Año 1907 N.° 1722

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# Fístulas uretrales del hombre

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**ALFONSO A. FORNS**

FARMACÈUTICO

Ex-practicante externo y mayor interno de los Hospitales
«San Roque» y «Cosme Argerich» (1902-1906)

BUENOS AIRES

LA SEMANA MÉDICA — IMPRENTA DE OBRAS DE EMILIO SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1907

# FISTULAS URETRALES DEL HOMBRE

Año 1907 N.º 1722

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# Fístulas uretrales del hombre

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**ALFONSO A. FORNS**

FARMACÈUTICO

Ex-practicante externo y mayor interno de los Hospitales
«San Roque» y «Cosme Argerich» (1902-1906)

BUENOS AIRES

LA SEMANA MÉDICA — IMPRENTA DE OBRAS DE EMILIO SPINELLI

737 — CALLAO — 737

**1907**

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

***Articulo 162 del R. de la F.***

# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

**Decano**

DR. D. ELISEO CANTÓN

**Vice Decano**

DR. D. JOSÉ PENNA

**Consejeros**

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » JUAN A. BOERI (supl.)
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA

**Secretarios**

DR. D. RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)
» » JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)

---

# ESCUELA DE MEDICINA

| Asignaturas | Catedráticos Titulares |
|---|---|
| Zoología Médica | DR. PEDRO LACAVERA |
| Física Médica | » JAIME R. COSTA |
| Química Médica | » ATANASIO QUIROGA |
| Botánica Médica | » LUCIO DURAÑONA |
| Química aplicada á la Medicina | » PEDRO N. ARATA |
| Histología teórico-práctica | » RODOLFO DE GAINZA |
| Anatomía Descriptiva | » JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA |
| Anatomía Descriptiva | » JOSÉ ARCE (interino) |
| Semiología y ejercicios clínicos | » GREGORIO ARAOZ ALFARO |
| Anatomía Topográfica | » JUVENCIO Z. ARCE |
| Fisiología General y Humana. | » HORACIO G. PIÑERO |
| Anatomía Patológica | » TELÉMACO SUSINI (con lic.) |
| Bacteriología | » CARLOS MALBRAN |
| Higiene Pública y Privada | » RICARDO SCHATZ |
| Materia Médica y Terapéutica. | » JUSTINIANO LEDESMA |
| Patología Externa | » OBDULIO HERNANDEZ |
| Medicina Operatoria | » ADALBERTO RAMAUGÉ (con lic.) |
| Clínica Ginecológica | » ENRIQUE BAZTERRICA |
| » Oto-rino-laringológica. | » EDUARDO OBEJERO |
| » Dermat.ª y Sifilográfica | » BALDOMERO SOMMER |
| » Epidemiológica | » JOSÉ PENNA |
| » Quirúrgica | » PASCUAL PALMA |
| » Neurológica | » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA |
| » Médica | » LUIS GÜEMES |
| » Médica | » FRANCISCO A. SICARDI |
| » Oftalmológica | » PEDRO LAGLEYZE (con lic.) |
| Patología Interna | » MARCIAL V. QUIROGA |
| Medicina Legal | » FRANCISCO DE VEYGA |
| Clínica Quirúrgica | » ANTONIO C. GANDOLFO |
| » Médica | » IGNACIO ALLENDE |
| » Obstétrica | » SAMUEL MOLINA |
| Toxicología Experimental | » JUAN B. SEÑORANS |
| Clínica Pediátrica | » ANGEL M. CENTENO |
| Patologia General | » ROBERTO WERNICKE |
| Clínica Médica | » ABEL AYERZA |
| » Génito-urinarias | » PEDRO BENEDIT |
| » Psiquiátrica | » DOMINGO CABRED |
| » Quirúrgica | » DIÓGENES DECOUD |
| » Obstétrica | » ELISEO CANTÓN |

# ESCUELA DE MEDICINA

| Asignaturas | Catedráticos sustitutos |
|---|---|
| Zoología Médica | DR. D. J. GREENWAY |
| Física Médica | » JUAN JOSÉ GALIANO |
| Química Médica | VACANTE |
| Botánica Médica | VACANTE |
| Química aplicada á la Medicina | VACANTE |
| Histología teórico-práctica | » JULIO G. FERNANDEZ |
| Anatomía Descriptiva | VACANTE |
| Semiología y ejercicios clínicos | » MANUEL A. SANTAS |
| Anatomía Topográfica | VACANTE |
| Fisiología General y Humana | » MARIANO ALURRALDE |
| Anatomía Patológica | » JOSÉ BADÍA (en ejerc.) |
| Bacteriología | » JUAN CÁRLOS DELFINO<br>» LEOPOLDO URIARTE |
| Higiene Pública y Privada | VACANTE |
| Materia Médica y Terapéutica | VACANTE |
| Medicina Operatoria | » LEANDRO VALLE (en ejerc.) |
| Clínica Ginecológica | » ALFREDO LAGARDE<br>» JOSÉ F. MOLINARI |
| » Oto-rino-laringológica | » WENCESLAO TELLO<br>» ELISEO V. SEGURA |
| » Dermat.ª y Sifilográfica | » M. ABERASTURY |
| Patología externa | » CARLOS ROBERTSON |
| Patología interna | VACANTE |
| Clínica Oftalmologica | » TEÓFILO A. MORET<br>» ENRIQUE DEMARÍA(en ejerc.) |
| » Epidemiológica | VACANTE |
| » Quirúrgica | » DANIEL J.CRANWELL<br>» AVELINO GUTIERREZ<br>» FRANCISCO LLOBET<br>» MARCELO VIÑAS<br>» MARCELINO HERRERA VEGAS |
| » Neurológica | » JOSÉ A. ESTEVES<br>» JOSÉ R. SEMPRUN |
| Medicina Legal | » DOMINGO S. CAVIA<br>» PEDRO BARBIERI |
| Clínica Médica | » PATRICIO FLEMING<br>» RICARDO COLÓN<br>» LUIS AGOTE |
| Clínica Obstétrica | » ENRIQUE A. PARDO<br>» ENRIQUE ZÁRATE<br>VACANTE<br>VACANTE |
| Toxicología Experimental | VACANTE |
| Clínica Pediátrica | » ANTONIO F. PIÑERO<br>VACANTE |
| » Génito-urinaria | » BERNARDINO MARAINI |
| » Psiquiátrica | » BENJAMÍN T. SOLARI<br>» JOSÉ T. BORDA |
| Patología general | » ALOIS BACHMANN |

# ESCUELA DE FARMACIA

| Asignaturas | Catedráticos titulares |
|---|---|
| Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada..... | DR. ANGEL T. GALLARDO |
| Botánica y Mineralogía..... | » ADOLFO MÚJICA |
| Química inorgánica aplicada.. | » MIGUEL PUIGGARI |
| Química orgánica aplicada.... | FRANCISCO BARRAZA |
| Farmacognosia y posología razonadas..... | » JUAN A. BOERI |
| Física farmacéutica..... | JULIO J. GATTI |
| Química Analítica y Toxicológica (primer curso)..... | » FRANCISCO P. LAVALLE |
| Técnica farmacéutica..... | » J. MANUEL IRIZAR |
| Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.. | » FRANCISCO P. LAVALLE |
| Higiene, legislación y ética farmacéuticas..... | » RICARDO SCHATZ |

| Asignaturas | Catedráticos sustitutos |
|---|---|
| Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada..... | VACANTE |
| Botánica y Mineralogía..... | VACANTE |
| Química inorgánica aplicada.. | VACANTE |
| Química orgánica aplicada.... | VACANTE |
| Farmacognosia y posología razonadas..... | SR. JUAN A. DOMINGUEZ |
| Física farmacéutica..... | VACANTE |
| Química Analítica y Toxicológica (primer curso)..... | VACANTE |
| Técnica farmacéutica..... | VACANTE |
| Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.. | VACANTE |
| Higiene, legislación y ética farmacéuticas..... | VACANTE |

# ESCUELA DE PARTERAS

| Asignaturas | Catedráticos titulares |
|---|---|
| Parto fisiológico y Clínica Obstetrica<br>Parto distócico y Clínica Obstétrica | DR. FANOR VELARDE |

| Asignaturas | Catedráticos sustitutos |
|---|---|
| Parto fisiológico y Clínica Obstétrica | DR. MIGUEL Z. O'FARRELL |
| Parto distócico y Clínica Obstétrica | » SAMUEL GACHE |

# ESCUELA DE ODONTOLOGIA

| Asignaturas | Catedráticos titulares |
|---|---|
| Anatomía, Fisiología, Patología | DR. LEON PEREYRA |
| Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal... | » N. ETCHEPAREBORDA (con lic.) |

| Asignaturas | Catedráticos sustitutos |
|---|---|
| Anatomía, Fisiología, Patología | VACANTE |
| Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal... | VACANTE |

PADRINO DE TESIS

DOCTOR JUSTO CARLÉ

DIRECTOR DEL HOSPITAL ESPAÑOL

A LA MEMORIA DE MI MADRE

A MI PADRE

A MIS HERMANOS

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Perduran en mi mente los que fueron mis maestros de primeras letras: Emilio García, Alberto Ges, Aifredo Grosso, Enrique Codino. Con aureolas de respeto y amor filial los rememoro á cada instante como generadores que fueron de mi ser intelectual.

Si ellos gozan de esta veneración, vosotros, que habéis coronado la obra, ¿no la gozaréis también? Sí; estáis ya en mi corazón y si los azares de la vida me alejan de vuestras cátedras, no será el olvido quien se interponga, sólo será el espacio.

Al daros mi adios no me acuden más palabras que: respeto y amor; escusadme si son escasas y aceptadlas como sinceras.

---

En el trabajo que presento á vuestra benevolencia veréis que mi objeto ha sido reunir lo que he encontrado útil en las obras que he consultado y

que se ocupan de fístulas uretrales, quiero decir, que mis distintos capítulos tocan superficialmente algunos hechos para hacer resaltar aquellos que una asistencia de diez y ocho meses al servicio de la sala VII del Hospital San Roque me ha demostrado ser de utilidad práctica.

Vereis también que en el capítulo «Tratamientos» me especializo en la uretroplastia de Guyon-Pasteau, con el fin de hacer conocer algunas modificaciones introducidas por el doctor Carlos Matta, las que, si no tuvieran importancia por sí mismas, la tendrían por ser obra de un compatriota que se inicia en la Cirugía con ardor y alientos de estudioso.

---

Séame permitido expresar mi sincera gratitud al doctor Carlé que me acompaña en este acto; al doctor Castaño mi estima por las muchas y buenas lecciones recibidas en su Clínica; al doctor Matta mi agradecimiento por haberme permitido la publicación de sus ideas.

---

# I

## DIVISION

Desde hace muchos años han sido borradas del cuadro de las fístulas uretrales, las que se llamaron ciegas internas y ciegas externas y que hoy son estudiadas, las primeras bajo la denominación de falsas vías en el capítulo dedicado á los traumatismos de la uretra, las segundas entre las afecciones de la piel.

Las falsas vías, sin negar que es con utilidad, por razones clínicas y didácticas, que se las suprime, creemos que anatómicamente no puede negárseles su carácter fistuloso, y por consiguiente, que no hay incorrección de lenguaje en aquellos que, como Pousson, en las páginas que les dedican, dentro de los traumatismos de ese órgano, las denominan fístulas uretrales, ciegas ó completas, según que desemboquen ó no en la vejiga. Mayor justicia hay en la eliminación de las ciegas exter-

nas que, proviniendo de abscesos de la piel, no tienen con el conducto más relación que la obligada proximidad resultante de la vecindad de aquella, si bien es cierto que suelen profundizarse y llegar á la perforación de la mucosa.

Entre las hipospadias obsérvanse algunas que son verdaderas fístulas congénitas, pero su misma etiología y patogenia muy especiales hacen que se cercenen también de nuestro capítulo para ser incluidas en el de aquellas de las que son simples variedades.

Con estas substracciones quedan, bajo el título de fístulas uretrales, las comunicaciones anormales y adquiridas de la uretra con el recto ó el exterior. Nos ocuparemos sólo de éstas ya que es cosa sancionada la exclusión de las antes mencionadas.

Circunscriptas á los límites indicados, ellas comprenden las tres variedades siguientes: uretro-rectales, uretro-períneo-escrotales y uretro-penianas, designaciones anátomo-topográficas aceptadas por todo el mundo, no precisamente porque ellas indiquen las regiones más ó menos limitadas donde residen, lo cual no es de mayor importancia, sino porque siendo distintas, en general, su etiología, anatomía patológica, tratamientos, etc., según sea su lugar, esas variedades constituyen una división más clínica que topográfica.

Nosotros, al describir la etiología, sintomatología, diagnóstico, etc., no lo haremos á parte para cada variedad en particular, como hacen los auto-

res, sino que, en vista de nuestro propósito de ser breves en estos puntos, los trataremos en conjunto, haciendo, para cada una, las aclaraciones ú observaciones que requieran, conducta que nos evitará evidentemente muchas repeticiones inútiles ganando en sencillez y claridad.

## II

# ETIOLOGÍA

Las múltiples causas de fístulas uretrales pueden agruparse en inflamatorias, traumáticas y diatésicas.

Las heridas de la uretra, que la pongan ó no en comunicación con el aire ambiente ó con la luz rectal, sean ellas producidas de dentro á fuera ó viceversa, suelen fistulizarse, esto es, detenerse en su reparación ó cicatrización, si no se interviene pronto y convenientemente. Ello es debido al pasage que se establece por ellas de la orina, ó á la infección de las superficies heridas, accidentes que perturban, uno y otro, su rápida coadjunción dando tiempo, por lo tanto, para que se haga su epidermización, con cuyo elemento es casi imposible la sanación espontánea.

Esta etiología es poco frecuente en razón de la rareza de los traumatismos llevados en esa región

tan resguardada del organismo, al par que movible, así como son raras las intervenciones quirúrgicas que llegan á abrir la uretra. En esta categoría debemos ordenar las rasgaduras de la mucosa y las falsas vías, frutos de cateterismo poco diestros ó del pasage forzado de cálculos ó su encastillamiento, sea que provengan de las vías superiores, sean originados en el canal mismo, lesiones, que supurando, pueden formar abscesos y terminar en fístulas por su abertura en el exterior.

Nuestra observación segunda se refiere á un caso de chancro del surco balano postático complicado de miasis y fístula, debida esta última, muy probablemente á la corrosión verminosa que representaría un ejemplo curioso de causa traumática obrando de fuera adentro como aquellas obran en sentido inverso.

Las causas inflamatorias, con mucho las más frecuentes, actúan como las traumáticas, del exterior hacia el interior por procesos que iniciados en los tejidos de la piel se profundizan hasta alcanzar la uretra ó, en sentido inverso, comenzando en ella para terminar en el dermis. A las que marchan en el primer sentido pertenecen los chancros, en particular los fagedénicos, que, á estar á lo que hemos observado, es el agente de la gran mayoría de las fístulas uretro penianas, constatación que no está de acuerdo con la afirmación de Pousson que atribuye esa primacía á los traumatismos (pág. 226); un chancro, ó una otra ulceración no venérea, lo-

calizado que sea en cualquier parte del pene, dados su carácter corrosivo, por un lado y la proximidad, sobre todo al nivel del frenillo, del canal á la piel, por otro, no es extraño que con relativa frecuencia lleguen á perforar la mucosa, máxime cuando no se le dispensan los más elementales cuidados higiénicos como es común ver entre el elemento pobre de la población.

El grupo constituído por los chancros y ulceraciones se complementa con los abscesos subcutáneos (foliculitis supurados, forúnculos, antrax) y las gangrenas más ó menos extendidas, que á veces suceden á las parafímosis y á la aplicación de anillos con fines onanísticos.

Pero las causas que priman sobre toda esta etiología son las inflamaciones de origen interno, en su inmensa mayoría complicaciones de la blenorragia y sus estrecheces, cuya extraordinaria frecuencia y su deplorable abandono por la generalidad nos dan la clave del por qué de su imperio en esta patogenia. Las supuraciones del tejido celular periuretral, consecutivas á la infección de sus glándulas (abscesos periuretrales), las cowperitis, abscesos urinosos, infiltraciones de orina y los abscesos prostáticos, son los procesos que forman este grupo.

Entre las causas diatésicas debemos ordenar los gomas sifilíticos, el cáncer y tuberculosis cutáneos y prostáticos.

## III

# ANATOMÍA PATOLÓGICA

En cuanto á anatomía patológica debemos decir que las fístulas uretrales no ofrecen grandes particularidades que las hagan distintas á la generalidad: orificios mucosos de ordinario únicos, orificios cutáneos en la mayoría de los casos también únicos, pero no raramente múltiples á veces en cantidad extraordinaria (56 en un caso citado por Pousson), prominentes ó deprimidos, con bordes adelgazados, ó á la inversa engrosados; trayectos únicos ó varios, directos unas veces, sinuosos y extendidos otras, tanto, que se refieren observaciones en las que el orificio externo avecindaba el ombligo ó la región poplítea, tan cortos en ocasiones, que han merecido de Thompson el nombre de fístulas ostiales y que se ven á menudo en las que se suceden á los chancros del frenillo; trayectos en forma de túneles continuos en muchas oca-

siones, con anfractuosidades, celdas, divertículos en otras; de calibre capilar ó á la inversa, de dimensiones tales, que sustituyen en sus funciones lo que resta de uretra hacia adelante (Obs. 4.ª)

Aun estudiadas histológicamene, se observa que su constitución es idéntica á la de cualquier otra fístula, salvo, quizás, una mayor frecuencia en la existencia del manchón fibroso que tan comúnmente sirve de guía al cirujano cuando las sinuosidades del trayecto impiden su sondaje; esta indura-ción, provocada por la constante irritación que causan el pus y la orina, adquiere á veces proporciones enormes en relación al calibre y extensión de los trayectos, y como frecuentemente engloban la uretra en su malla, hacen laboriosa, en más de una ocasión, la excición de ese tejido. Está de más decir que tal induración es el resultado de la transformación esclerosa del tejido embrionario, fruto de la irritación crónica que hemos mencionado. Agreguemos que en los primeros tiempos esa malla esclerosa casi no existe, pero no tarda en llegar y se desarrolla en proporción á su antigüedad.

La luz de la fístula está limitada, como en todas, por una capa de células planas de tipo epidérmico.

Es necesario mencionar un hecho que es de capital importancia por la influencia que tiene en la génesis y terapéutica de estas lesiones, y sobre lo cual deberemos volver: en la inmensa mayoría de las fístulas uretrales se encuentran estrecheces muy pronunciadas que las preceden inmediatamente, ya

como consecuencia de la induración peri-fistulosa, ya como complicación anterior de la blenorragia; esto hace que el orificio mucoso de una fístula no detiene casi jamás la bujía exploradora que penetra en el canal, pues que, en caso de serlo, lo es por la estrictura. Las rasísimas veces en que una sonda ó guia se insinúa en la fistula, es en los muy raros casos en que ella precede á la coartación.

Adviértase también que á un orificio cutáneo mínimo puede acompañar otro mucoso de muy superiores dimensiones y vice-versa.

## IV

## SINTOMAS

Un trayecto fistuloso de la uretra da pasaje siempre á la orina en mayor ó menor cantidad, y constituye su síntoma capital; pero, si en la mayoría de los casos el paciente ve y siente este molesto derrame, ocurre, en algunas ocasiones, que, en virtud del calibre estrecho y tortuoso del trayecto, ó su desembocadura hacia adelante de una estrechez, el derrame es tan mínimo, que no se hace visible ni para el médico, ni para el enfermo; en ese caso él se revela por el olor que se desprende de la region y las ropas, aun cuando se emplee la mayor higiene; este escape de orina se hace en el momento de las micciones, y se explica que así sea, por cuanto solo en ese momento circula dicho líquido por la uretra, y si ésta no ha perdido su continuidad completamente, ó en otras palabras, si la fístula por sus dimensiones no constituye una vía derivada

más fácil de seguir, cosa que más de una vez ocurre, la orina escapa bajo forma de gotas más abundantes al final de la micción, cuando no es solamente en ese momento que se produce.

Lo mismo sucede con el esperma, el cual, expulsado en el momento de la eyaculación, con violencia y bruscamente á la uretra, lógicamente se insinúa por el orificio interno de la fístula en mayor ó menor cantidad, según sea su tamaño, pero en razón de su poca cantidad y mucha densidad, este derrame en general es mínimo y muchas veces no se observa.

Aparte de estos dos líquidos fisiológicos, cuyo derrame es intermitente, se tiene un derrame continuo de pus, que es fácilmente visible en unos casos por su abundancia ó porque ensucia las ropas, y en otras, es necesario exprimir la región para ver salir una gota; su abundancia es variable de un día á otro, máxime, cuando en su trayecto se encuentran celdas ó divertículos ciegos, donde se acumula, que se evacúan más ó menos con los movimientos y presiones.

A más de estos derrames, se tienen los siguientes síntomas resultantes de su anatomía:

1.° Orificios cutáneos, fácil ó difícilmente visibles, ya sea en el vértice de una eminencia como carúncula, ya sea en el fondo de una depresión conoidea y fruncida, ó ya sea escondidos bajo un repliegue de la piel.

2.° Trayectos que los continúan, en ocasiones

sondables en toda su extensión, en cuyo caso un estilete introducido en la fístula choca y reconoce una sonda puesta en la uretra, pero en otras, las más, insondables á causa de su calibre capilar, flexuocidades y divertículos.

3.º Uno ó varios orificios mucosos reconocibles, ya por el sondaje simultáneo de la fístula y de la uretra, ya mediante la uretroscopía, rara vez practicable, por cierto, en razón de las estrecheces, ó ya por la inyección de líquidos coloreados.

4.º Masas de tejido indurado, más ó menos firme y más ó menos extendidas.

El eritema que rodea el orificio externo es tan constante, que puede figurar, como figura en algunas obras, entre los síntomas, annque en rigor, se trata de una complicación.

Para las fístulas uretro-rectales debemos agregar algo especial á ellas: es el pasaje de materias fecales y gases del recto á la uretra y la pérdida de orinas por el ano. Los otros síntomas ya mencionados existen también en ellas; pero, como se comprende, es mucho más difícil el constatarlos.

## V

## DIAGNOSTICO

Este diagnóstico es casi siempre fácil, facilísimo aún, pues basta en muchas ocasiones las primeras frases del paciente ó un simple vistazo dado á la región para hacerlo sin temor de. errar; pero no siempre es así.

Es siempre fácil para las fístulas penianas en cuanto á su existencia; fácil será aun determinar su etiología mediante el interrogatorio, pero en cambio, será difícil alguna vez decir el número de trayectos existentes si su exploración es impracticable.

En las perineo escrotales, una vez constatadas, es preciso preguntarse si van á dar realmente á la uretra ó á la vejiga, ó al recto. Aunque el lugar de elección de las fístulas rectales está por detrás de la línea bi-isquiática, no es raro que vengan á abrirse

por delante, como no es raro tampoco, que fístulas uretrales rebasen ese límite.

Si por la fístula corre orina no será rectal, seguramente; si esa orina aparece sólo en el acto de la micción será uretral, sin duda; si el derrame es contínuo será vesical, según toda probabilidad, pues en éstas, careciendo la fístula de esfínter en su extremo interno, la orina no puede acumularse y escapa, á medida de su producción, por el canal patológico, pero, si el esfínter vesical fuera insuficiente, por falta de tonicidad, por parálisis, ú otra razón, puede tenerse también por fístulas uretrales, derrames contínuos; en este caso la exploración simultánea de la fístula y de la uretra, cuando son posibles, quitará las dudas; si esas exploraciones no son posibles habrá de valerse del interrogatorio para cerciorarse del proceso anterior que les ha dado origen; en todo caso, una estrechez uretral es fuerte presunción para admitir la uretra como punto de partida. Cuando por la fístula sale solamente pus se hace necesario un interrogatorio minucioso primero y luego la exploración cuidadosa del trayecto, del recto y de la uretra; habrá de pensarse también en la posibilidad de su origen óseo, por cuanto estas fístulas óseas suelen abrirse muy por delante del ano aunque, de ordinario, lo hacen hacia atras.

Las fístulas uretro rectales se diagnostican sin dificultad cuando se constata, ó bien salida de orina por el ano, ó bien de excrementos y gases por la

uretra; en rigor de verdad recién se piensa en ellas cuando alguno de estos síntomas se presenta; cuando faltan tales síntomas y se piensa en la existencia de aquéllas, solo resta tratar de explorar con estiletes ó inyecciones, rara vez factibles por cierto.

En esta variedad, una vez diagnosticadas, es necesario averiguar su origen, pues, traumáticas, quirúrgicas casi siempre, ó inflamatorias, tienen un significado muy distinto del que tienen cuando provienen de un cáncer de la próstata, por ejemplo.

La diferenciación de las vésicorectales reposa en la influencia que tiene la micción, ó mejor dicho, la falta de influencia que tiene dicho acto, sobre el derrame de orina y en los datos que se obtengan con el cateterismo.

## VI

# COMPLICACIONES

A las fistulas uretrales pueden acompañar algunas complicaciones.

La primera en frecuencia es el eritema de la piel vecina, el cual, ya dijimos, es tan frecuente que constituye para algunos un síntoma de los más constantes; es debido á la irritación que acompaña á toda humectación constante del dermis particularmente cuando es, como en este caso, pus lo que humedece, acción aumentada aquí por la orina, que macera ampliamente la piel é inflama merced á sus sales y los productos de su fermentación, ácidos y amoníaco. Este eritema más ó menos extenso é intenso y que ocupa toda la piel que alcanza á ser mojada, peniana, escrotal, glútea, cara interna de los muslos, agrega, á las molestias del enfermo, el escozor y dolor que lo acompaña.

Otra complicación, del mismo genero y origen, es la rectitis en los uretro rectales, rectitis que, como es sabido, suelen ser tan dolorosas que convierten en un martirio verdadero el acto de la defecación.

Los divertículos laterales de los trayectos pueden ser origen de abcesos perifistulosos que se abrirán, en una ú otra parte, para aumentar los sufrimientos primero y luego, los trayectos, orificios é induraciones.

Estos mismos abscesos, ó los trayectos principales, pueden engendrar, por el mismo mecanismo que interviene en las estrecheces y abscesos periuretrales, temibles infiltraciones de orina sobre cuya gravedad no hay porque insistir.

Difícilmente se encontrará una lesión de esta naturaleza, que no sea acompañada de uretritis ó uretro-cistitis, de intensidad variables y ocurre preguntar ¿es engendrada por la fístula? ó ¿ésta es consecuencia de aquélla? La afirmativa está por la segunda proposición pero debe añadirse á la respuesta que la fístula hace perdurar la infección de la mucosa por ser fuente de micro organismos ó por constituir una boca de fácil entrada para los gérmenes del aire y polvos ambientes; bien puede, pues, figurar como complicación.

A parte de estas lesiones locales, tenemos dos de orden general, graves por esto mismo. Una es el desfallecimiento progresivo del indivíduo en cuya producción contribuyen dos factores: la depre-

sión moral del sujeto ante una lesión tan rebelde, difícil de ocultar y localizada en el órgano que más aprecia, por una parte y por otra, la anemia que acompaña á toda supuración prolongada; la otra es la toxinfección general que puede resultar, de la entrada de gérmenes al torrente circulatorio, ó de la infección renal, por vía ascendente, en particular cuando se trata de fístulas uretro rectales

## VII

# PRONÓSTICO

Poco hay que decir respecto á pronóstico, sin embargo, dos palabras.

En rarísimas ocasiones se verá la sanación completa sobrevenir en fístulas uretrales abandonadas á sí mismas, y decimos sanación completa porque suelen cerrarse, ú opturarse, en alguna extensión de su trayecto, por un tiempo más ó menos corto, para reabrirse luego, en el mismo sitio ó en otro, fenómeno que los enfermos toman por sanación real siéndolo solo en apariencia.

Sin embargo, alguna vez se ha visto la sanación permanente ocurrir en ausencia completa de tratamiento, pero es esto tan raro que no puede tenerse en cuenta.

Por el contrario, abandonadas, tienden siempre á aumentar su calibre, á causa de la supuración

constante que corroe sus paredes, forma nuevos abscesos y abre nuevas vías colaterales.

Agreguemos que la estrechez que precede á la fístula tiende á cerrarse, más y más, con el curso del tiempo, lo que trae como corolario, mayor abundancia de orina por la vía patológica cosa que no es como para favorecer su cicatrización.

Pero, sometidas á tratamientos, á pesar de las dificultades de la antisepsia, á pesar de las frecuentes recidivas, el pronóstico no puede ser sombrío. Pueden requerir, es cierto, operaciones delicadas, largas temporadas de cuidados asiduos, en algunas dos, tres y aún más intervenciones, pero con constancia por parte del médico y sobre todo del enfermo, se conseguirá casi siempre, una sanación radical si exeptuamos las de origen canceroso ó tuberculoso. Estas recidivas y prolongadas curaciones hacen el pronóstico excesivamente sombrío para algunos autores; no aceptamos esa conclusión, en primer lugar porque las recidivas no están en mayoría, ateniéndonos á los casos que hemos observado y en segundo, porque el hecho de que algunas veces se requiera perseverancia para triunfar de un mal no debe ser factor para desmayar sino para ser cada vez más tenaz. No queremos decir con esto, que tengamos á esta afección por leve, pero sí como curable y muy á menudo con facilidad. Si se pide en un momento dado decir en cuanto tiempo conseguiríamos la curación de una fístula, con tal ó cual tratamiento, no podrá por cierto

responderse porque en cualquier caso y con cualesquier procedimiento se puede fallar sin que nada permita preverlo, lo cual no impedirá que se insista ante el paciente respecto á la curabilidad de su lesión, tanto más cuanto que ella es favorecida por la constancia del médico y del enfermo unidas.

## VIII

# TRATAMIENTOS

Es este el capítulo más importante.

Poco hay que decir respecto á *tratamiento profiláctico*: es el de las lesiones previas ó precursoras. Todo absceso periuretral ó de la próstata y las infiltraciones, deben incindirse, sin pérdida de tiempo, en cuanto se nota ó reconoce fluctuación á lo que seguirá, una vez evacuado el pus, antisepsia diaria y toques con tintura de yodo, ó cloruro de zinc, á fin de apurar la cicatrización; se tratarán con medios apropiados, las estrecheces y uretro cistitis concominantes, si las hubiera. Los gomas sifilíticos reclaman con urgencia la medicación yoduro mercurial, á altas dosis.

Los chancros y abscesos subcutáneos no serán abandonados, sino vigilados con asiduidad; de la misma manera, los cánceres y tuberculosis cutá-

neos, serán tratados como es corriente, mediante el raspado, ó rayos Rötgen, ó Finsen, según la fé de cada cual. Las heridas de la uretra, quirúrgicas ó traumáticas, serán suturadas, inmediatamente de producidas, facilitándose su cicatrización poniendo una sonda permanente que evitará el contacto de la orina; sin embargo téngase presente que su permanencia por más de 48 horas es peligrosa en razón dela uretritis que provoca.

---

Producidas, las fístulas, su tratamiento es muy variable, ó mejor dicho, sus tratamientos son numerosos; esto bastará para comprender que no hay uno infalible para todos los casos, pero ello no significa aquí, que sean todos malos, por el contrario, todos cuentan excelentes éxitos, desde las simples cauterizaciones hasta las delicadas autoplastías; éxitos y fracasos acompañan las intervenciones más científicas y más habilmente ejecutadas.

No podemos describir detalladamente cada una de las operaciones propuestas por la extensión que estas páginas adquirirían y porque, al fin, no serían más que la trascripción de lo que, con tanta claridad, exponen Monod y Vanverts; nos limitaremos pues, á enumerarlas haciendo algunos comentarios prácticos; solo nos detendremos en la de Guyon Pasteau que fué adoptada con algunas modificaciones por el Dr. Carlos Matta en el enfermo de la observación 4ª.

---

Sea el que fuese el procedimiento que se adopte, no se olvide que nada garante el buen suceso y que en él tienen gran parte la habilidad del cirujano y la atención desplegada en los cuidados previos y consecutivos que tenderán, sobre todo, á evitar la presión de la orina sobre la uretra: dilatación, uretrotomía interna, sonda permanente, á lo que se añadirán frecuentes lavages vesicales. Deberáse tener presente así mismo, que se requiere ser tenaz y estar siempre dispuesto á repetir lo ya hecho, ó á apelar á otros medios cuando una, ó varias, primeras tentativas no han sido fructuosas, pues, donde el procedimiento más lógico y laborioso fracasa, suele hacer maravillas lo más sencillo y viceversa.

Curativo.—Poco menos que exclusivo es el tratamiento quirúrgico; sin embargo, las *inyecciones* y *tópicos* con substancias llamadas modificadoras, tintura de yodo, nitrato de plata, cloruro de zinc, ácido nítrico, etc., todos más ó menos cáusticos y antisépticos, han dado algunos resultados en las fístulas de trayecto corto y estrecho en casos de estricturasuretrales de grueso calibre y en otros lo han dado después de conveniente dilatación de la uretra. Cuando la fístula sea reciente y se haya llevado la uretra á un diámetro suficiente se debe y puede tentar estos medios sencillos que, al fin, son solo coadyuvantes de la dilatación previa. Estas tentativas durarán poco tiempo.

Antes de enumerar los diversos métodos operatorios creemos conveniente dedicar algunos párrafos al *restablecimiento previo de la luz uretral* puesto que es, no solo un medio quirúrgico que empleado exclusivamente resulta suficiente muchas veces, (observación 1.ª), sino que es un prelimiuar indispensable á toda intervención, la razón de lo cual, está en que con ello se suprimen las estrecheces, ó sea, la causa de esa excesiva presión que ejerce la orina en la uretra y en virtud de la cual se insinúa en la fístula, ó en la herida de la mucosa si aquella hubiera sido operada, lo que expone, por un lado al mal éxito, casi fatal, de la intervención y por otro, á la infiltración de orina.

Además ese trabajo previo permite la colocación de una sonda permanente ó el cateterismo evacuador repetido. cuando este se juzga preferible.

Cuando la fístula es reciente hay mucha probabilidad de conseguir su desaparición con este solo medio en cuyo caso se apelará á la uretrotomía interna, por ser más rápida; en las que no se crea que ese medio baste, se procederá á la dilatación lenta y progresiva.

---

Si se considera que toda fístula debe su tendencia á eternizarse tanto al pasage de líquidos por ella como á la epidermización de su superficie, se comprenderá, que á pesar de los éxitos obtenidos algunas veces con la uretrotomía interna, ó

la derivación de la orina mediante la cistotomía, no puede confiarse mucho en ellas porque persiste el segundo factor, la mencionada epidermización; agréguese á esto las induraciones perifustulosas, constituídas por tejido escleroso poco vascularizado é inapto, por lo tanto, para la cicatrización. Hemos dicho, ya, que ciertas fístulas, sea por abandono, sea por intervenciones infructuosas, adquieren dimensiones tales que la uretra desaparece en varios centímetros de su extensión; se hace necesario reintegrar el canal.

En lo que antecede está el orígen de las numerosas operaciones que vamos á enumerar:

1º. *Las cauterizaciones* al termo ó gálvano cauterio que sustituyen con ventaja á los tópicos por cuanto que, con ellas, es cierta la destrucción del epitelio fistuloso. Son aplicables á las fístulas capilares.

2º. *Las uretrorafias*, que consisten en avivar, previa colocación de una sonda sobre la cual se trabaja, el trayecto de la fístula, cuidando, ó respetando, la mucosa, convirtiéndola así en una cuenca conoidea cuyas caras se afrontan merced á suturas en seda ó crin, de preferencia á los hilos metálicos, sea á puntos separados, sea en guarda griega. Voillemier ha sido el promotor de este método y lleva su nombre. Es aplicable solo á las fístulas pequeñas, dando en estas condiciones, numerosos éxitos, sobre todo en las penianas, que es donde con más frecuencia, encuentra su indicación.

3º. *Liberación externa de la uretra.* Esta operación ideada para combatir las estrecheces complicadas de induración periuretral, cuyo fin, como lo indica el nombre con que la ha designado Guyon, es suprímir la compresión que aquella ejerce sobre el canal y que hace muchas veces aleatoria la dilatación progresiva, ha sido aplicada á la curación de las fístulas, en particular, á las períneo escrotales. Dilatada la uretra con anterioridad se diseca, después de abrir un amplio ojal en la piel y tejido celular, exactamente mediano, todo el tejido esclerosо que rodea la uretra y junto con él, los trayectos y divertículos de que la fístula está provista, hecho lo cual, se deja sonda permanente y se sutura: 1.º la uretra si ella ha sido dividida, con que se evitará en lo posible; 2.º las superficies cruentas. La exción será hecha con curetas, tijeras ó bisturí, según las facilidades. Algunos autores aconsejan dejar, salvo seguridades de perfecta asepsia, un ámplio dreno y buscar que la cicatrización se haga por brotamiento; esta práctica prolonga mucho la permanencia de la sonda que muchos enfermos no soportan más de dos ó tres días; por este motivo nosotros preferimos intentar la cicatrización por primera intención como se hace en el servicio del hospital San Roque.

Este método será el de elección cuando las callosidades hagan presumir la insuficiencia de la uretrorafia.

4°. *Uretroplastías.* Cuando la brecha uretral es de dimensiones tales que el afrontamiento de sus bordes es imposible con la uretrorrafia, no puede obtenerse su obturación con los procedimientos antes mencionados. Queda el recurso de las autoplastías, numerosas ellas mismas.

Ellas consisten en la obturación de la pérdida de substancia con tejidos tomados á la piel inmediatamente vecina, (método francés), ó de regiones más alejadas pero próximas, (método indiano), de regiones muy distantes (ingertos autoplásticos), ó de otros seres (método heteroplástico).

*Heteroplastías.*—Se comprende que dadas las dificultades del método, rara vez se ha recurrido á él tanto más cuanto que puede sustituirse, casi siempre, por el método indiano. Sin embargo las tentativas hechas han dado buenos resultados; puede, por consiguiente, emplearse cuando se encuentre preferible á los siguientes.

*Ingertos antoplásticos.*—Sapiejko, haciendo tómas en la mucosa labial del operado, Keyes y Mensel, aprovechando la cara interna del prepucio, han aplicado este método. Es susceptible de la misma observación que el anterior; no es necesario insistir, por lo tanto.

*Método indiano.*—En este las tomas se hacen en la piel de regiones vecinas que se llevan al punto por restaurar mediante la torsión, más ó menos pronunciada, de los colgajos; es también de escasa

aplicación y su indicación nace de la impracticabilidad del método francés. Los casos en que se ha utilizado lo ha sido obteniendo los colgajos en el abdomen, la ingle y el escroto (Cooper, Jobert, Delpech).

*Método francés.*—Todos los procedimientos del método francés han sido ejecutados con motivo de las fístulas uretrales. Todas las operaciones propuestas pueden agruparse en dos categorías comprendiendo, las primeras, aquellas que obtienen un solo plano antoplástico, las segundas, las que obtienen dos; estas, aunque de ejecución más laboriosa, son preferibles á las primeras pues, dan colgajos menos retráctiles y más resistentes.

Describimos como modelo la *uretro-plastia de Guyon Pasteau* aprovechando la oportunidad para señalar algunas modificaciones, ideadas y llevadas á la práctica por nuestro amigo, el joven y estudioso cirujano, Dr. Cárlos Matta, adscripto al servicio del Dr. Castaño, en el Hospital San Roque.

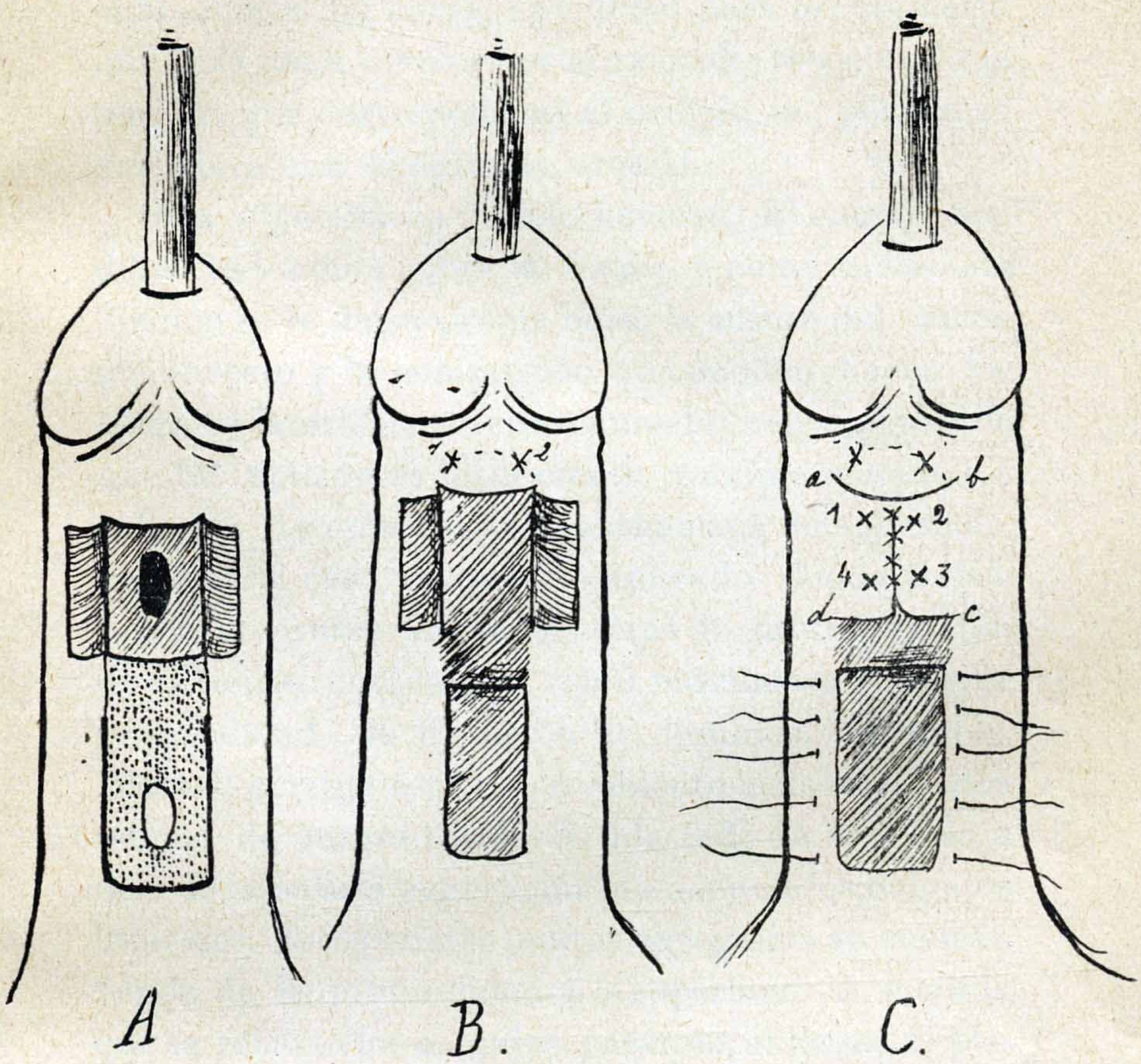
Hácia los lados de la fístula se desprenden dos colgajos de forma cuadrilátera teniendo su pié hácia fuera; estos colgajos sobrepasan la superficie á cubrir en tres ó cuatro milímetros; ellos constituirán el plano superficial de la autoplástica; el plano profundo lo dará un otro colgajo rectangular, mediano, tallado en dirección al eje del pene, adelante ó atrás de la fistula, según convenga, de base dirigida hácia ella de la que estará distante

cuatro milímetros, será de largo suficiente para que una vez invertido sobrepase, en tres milímetros el borde opuesto de la superficie cruenta dejada por los colgajos laterales; el ancho del mediano será igual al total del de los laterales. Obtenidos los 3 colgajos se rebate el mediano sobre la fístula y su estremidad, que la rebasa, se insinua bajo la piel que está delante y allí es fijado con dos ó tres puntos de sutura. Sobre él, cuya superficie cruenta estará al aire, se estienden los laterales, las caras vivas de los cuales, entrarán en contacto con la del colgajo mediano. La herida dejada al descubierto por la inversión del colgajo inferior se cubrirá fácilmente con una simple sutura de los bordes, movilizados si es preciso.

Se ve que en este procedimiento la superficie abocada á la uretra es la epidérmica del colgajo profundo y se comprende que así se ha hecho para evitar el epitelio uretral el trabajo de recubrirlo con lo cual se ganaría en tiempo y por consiguiente, en probabilidades de éxito.

Pero ¿cómo se puede esperar la adherencia de esa cara córnea y muerta, con la superficie cruenta que se le afronta? Solo es posible prévia destrucción de ella, que debemos suponer tenga lugar alguna vez, puesto que sus autores refieren éxitos, pero, no será seguramente, sin pérdida de tiempo y por lo tanto, sin insucesos, por cuanto ello facilita la difusión de los líquidos uretrales, difícilmentes exentos de microorganismos, entre el plano uretral y el autoplástico.

# URETROPLASTÍA DE GUYON-PASTEAU-MATTA




**A.**—Los colgajos laterales han sido levantados—El colgajo mediano está marcado por un puntillado en toda la extensión que se aviva por el raspado.

**B.**—El colgajo mediano ha sido rebatido sobre la fístula y suturado en 1 y 2.

**C.**—Los colgajos laterales han sido suturados sobre la línea mediana a b c d lugares de futuras fístulas. 1, 2, 3, 4 situación de los puntos totales.

Haciéndose el Dr. Matta estas reflexiones encontró el modo de salvar ese inconveniente: avivar la cara muerta del colgajo mediano para lo cual basta quitar la capa córnea por el raspado; respetando la porción que corresponderá al orificio es posible su soldadura con el epitelio uretral.

Otra objeción ha podido hacerse. El colgajo mediano es tendido sobre la fístula y como medio de fijación se le da su propia base, la sutura del extremo opuesto y la compresión que pueden hacer los colgajos laterales; no cuesta mucho convencerse de que tal fijación es insuficiente, máxime cuando los colgajos tengan varios centímetros de superficie, como en el caso en que fué aplicado donde debieron reintegrarse 2.5 centímetros de uretra; fijación insuficiente equivale á fácil movilidad y mayor probabilidad de filtración de líquidos. El autor, (Matta), corrige este inconveniente colocando dos puntos de sutura totales á cada lado de la fístula á más de la sutura superficial mediana de los colgajos laterales. Estos cuatro puntos agregados se colocan yendo de la profundidad á la superficie á medida que se rebaten los colgajos, pasando, al llegar al plano superior al otro lado de la línea media, es decir, que los puntos que toman la uretra y el colgajo mediano á la derecha toman el colgajo lateral de la izquierda y allí se anudan, los puntos de la izquierda son anudados á la derecha; con este cambio de dirección se traccionan los bordes de la uretra y los colgajos hácia la línea mediana.

Como se verá en la historia clínica respectiva, (obs. 4.ª) en los días subsiguientes al de la intervención los cuatro ángulos a, b, c, d, (fig. C), se retraen y supuran luego dando, por fin, lugar á cuatro fístulas capilares cuyo tratamiento ulterior y sin éxito ha hecho malograr en parte, el anteriormente obtenido. Este hecho indica que es necesario agregar otros cuatro puntos angulares. Sin embargo, ello no disminuye la bondad del procedimiento Guyon-Pasteau-Matta.

Los esquemas adjuntos han sido tomados al tratado de Tecnica Operatoria, de Monod y Vanverts con objeto de facilitar la comprensión de lo expuesto.

---

Dos palabras dedicadas al *tratamiento de las fístulas uretro rectales.*

Cuando ellas son recientes, la incisión simple, transversal, del periné, llevada hasta más arriba de la fístula, basta generalmente.

Cuando son antiguas, es decir, cuando el proceso agudo que les ha dado origen ha desaparecido, debe procederse á la obturación aislada de los dos orificios fistulosos para lo cual se incinde, igualmente, el periné por delante del recto y tan profundamente como sea posible, dividiendo el trayecto fistuloso en una porción rectal y otra uretral; ambos son cuidadosamente cureteados y suturados aisladamente. La herida perineal deja cerrarse por segunda intención.

Tiembicki desprende toda la porción extraperitoneal del recto, merced á una incisión circular, obtura, de la manera antes indicada, las dos porciones de la fístula y termina dando nueva orientación á la porción rectal, imprimiendo al órgano una rotación de 30° á 45°.

# HISTORIAS CLÍNICAS

**Observación I**

HOSPITAL SAN ROQUE

*Servicio del Dr. Castaño. Sala VII, Cama 15*

J. B. de 56 años, argentino, casado, peón de campo, ingresa al servicio el 5 de Diciembre de 1904.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Antecedentes personales.*—Blenorragia á la edad de 18 años mal atendida y reagudecida varias veces. A los 20 años chancros múltiples en el prepucio complicados de adenitis inguinal doble y supurada. Varios años después de su blenorrágia que creía sanada ha comenzado á notar dificultad en la micción y disminuición en la fuerza del chorro lo que ha aumentado paulatinamente hasta el día de hoy. En 1899 se forma hácia la raiz de las bolsas un pequeño tumor poco molesto que aumentó poco á poco de tamaño hasta alcanzar el de una nuez, entonces crece rápidamente, la piel se pone

roja, caliente y delgada, se hace blando y se abre espontáneamente en el vértice de las bolsas al cabo de 15 días, se evacua pus que ha continuado hasta hoy en pequeña cantidad. A los dos días de haberse vaciado vé que por el orificio abierto sale orina. Nunca lo ha atendido médico alguno. Es bebedor.

Otras enfermedades no ha tenido.

*Estado actual.*—Aparato urinario: En la parte inferior del escroto se ve una eminencia del tamaño de una lenteja, roja, deprimida en su centro donde hay un pequeño orificio cubierto constantemente por una gota de pus, aparecen gotas de orina al final y poco después de las micciones, no penetran ni inyecciones, ni sondas, ni estiletes, bajo esta eminencia se palpa un grueso nódulo calloso que se prolonga y hace cuerpo con la uretra, su compresión hace salir pus por el orificio. La exploraoión de la uretra da una estrechez Nº 15 á 4 centímetros del meato urinario y otra á 8 centímetros que solo deja pasar una guia.

La orina es clara, 200 gramos en cada micción y 1900 al día.

Nada anormal en otros órganos.

*Tratamiento.*—Diciembre 8. Se coloca una guía que se deja permanente 24 horas, se administra un purgante salino.

Diciembre 9.—Se cambia la guía y se opera una uretrotomía interna. Abundantes lavajes vesicales

con oxicianuro de hidrargirio y ácido bórico. Se deja sonda permanente.

Diciembre 10.—Mismos lavages de vegiga, Se quita la sonda, se curetea el reborde de la tístula y se cubre con gaza simple.

Diciembre 11 á 17.—Lavages vesicales, cocimiento de estigmas de maíz.

Diciembre 18.—Se empieza á dilatar con sondas Beniqué y se pasa al consultorio externo.

*Curso.*—Desde el día de la intervención no ha salido más orina por la fístula. El pus disminuye paulatinamente hasta desaparecer el día 20. El 20 de Enero se lo da completamente de alta con la uretra de calibre 52 y la fístula cerrada con persistencia del nódulo perifístuloso aunque más pequeño.

**Observación II.**

HOSPITAL SAN ROQUE

*Servicio del Doctor Castaño— Sala VII—Cama 26*

E. P., de 25 años, soltero, italiano, carbonero, ingresa al servicio el 15 de Enero de 1905.

*Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.—Antecedentes personales.—Idem.*

*Enfermedad actual.*—El 25 de Diciembre próximo pasado comienza á manifestarse una pequeña ulceración al costado del frenillo á la cual no le da importancia hasta pasado varios días durante los cuales la primera ulceración se multiplica y agranda al par que se inicia una violenta inflamación la que le convierte su fimosis congénita en parafimosis desde el 1.º del corriente; esta ha aumentado progresivamente en su constricción y volúmen; han progresado igualmente las ulceraciones y la cantidad de pus.

*Estado actual.*—A su entrada al servicio se constata: parafimosis, prepucio enormemente distendido por edema; glande de coloración morada, turgescente, chancros numerosos y confluentes ocupando casi todo el surco balano postático; en el ángulo que forma éste con el frenillo á la derecha, amplificado por el edema, hay acumulación pestífera y repugnante de pus, colgajos de esfacelo, y numerosas larvas de mosca, de centímetro y medio de largo. Hacia adelante á dos centímetros del meato bajo la inserción del frenillo un orificio de dos milímetros de diámetro abre la uretra al cual lo ocupa una larva metida en él.

*Tratamiento.*—Previa extracción con pinzas de las larvas que pueden cogerse y colgajos más accesibles se practican amplias irrigaciones de bicloruro de mercurio al 1 °/₀₀ y se debrida el anillo estrictural. Hecho movible el prepucio se puede proceder á una más cómoda curación del foco de miasis que es cureteado. Curación seca al yodoformo.

Enero 16.—Aparecen algunas larvas muertas que se extraen. El edema á disminuido notablemente. Se repite la misma curación.

Enero 17 á Febrero 10.—Con idéntico tratamiento todos los días, en esta fecha, todo está cicatrizado á excepción de la fístula que persiste. Persiste igualmente un nódulo escleroso del tamaño de una pequeña nuez en la parte inferior del prepucio.

Febrero 12.—Se interviene nuevamente: se exinde el nódulo fibroso y sobre la fístula se aplica el procedimiento de Voillemier con éxito, pues el enfermo es dado de alta, sano, el día 22.

**Observación III**

HOSPITAL C. ARGERICH

*Servicio del Doctor Washington Alvarez.—Fecha de entrada: Junio 20 de 1905.—Cama 2.— Sala 1.ª*

J. C., de 19 años, soltero, argentino, marinero.

*Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.— Antecedentes personales.—Sin importancia.*

*Enfermedad actual.*—Un chancro fagedénico por el cual ha sido asistido en el Consultorio Externo de este Hospital abrió una brecha en la extremidad anterior de la cara inferior del prepucio que llegó á interesar la uretra. Desaparecido el chancro hace un mes próximamente esa brecha no cerró por completo.

*Estado actual.*—En el punto de unión de la extremidad posterior del frenillo con el prepucio existe un grueso nódulo provisto de un canal por el cual penetra una guía hasta la uretra; mide 4 ó 5 milímetros de longitud, deja pasar la orina en abun-

dancia durante las micciones, pocas veces se muestra una gota de pus.

*Tratamiento.*—El día 21 se hace una primera intervención consistente en la simple cauterización con la punta fina del termo cauterio. Sonda permanente.

Al cabo de 8 días no se nota tendencia á cicatrizar, por el contrario, su calibre es mayor. Se suprime la sondá y esperan seis días para que desaparezca la uretritis producida.

Julio 5.—Se interviene por segunda vez con simple curetage enérgico. Sonda permanente. No dió resultados.

Julio 29.—Nueva intervención. Se anestesia la región con inyección de cocaina. Se extirpa el nódulo fibroso sin dificultad y se cubre la brecha con la piel vecina la cual es suturada con crin. Sonda permanente. Se suprime la sonda el día 26 habiéndose retirado los hilos el 25. Sale de alta, sano, el día 3 de Agosto.

**Observación IV.**

HOSPITAL SAN ROQUE

J. S. G. de 30 años, soltero, argentino, empleado ingresa al servicio el 22 de Agosto de 1904.

*Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.*

*Antecedentes personales.*—Su pasado patológico se resume en una blenorragia adquirida hace 10 años, no sanada jamás en virtud de la falta de cuidados: como consecuencia de esto, síntomas de estrechez uretral, de intensidad variable no habiendo sido, tampoco, regularmente atendida.

*Enfermedad actual.*—Proviene de un absceso urinoso desarrollado en el periné en el mes de Junio y abierto al exterior espontáneamente; se forma una fístula que al cabo de pocos días se cierra para reabrirse á las dos ó tres semanas, esta vez, por dos orificios.

*Estado actual.*—A su entrada al servicio se observa: dos orificios fistulosos situados en la parte

media del periné anterior, por los que se hace penetrar una sonda en algunos milímitros de profundidad sin que se consiga penetrar hasta la uretra; la induración perifistulosa es muy extendida; la orina y pus que corren por los trayectos son abundantes; la uretra está provista de una estrechez N.º 14 en la región bulbar; hay uretritis.

*Tratamiento.*—Pocos días después de su entrada se comienza á dilatar la uretra y tratar la uretritis asi como las fístulas directamente con toques de cloruro de zinc al 5 °/₀. No se consigue mejoría y el 15 de Septiembre se opera procurando hacer la liberación externa de la uretra. El resultado obtenido es malo puesto que las dos fístulas primeras se convierten en una mediana de 4 milímetros de diámetro. El día 10 de Noviembre se repite la misma operación cuyo resultado final es otra fístula de dimenciones muchos mayores que aumentan después junto con la retracción de los tejidos.

A fines de Enero del año siguiente el Doctor Matta se hace cargo del enfermo y decide aplicar el procedimiento Guyon Pasteau con las modificaciones que había imaginado y de las que he hablado en el capítulo último.

El estado de las lesiones en essa fecha es el siguiente: la uretra se abre en el periné en una extensión de 2 cents. de largo por 1 de ancho, la pared inferior y laterales del conducto han desaparecido de modo que la mucosa de la cara superior

de la uretra parece continuarse con la piel vecina; por ahí se elimina la orina en totalidad, hay intensa eritema en toda la región; uretro cistitis marcadas.

Con cuidados asíduos durante algunos días se consigue mejorar la uretro cistitis y se procede á la operación el día 22.

Durante las primeras venticuatro horas sonda permanente y luego sondaje evacuador repetido.

Al cabo de diez días los ángulos externos de los colgajos laterales, que se habían retraido, comienzan á supurar unos después de otros y se convierten, al fin, en cuatro pequeñas fístulas; de estas se suprime una,con toques de termo cauterio y otra por avivamiento y sutura. poco después las dos restantes, posteriores, son avivadas á un mismo tiempo y suturadas; ellas cicatrizan bien pero, á causa de la delgadez y poca vivacidad del tejido auto plástico, la tracción que ejercen las suturas de las fistulillas, aquel cede en la línea media y resulta una nueva fístula.

Obligado á ausentarse el Doctor Matta deja su enfermo quien, sin embargo, es operado otra vez en el mismo servicio pero sin éxito pues cuenta aun, según escribe desde su provincia, con dos fístulas pequeñas.

ALFONSO A. FORNS.

Buenos Aires, Marzo de 1907.

Buenos Aires, Abril 2 de 1907.

Nómbrase al Consejero Dr. Antonio Gandolfo, al profesor titular Dr. Pedro Benedit, y al profesor suplente Dr. Bernardino Maraini, para que constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tésis, de acuerdo con el Art. 4.° de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. CANTON
*R. S. Gómez*

Buenos Aires, Abril 9 de 1907.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta n.° 1722, del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON
*R. S. Gómez*

# PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

## I

Consecuencias lejanas de las uretroplastias.

## II

¿Debe ponerse sonda permanente después de las intervenciones autoplásticas de la uretra?

## III

Importancia de la dilatación, después de las intervenciones autoplásticas practicadas en la uretra.

---

# BIBLIOGRAFIA


GÓMEZ J. W..... *La peri-uretrotomía.* Tesis de Buenos Aires, 1890.

DIAZ CASTRO M. B..... *Contribución al estudio de la uretrotomía externa.* Tesis de Buenos Aires, 1891.

FORGUE E..... *Précis de pathologie externe.*

RECLUS, KIRMISSON, PEYROT, BOUILLY..... *Manuel de pothologie externe.*

DUPLAY, ROCHARD, DEMOULIN..... *Manuel de diagnóstic chirurgical.*

DUPLAY, RECLUS..... *Traité de chirurgie.*

LE DENTU Y DELBET..... *Traité de chirurgie clinique et operatoire.*

MONOD Y VANVERTS..... *Traité de technique operatoire.*

POUSSON A..... *Précis des maladies des voies urinaires.*

ROCHET V..... *Chirurgie de l' uréthre, de la vessie, de la prostate.*

CIVIALE J..... *Traité practique des maladies des voies urinaires.*