años y la última hace 8 años, duró dos meses y medio, se trató con inyecciones.

Principio de la enfermedad—Hace cinco meses que tiene dificultades en la micción.

Estas dificultades fueron aumentando gradualmente hasta adquirir su actual estado.

Hace cinco días orinó sangre mezclada á la orina; duró esta sangre un día y una noche.

Ha sido sondado con sonda de metal hace una semana.

Micción—Cinco veces de día—de noche cinco veces.

Dificultades en la micción—Esfuerzos al comenzar la micción.

Modificaciones del chorro—El chorro es fino, de poco alcance.

Dolor—Al comenzar á orinar en el hipogastrio.

Al concluir la micción en la uretra.

Inspección en la esfera genito-urinaria—Normal.

Exploración del canal—El explorador á bola Nº 17 se detiene en la raíz del miembro—el Nº 7 se detiene en el medio de la parte escrotal, sintiéndose varios anillos.

Testículos y cordones—Normal.

Riñones—No se palpan—Enero 16, hoy al peloteo, se palpa el riñón derecho,

Curso de la enfermedad—Enero 12, purgante, baños de asiento, sulfato quinina.

Se ensaya pasar bujía filiforme sin éxito.

Enero 13, se pasa bujía filiforme.

Enero 14, La bujía se ha salido y es imposible volverla á poner.

Enero 16, se tienta nuevamente el cateterismo sin resultado.

Enero 17, ha tenido desde el 14 del corriente mes escalofríos fuertes seguidos de elevación de temperatura.

Enero 18, uretrotomía externa sin conductor.

No se encuentra el cabo posterior. Hay un pequeño abceso peri-uretral y una falsa vía.

Enero 19 se busca nuevamente el cabo posterior sin resultado.

Enero 20 se encuentra el cabo posterior. Sutura.

Sonda bout-coupé pormanente, lavaje vesical.

Enero 23 se encontró pus y se sacaron dos puntos de sutura.

Curación antiséptica diarias Enero 27 lav. ves. n. plata 2 °/oo día por medio, y estando todo abierto se coloca y se sutura nuevamente en tres planos.

Febrero 10—curac. antisep.

Febrero 19—Se saca la sonda, se hace orinar, y no sale nada por el periné.—Curac. antisép. —lav. ves.n. plata 1 °/oo

Febrero 21—Comienza la dilatación con el Beniqué Nº 31—2—3.

Marzo 9—Meatotomía.

Marzo 12—Se sacan los puntos.

Marzo 13—Beniqué 47—48—49.

Marzo 31—Se da el alta (curado) habiendo llegado hasta el 56 Beniqué.

Observación XV—(Resumida)

Servicio del Profesor Texo

Luis Zotta, Italiano, Confitero, 42 años, casado—Diagnóstico: Estrechez uretral filiforme.

Antecedentes personales—A los 18 años primera blenorragia de la que curó en dos ó tres meses con inyecciones balsámicas.

Hace tres años séptima blenorragia.—No ha orinado sangre á la 2ª blenorragia adenite inguinal.—Hace un año se le puso el testículo derecho doloroso, abrióse, dió salida á pus.

Principio de la enfermedad—Hace 18 años que comienza á notar dificultades para la micción, pronunciándose esta cada vez más y haciéndose el chorro más delgado; hasta que ingresa al servicio con un chorro sumamente fino.

Micción—De día dos ó tres veces, de noche ninguna.

Dificultades de la micción—Esfuerzos antes de la micción.

Modificaciones del chorro—Delgado, proyección corta.

Dolor—Signos de ardores durante la micción.

Localizaciones del dolor.—En la uretra.

Inspección en la esfera genito-urinaria.—Se vé una pequeña cicatriz con un trayecto fistuloso del testículo derecho, en la parte media de la piel de las bolsas, al lado derecho.

Exploración del canal.—No se consigue pasar una bujía filiforme después de 10 ó 15 días de ensayo por estrechez infranqueable al nivel de la región escrotal.

Curso de la enfermedad.—Junio 3—Uretrotomía externa sin conductor—Anestesia con éter—Sonda permanente y después de haberse cambiado 2 veces se comienza la dilatación el 16 y se pasan la Beniqué, 32—3—34 y el 30 de Junio se pasa el N° 46, y se da de alta al enfermo.

Observaciones XVI—(Resumida)

URET. INT. EXT. Y CRUCIAL

Servicio del Profesor Texo

Agustín Ortelano—Español—53 años—soltero.

Diagnóstico: Infiltración de orina—Cálculo uretral.

Inspección en la esfera genito-urinaria - Bolsas sumamente destendidas, edematoras tumefactas, calientes, con una placa de gangrena en el lado derecho parte inferior.

Todo el hipogastrio y el flanco derecho así como también parte de la región lumbar del mismo lado (derecho) y muslo correspondiente.

Igual cosa en el lado izquierdo pero limitado hasta la espina ilíaca anterior é inferior.

El periné bombeado—rojo y doloroso á la presión—la circunferencia de las bolsas aumentada en su diámetro transversal. El pene lleno de cicatrices antiguas, falta el prepucio y no está invadido por el proceso patológico.

Meato—es colorado sumamente estrecho.

Exploración del canal. En la parte media de la porción escrotal de la uretra se detienen los exploradores donde pasan solamente las filiformes.

Curso de la enfermedad.—Mayo 28—Bujia filiforme en permanencia—Anestesia con éter—Incisiones (18); escrotales hipogástricas en el flanco derecho y mitad superior cara externa, y posterior del muslo derecho—Inyeciones hipodérmicas de cafeina y éter—Dermoclisis—Poción Todd helada—Quinina—Purgante.

Mayo 29—Lv. con sol. de tricloruro de yodo al 1 °/₀₀.—Drenajes—Curaciones—Inyeción hipogástrica de cafeina—Dermoclisis -Quinina.—Se hace uretrotomía en la cara infe-

rior de la uretra por no permitir el cuchillo en la cara superior.

Mayo 30—Uretrotomía interna—Sonda permanente N° 16. Se sacan 510 gs. de orina ligeramente sanguinolenta; se dejan 150 gs. de ácido borico, (orina amonical.)—Se tapa la sonda para ponerle tubo á la hora.—Lav. diarios con sol de tricloruro de yodo al 1 °/oo. Drenaje—curn. quinina.

Junio 21—Anestesia con éter—Se suturan todas las incisiones, menos las del escroto y periné previo cunetaje y avivamiento de las bolsas.

Junio 22—Se levanta la curación, se encuentra en buen estado; se renueva, se lava la vejiga n. plata 1 °/oo.

Junio 30—Se cambia la sonda—y el dia 9 de Julio comienza la dilatación con el Beniqué 22, 23, 24 (guia) se saca la sonda no sale orina por la fístula.

Julio 11—Beniqué 24, 25, 26—Se constata la existencia de un cálculo en la uretra.

Julio 26—Se hace una incisión en el escroto y se extrae el cálculo uretral que tiene forma lenticular de 0,02 m. por 0,0$^1/_2$ m. y está transversalmente colocado. Se hace uretrotomía crucial en la parte anterior esclerozada de la uretra.—Se sutura. Sonda permanente, lavages vesicales con soluc. boricado y también con nitrato plata al 1 °/oo.

Agosto 10—Bujías N° 12 y 13 (habiendo llegado al N° 30 Beniqué el enfermo es dado de alta para seguir la dilatación en el consultorio).

Observación XVII—(resumida)

URETROTOMÍA EXTERNA SIN CONDUCTOR

Servicio del Profesor Texo.

Pedro A. Carrera, argentino, trabajador de campo, 43 años, casado.

Diagnóstico— Estrechez uretral infranqueable — Uretrotomía externa sin conductor.

Antecedentes hereditarios.—El padre murió á los 34 años, no sabe de qué; la madre á los 80 años—tiene un hermano que ha muerto repentinamente á los 35 años—y además tres hermanos sanos.

Antecedentes personales.—Hace 20 años primera blenorragia—hace 10 años segunda blenorragia—en las dos curó á los 15 días—hace nueve años ha sído sondado por retención de orina—no ha orinado sangre.

Principio de la enfermedad.—Hace 10 años que nota, que durante la micción comienza el chorro á disminuir de volúmen, siendo la orina en algunos intervalos turbia—desde esa época ingresa al servicio por su estrechez.

Micción.—De día tres ó cuatro veces—de noche una.

Dificultades en la micción.—La micción es algunas veces retardata.

Modificaciones del chorro. — Calibre delgado, proyección corta.

Dolor.—Siente ardores durante la micción, desde que se hace sondar.

Exploración del canal.—El explorador á bola Nº 21, salva un anillo á un centímetro del meato es detenido cerca del bulbo, el Nº 11 salva un anillo en este sitio y es detenido á un centímetro después.

Curso de la enfermedad.—Julio 5—Baños de asiento.

Julio 15—Anestesia con éter—Uretrotomía externa sin conductor—la operación se deja sin terminar por no ser posible dar con el cabo posterior. Taponamiento ligero.

Julio 17—Se intenta dar con el cabo posterior, no siendo posible encontrarlo.

Julio 18—Otro nuevo ensayo infructuoso.

Julio 20—Nuevo ensayo; con igual resultado.

Julio 21—Se encuentra el cabo posterior, se divide la

estrechez. se coloca una sonda extremo-cortada N° 17—lav. ves. n. plata, curación antiséptica.

Julio 22—Sutura de la herida en tres planos id;

Agosto 11—Se cambia la sonda por una cónico-olivar N° 17—entra con relativa facilidad; curación antiséptica

Agosto 20—Inyectando líquido por la uretra sale muy poco por la herida perineal—curación antiséptica.

Agosto 25—Se cambia la sonda—curación antiséptica Se empieza ia dilatación con dos.

Setiembre 27—Beniqué 56, 57, 58—Raclage de la herida perineal—Sale muy poco líquido—curación antiséptica.

Setiembre 29—Benique 58, 59, 60—Cauterización y curación antiséptica.

Octubre 2—Alta. Habiendo alcanzadc hasta el 60 Beniqué.

Observación XVIII—(resumida)

Servicio del Profesor Texo.

Alejo Machado, argentino, casado, jornalero, 51 años.

Diagnóstico:—Estrechez filiforme—fístula uretro-perineal trat. exter.

Antecedentes hereditarios—El padre murió á los 70 años—la madre vive y tiene 80 años—tiene dos hermanos vivos y sanos.

Antecedentes personales.—A los 18 años la 1ª blenorragia se trató con inyecciones y curó—A los 25 años cayó del caballo y fué arrastrado—Hace 5 años tuvo una caída en horcajada, saliendo la sangre cuando orinaba por tres .ó cuatro días.

Principio de la enfermedad.—Hace 27 años que siente dificultades para orinar—en Julio del presente año, sufrió una caída en horcajada, se le formó un tumor del lado

izquierdo del rafe del periné—Este fué creciendo, fué abierto y drenado por un médico.

Después de ser abierto á los 20 días salió orina por la fístula. Desde esa fecha salió siempre más orina por la fístula y menos por el meato.

Micción.—A ocasiones diez veces por día, otras menos —De noche orina lo mismo.

Dificultades en la micción.—Ninguna.

Modificaciones del chorro.—Orina por gotas.

Dolor.—Ninguno.

Demacramiento.—Enero 15/1900—kg. 61,200.

Inspección de la esfera genito-urinaria.—Meato estrecho á la izquierda del rafe perineal cicatriz que en su parte superior termina en un orificio fistuloso que da salida á orina y pus.

Exploración del canal.—Los exploradores á bola Nº 17 14 y 12 se detienen al comienzo de la porción perineal de la uretra.

Exploración de la vejiga—Abril 21—Capacidad vesical 200 gs. vejiga poco sensible al contacto; al explorador metalico nada—

Riñones—No se palpan

Curso de la enfermedad—Enero 5—Baños de asiento diarios.

Enero 7—Se ensaya varias veces pasar bujías, no se obtiene éxito.

Marzo 1—Operación—Anestésia obtenida por el éter—Uretrotomía externa sin conductor—Sutura en 3 partes. Sonda permanente Nº 18—Se constipa el enfermo con opio.

Marzo 3—Se levanta la curación—periné aumentado de volúmen—

El día 14 de Marzo comienza la dilatación con el Beniqué Nº 32, habiendo llegado al 56, con el cual se sonda varias veces, es dado de alta el 13 de Marzo (curado).

Observación XIX R(esumida)

URETROTOMÍA EXTERNA É INTERNA

Servicio del Profesor Texo

Luis Novile, italiano, 34 años. soltero, jornalero. domicilio: en San Fernando.

Diagnóstico: -Fimosis—Estrechez uretral filiforme. Fístula uretro—périneal.

Antecedentes hereditarios.—El padre murió de fiebre.

Antedentes personales.—A los 16 años primera blenorragia de la que curó á los dos meses; á los 27 años 2ª Blenorragia de la que estuvo enfermo 6 meses. No ha sido sondado, no ha tenido sífilis ni reumatismo; se resfría con facilidad los inviernos.

Principio de la enfermedad.—Teniendo su 2ª blenorragia hace 7 años efectuó el coito, notando inmediatamente después que le salía sangre por la uretra, por lo que se lavó con agua fría, tuvo después retención de orina.

A los 15 días siguientes comenzó á tener incontinencia de orina, la que le salía á gotas, de lo que sufre actualmente.

Hace un año comenzó á notar una induración en el periné concluyendo al mes por abrirse y dar salida á la orina—cerrándose al mes

Hace dos meses, tumor por dos veces en el periné el que concluye al cabo de 3 días por abrirse y dar salida nuevamente á la orina; 8 días después comenzó á salir pus.

Micción—Micción continua por la uretra ó el orificio fistuloso (á gotas). Estando sentado nota que la orina le sale únicamente por la uretra.

Examen microscópico—Fosfatos con mucosidades.

Inspección en la esfera genito-urinaria—Fimosis—escoriaciones en los bordes del prepucio—Tumor duro en el escroto

parte media, simulando orificio el repliegue de las bolsas —Fistula uretro-perineal—La piel adherente al orificio fistular del escroto acompañándola en sus movimientos.

Esploración del canal—El esplorador N°. 24 es detenido en el meato—el N°. 21 salva un anillo á 1/2 centímetro del meato y es detenido en la raíz del miembro, pasando en este sitio el N°. 9.

Pulmones y Pleuras—Sub-matidos en el vértice del pulmon derecho—Espiración prolongada y áspera.

Demacramiento—43 kil. 700 gm^{s}.—Noviem. 4/98—52 kil. 400 gm^{s}.—Diciem. 17/98.

Curso de la enfermedad—Setiembre 6—Uretrotomía externa—estirpación á tijeras del tejido fibroso peri-uretral—Uretrotomía interna.

Setiembre 11—Se cambia la sonda.—El borde derecho de la herida (unos tres centímetros de largo por uno de ancho) presenta el aspecto de tejido mortificado, aunque lijeramente.—Curaciones autisépticas.

Setiembre 13—Se cambia la sonda.—El tejido gangrenado se elimina parcialmente desprendiéndolo en su totalidad á tijera—Curación antiseptica.

Setiembre 15—Se cambia la curación—El apósito teñido de sangre—Cur. antis.^{s} hechas diariamente

Setiembre 29.—Se pone sonda Jezzer lav. vesical n. plata al 1 °/$_{oo}$ cur. ant°.

Setiembre 30.—Lav. vesical n. plata día por medio al 1 °/$_{oo}$ cur. antis éptica.

Octubre 7.—Orificio fistuloso abierto expontáneamente en el periné por el que sale, por la compresión, pus—Lav. vesical n. plata 1 °/$_{oo}$ cur. antiséptica.

Octubre 16.—Cur. ant°. lav. ves. n. plata 1 °/$_{oo}$ Dermoclisis suero Hayens 250 gs. cafeina en iny. hipodérmicas 0,25 centgs.

Octubre 24.—Hipodermoclisis 200 gs. suero Hayens cafeina iny. hipordérmicas.

Noviembre 15.—Hipodermoclisis suero Hayens 250 gs. cur. antº lav. ves. n. plata 1º/oo.

Diciembre 17.—Se comienza la dilatación con bujía Nº 12.

Marzo 29.—Beniqué 55-56 cauterización fístula con n. plata.

Mayo 13 —Se opera la fístula uretro-perineal, sonda permanente.

Julio 10.—Comienza nuevamente la dilatación—Beniqué 42-3-44 y en el mes de Setiembre ya se habían pasado repetidas veces la serie de Beniqués llegando al Nº 60.

BIBLIOGRAFIA

1899—*(1) A. Pousson*—Precis des maladies des voies urinaires—p. 141.

1896—*(2) J. C. Félix Guyon*—Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires—Tome deuxième—p. 292 (Troisième édition).

1874—*(3) Ch. Robin*—Leçons sur les humeurs normales et morbides du corps de l'homme—2e édition.

1889—*(4) Sir Henry Thompson*—Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.—Traduites par le Dr. Robert Jamin.

1890—*(5) Adrien Charpy*—Cours de Splanchnologie—Organes génito-urinaires.

1895—*(6) Dr. Paul Delbet*—Anatomie chirurgicale de la vessie.

1899—*(7) Dr. Edgard Chevalier*—Chirurgie des voies urinaires.

1893—*(8) Dr. J. M. Lavaux*—Manuel de pathologie des voies urinaires.

1894—*(9) Dr. Ernest Finger* –La blennorrhagie et ses complications—Traduit par le Dr. Albert Hogge.

1898—*(10) Henry Viaud-Grand-Marais*—Contribution à l'étude des urèthrotomies complémentaires—Thèse de Paris.

1891—*(11) M. M. Melville Wassermann & Noël Hallé*—Con-

tribution à l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urèthre.

1876—*(12) Félix Martinet*—Étude clinique sur l'urèthrotomie interne.—Thèse de Paris.

1893—*(13) M. J. Albarran*—Les rétrecissements larges de l'urèthre—Annales des maladies des organes génito-urinaires.—Octobre.

1899—*(14) Jules Thouvenin*—Contribution á l'étude des rétrécissements infranchissables de l'urèthre et de leur traitement par l'urèthrotomie.

1886—*(15)* Compendio técnico de anatomía é histología patológicas por el *Dr. Juan Orth*—Traducción del alemán, *Fonck y E. Hoffmann* (Santiago de Chile).

1872—*(16) Louis Antonin Salvelat*—Quelques considérations sur l'anatomie pathologique et le traitement des rétrécissements de l'urèthre—Thèse de Paris.

MDCCCLXXXVI—*(17)* Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales—Directeurs *A. Dechambre*, *L. Lereboullet* (articles urèthre par *Quénu*—Pathologie par *Quénu et Picqué*—Rétrécissements par *E. Desnos et Kirmisson*.

1897—*(17) Émile Ravanier*—Des rétrécissements traumatiques de l'urèthre membraneux, leur traitement—Thèse de Paris.

1891—*(18) Dr. Alf. Pousson*—Étude clinique sur 22 observations d'urèthrotomie interne.—Annales des maladies des organes génito-urinaires—Avril.

1891—*(19) Dr. Desnos*—Remarque sur 500 cas de rétrécissements de l'urèthre—Annales des maladies des organes génito-urinaires—Janvier.

1890—*(20) Ph. Stöhr*—Manuel technique d'histologie—Traduit par MM. H. Toupet et Critzman.

1888—*(21) E. Klein*—Elementos de histología—Traducción por D. Alfredo *Opisso y Viñas.*

1896—*(22) R. Guiterás*—Medical Record, pág. 699—The treatment of the urethral straitness of the man.
1898—*(23) Black White*—Journal of cutan and genito-urinary discases.
1892—*(24) Otto Zuckerkand*—Wien, Klin, Wochen, pág. 181—Ueber die Extra urethrotomie bei impermeabler Striktur und über katheterismus posterior.
1896—*(25) Cabot*—Boston Medical and sur gre Journal.
— *(26) Lennander*—Archiv für klinische Chirurgie, (Band 54. XIX).
1895—*(27) Passet*—(de Munich) Central-blatt, pág. 291.
1894—*(28) Leroy*—Annales de la Société Belge de Chirurgie.
1894—*(29) Sonnemburg*—Deutsche Medicinische Wochenschrift, pág. 139.
1894—*(30) Rose* — id. id. id.
1894—*(31) Bardeleben*— id. id. id.
1897—*(32) Schumpert*—Medical Record.
1892—*(33) Michael G. E.*—Medical News a report of eight additional cases of perineal section without aguide.
1893—*(34) Martign del Campo*—New-York Medical Journal, pág. 443.
1897—*(35) Balton Bangs*—Medical Record, pág. 505.

Buenos Aires, Mayo 6 de 1901.

Nómbrase á los Sres. Académico Sr. Leopoldo Montes de Oca, Profesor Titular D. Federico Texco y Profesor Suplente Dr. Pascual Palma, para que constituidos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis

J. R. Fernández.
Zenón Aguilar.

Buenos Aires, Mayo 27 de 1901.

Sr. Decano.

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la Tesis presentada por el ex-alumno Sr. Martín Benito Diaz Icasto.—«En el local de la Facultad á 24 de Mayo «de 1901 reunida la Comisión que subscribe encargada de «dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis del «ex-alumno Sr. Martín Benito Díaz Icasto que versa sobre «Contribución al estudio de la uretrotomía externa» resol- «vieron admitirla.—Con lo que terminó el acto (firmado) «Leopoldo Montes de Oca, F. Texo, P. Palma.—Carlos Robertson.—Pro-Secretario».—

Carlos Robertson.

Mayo 27 de 1901.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenída.—

J. R. Fernández.
Zenón Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Las estrecheces blenorrágicas pueden estar superpuestas en un espacio reducido de uno á dos centímetros y estar asociadas á traumatismos por sondajes en este mismo punto, formando así un núcleo fibroso extirpable por la uretrectomia, cuyo primer tiempo es la uretrotomía externa.

Los gobiernos deben impedir por leyes rigurosas que las mujeres *menores de edad ejerzan la prostitución.*

La teobromina es un medicamento de acción diurética eficaz para los sugetos afectados de arterio-esclerosis.