Año 1908 N.o 1799

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

URETROTOMIA INTERNA DE URGENCIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PASTOR E. TABOADA

Ex-practicante menor y mayor interno del Hospital «J. A. Fernández (1905-1908)

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA», IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1908

URETROTOMIA INTERNA DE URGENCIA

Año 1908 N.o 1799

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

URETROTOMIA INTERNA DE URGENCIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PASTOR E. TABOADA

Ex-practicante menor y mayor interno del Hospital «J. A. Fernández (1905-1908)

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA», IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1908

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » 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 (con lic.)
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA (con lic.)
» » J. MANUEL IRIZAR

Secretarios

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

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» JAIME R. COSTA (con lic.)
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO A. ALFARO (con lic.)
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ (con lic.)
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
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
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
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	» ALFREDO LANARI
Química Médica	» VACANTE
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ (con lic.)
Química aplicada á la Medicina	» VACANTE
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ » ALOIS BACHMANN
Anatomía Descriptiva	» VACANTE
» »	» VACANTE
Semiología y ejercicios clínicos	» VACANTE
Anatomía Topográfica	» VACANTE
Fisiología General y Humana.	» VACANTE
Anatomía Patológica	» VACANTE
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	» FELIPE JUSTO
Materia Médica y Terapéutica.	» VACANTE
Medicina Operatoria	» VACANTE
Clínica Ginecológica	» VACANTE
» Oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
» Dermat.ª y Sifilográfica	» VACANTE
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON (en ejerc.) » RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» VACANTE
Clínica Oftalmologica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Epidemiológica	» VACANTE
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS » MARCELINO HERRERA VEGAS » JOSÈ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING » RICARDO COLÓN » LUIS AGOTE (en ejerc.)
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO » ENRIQUE ZÁRATE » ALBERTO PERALTA RAMOS » ARTURO ENRIQUEZ
Toxicología Experimental	» VACANTE
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS » MAMERTO ACUÑA
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Profesores Honorarios

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUAN R. FERNANDEZ

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Anatomía Patológica.....	DR. JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Oftalmológica.....	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica.....	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MÚJICA (con lic.)
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 (en ejerc.)
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	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

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

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

PADRINO DE TESIS

DOCTOR JUAN CARLOS CÓRDOBA

PRÓLOGO

La relativa frecuencia en que como interno de Hospital me ha sido dado intervenir en los casos siempre apremiantes de una retencion de orina, me han decidido á estudiar brevemente este grave síntoma en una de sus variedades más frecuentes: por estrecheces uretrales.

Confieso que mi criterio fué siempre poco claro respecto á este capítulo de Terapéutica Quirúrgica y que las nociones adquiridas en el curso de mis estudios eran demasiado vagas para permitirme una conducta firme y sin vacilaciones en este caso concreto.

Hoy, tengo la convicción de que debe hacerse una uretrotomía interna siempre que sea posible pasar una bujía.

Quizás esta conclusión no esté muy ajustada á lo clásico, pero, el éxito de la pequeña experiencia representada por los pocos casos, todos personales, referidos al final, justifica cuando menos su defensa.

RETENCIÓN DE ORINA

La retención es la imposibilidad de emitir naturalmente, por la uretra, parte ó totalidad de la orina contenida en la vejiga. (Boully, Kendirdjy). Originada por un gran número de causas de orígen muy variado, su conocimiento es indispensable si ha de instituirse una terapéutica racional. Guyón las clasifica en cinco categorías que originan otras tantas variedades de retención.

I. *Retención de causa inflamatoria, congestiva y espasmódica.* Se la observa principalmente en las uretritis agudas, en las lesiones próstato-vesicales, en los calculosos, en los tuberculosos urinarios, en las lesiones profundas del riñón.

Sin existencia de lesión material alguna se presenta en neurópatas, en neurasténicos genitales, *falsos urinarios*, entre los que podrían íncluirse sujetos portadores de lesiones medulares más ó menos manifiestas ó latentes. En todos estos últimos casos

la retención es debida a un espasmo de la porción membranosa de la uretra.

II. *Retención en los estrechos*—Es la más importante para nuestro tema y cuya patogenia estudiaremos después con mayor detenimiento.

III. *Retención en los prostáticos*—En los que llegan al segundo ó tercer período de la enfermedad, variedad que dá origen á interesantes consideraciones de terapéutica quirúrgica.

IV.—*Retención de origen traumático*—Comunes las rupturas en lo que se llama un *falso paso* del coito en sujetos blenorrágicos, localizadas en la región peneana de la uretra, no dan generalmente origen de manera inmediata á este grave síntoma, limitándose á un pequeño hematoma en virola que puede llegar, sin embargo, á constituir más tarde una variedad de estrechez de las llamadas mixtas, de extructura particular, las esclero-cicatriciales, en cuyo caso correspondería á la segunda variedad.

Muy distintas como gravedad inmediata y mediata son las rupturas de la uretra por una caída á horcajadas sobre un cuerpo resistente ó las contusiones en la región perineal, rupturas de localización dominante en la porción bulbar, según Guyón, y exclusivas é esta región según Cras y Terillón.

Poncet y Ollier han estudiado las rupturas de la uretra membranosa en las caídas ó contusiones sobre el periné, muy raras, atribuyéndolas á la aris-

ta de la aponeurósis de Cárcassonne, á la cuerda transversal de Henle, en experiencias que no han sido confirmadas.

Las fracturas de la pelvis, del arco isquio-pubiano, se complican á veces de ruptura de la uretra profunda.

En todos estos casos, aparte de la acción mecánica, de la solucion de continuidad del canal, interviene también, según Kendirdjy, el espasmo de la porción membranosa.

V. *Retención de causa mecánica*—En la mujer la cabeza fetal en el período expulsivo del parto. Neoplasmas de la pelvis, tumores periuretrales, coágulos, cálculos, cuerpos extraños, taponamientos rectales ó vaginales, etc.

Aparte de estos casos, la retención de orina puede sobrevenir en muchas otras circuntancias. Baste citar como ejemplo las fiebres graves, tifoidea, neumonía, la peritonitis, la retención que se produce consecutivamente á íntervenciones quirúrgicas en el abdómen ó el periné, especialmente en la mujer, á una simple contusión, á una luxación coxofemoral. Recordamos haber observado un sujeto en en la sala V del Hospital Fernandez en quien sobrevino una retención de orina sin más causa aparente que una herida de bala en la rodilla. Verdad que se trataba de un joven neurópata en quien se encontraba completa la *triada* de Guyón.

Es interesante recordar por su frecuencia la retención de orina en los flemones de la fosa isquio-rectal, «lo que puede llegar á engañar al médico sobre la naturaleza de la afección principal», como hace notar Tillaux. Todos estos casos obedecen á parálisis vesicales de causa oscura y podrían inclurse en la primera categoría.

La retención es á veces completa y se caracteriza por la imposibilidad absoluta de poder emitir voluntariamente una sola gota de orina. Es á veces incompleta, correspondiendo á lo que Civiale llamó *estancamiento de orina en la vejiga*, en la que se observan los hechos en apariencia contradictorios: posibilidad de orinar é imposibilidad de vaciar la vejiga (Guyón).

Clínicamente es necesario distinguir la retención aguda y la retención crónica. La retención aguda es siempre completa. La crónica puede ser completa también, pero generalmente es incompleta. Por regla general, la primera va precedida de un largo período de retención incompleta, con sus características de deseos frecuentes de orinar y á veces dolores que se asemejan á los de la retención completa aguda, ó frecuencia no dolorosa de las micciones con distensión de la vejiga, en la que queda siempre un resíduo más ó menos grande de orina, como en la hipertrofia de la próstata. por ejemplo.

En la retención completa se observa á veces un hecho interesante, al que se ha dado el nombre de *micción por rebalsamiento* ó falsa incontinencia. Un sujeto ha pasado por una crisis dolorosa ó nó de retención, á la que ha sucedido la pérdida involuntaria de orina en pequeñas cantidades, pero contínua, dando la ilusión de que orina copiosamente. Se observa, sin embargo, la vejiga distendida y, por cateterismo evacuador, se extrae gran cantidad de orina. Para que este fenómeno paradógico se produzca, es necesario que el obstáculo á la emision se encuentre en el cuerpo ó el cuello de la vejiga, quedando libre la uretra, En estas condiciones, en los prostáticos por ejemplo, ó en las parálisis vesicales, la vejiga se deja distender hasta el máximum de su extensibilidad. La orina que llega contínuamente y que no puede retroceder, por razones anatómicas, á su punto de orígen, ejerce una presión cada vez mayor sobre los paredes del órgano y llega un momento en que necesariamente va á estallar y es precisamente entonces que el cuello, siempre que no esté herméticamente obstruido, siendo la parte menos resistente de la cavidad, cede, se deja forzar y el exceso de líquido fluye en pequeñas porciones hacia la uretra. Es necesario, pues, para que haya micción por rebalsamiento que la uretra y el cuello sean relativamente permeables. (Tillaux).

Existe una incontinencia verdadera en los antiguos estrechos que hacen grandes esfuerzos para poder orinar. En estos sujetos la porción post-estrictural de la uretra se distiende permanentemente hasta formar con la vejiga y el cuello una cavidad contínua en forma de cono, de vértice constituido por la estrechez.

En estas condiciones las funciones del cuello como esfinter desaparecen totalmente y es reemplazado por el anillo fibroso de la estrictura, rugoso, irregular y por consiguiente de oclusión incompleta. (Lallemand). La incontinencia de estos sujetos es solamente diurna al principio, lo que se explica fácilmente, pues, en la estación de pié la gravedad y el esfuerzo hacen descender el líquido hacia este nuevo esfínter imperfecto, pero los progresos de la retención incompleta hacen que posteriormente continúe en el decúbito dorsal y sea tambien nocturna.

A la larga, toda retención de orina completa ó incompleta, repercute sobre el árbol urinario superior perturbando gravemente sus funciones, por dos causas poderosas, mecánica la una, vital la otra. En efecto, el aparato urinario está sometido en estos casos á la hipertensión permanente y á la infección. En los casos extremos el estancamiento prolongado de la orina en la vejiga comienza por producir una dilatación de los uréteres, de las pel-

vis, de los cálices, para terminar en la dilatación y en la atrofia del parénquima renal. La infección, por otra prate, amenaza grave y constante en los antiguos urinarios, empieza por la mucosa vesical, la cistitis, de donde, por vía ascendente, se propaga á los uréteres y hasta los canalículos urinarios, constituyendo en último grado la *cisto-pielonefritis* ascendente, caracterizada en el riñón, microscópicamente, por una neoformación de tejido conjuntivo que comienza en las pirámides é invade luego la substancia cortical. Los elementos nobles del órgano se alteran y acaban por desaparecer por la proliferación y la retracción consecutiva del tejido conectivo. Tal es la constitución histológica de la nefritis intersticial difusa de los períodos últimos, al que corresponde un pequeño riñón atrofiado, sembrado en su superficie de pequeños quistes y colecciones purulentas; no existe distinción entre ambas capas cortical y medular; la cápsula engrosada.

La infección, por otra parte, agrega su contingente de gravedad á esta insuficiencia de los órganos más importantes para la depuración orgánica. Es producida por agentes microbianos susceptibles de cultivarse en la orina al abrigo del aire, especialmente el colibacilo, gèrmenes constantes en los antiguos urinarios, como decíamos, y por el pasage al medio interno de estos agentes ó de sus toxinas.

Los accidentes infecciosos en los urinarios son expontáneos ó provocados. Estos estallan á veces á consecuencia de un mínimo accidente: un cateterismo explorador, una meatotomia, etc.

Clínicamente pueden distinguire varios tipos de infección urinaria, más ó menos graves, encuadrados en dos formas principales: la aguda y la crónica.

En la forma aguda se trata generalmte de un estrecho en estado de infección latente, en quien un simple cateterismo, una exploración, provocan un violento escalofrío, un acceso febril franco, en un todo semejante al de la fiebre palustre, con sus tres clásicos estados de escalofrío, calor y sudores. Durante el acceso se constatan 40° ó 41° de temperatura, pero á la noche vuelve á la normal. Puede observarse delirio, perturbaciones digestivas, algunas veces vómitos y diarrea fétida. El pulso acelerado é irregular, De corta duración por regla general, puede, sin embargo, llegar á prolongarse por dos ó tres días.

Otras veces el cuadro clínico es más grave. Se trata entonces de un estado febril constante, con exacerbaciones. El riñón congestionado, doloroso y palpable, atestigua una repercusión más profunda de la infección. La lengua se seca primero y aparece después negruzca y fuliginosa. El *muguet* se instala en la boca, acompañado de vómitos y dia-

rrea fétida. La obnubilación intelectual es grande. con tendencia casi invencible al sueño. La cantidad de orina emitida en las 24 horas disminuye. En el período último aparecen complicaciones diversas, púrpura, supuraciones á distancia, parotiditis, etc.

Recordamos un sujeto en quien hicimos una simple meatotomia en un caso de estrechez cicatricial del meato por antiguo chancro y un cateterismo explorador con el objeto de iniciar una dilatación con Beniqué por estrecheces inflamatorias múltiples de la uretra. La pequeña intervención y la exploración transcurrieron sin ningún incidente y nada hacía sospechar sus consecuencias, cuando dos días después se nos presentó el sujeto en plena infección urinaria grave á forma tifoidea. Desgraciadamente se negó á internarse en el Hospital é ignoramos la suerte que corrió.

En la forma crónica, que es al mismo tiempo lenta, predominan los fenómenos digestivos; son sujetos de digestiones difíciles y laboriosas, de lengua roja en los bordes y la punta y negra en el centro, «lengua urinaria», »lengua de loro».

La mucosa bucal y faríngea seca, áspera y como barnizada, haciendo penosa la deglución de los sólidos, «disfagia bucal» de Guyón. La sed es ardiente y beben ávidamente. La constipación es tenáz, mas rara vez se observan vómitos y diarrea, constante esta última en el período terminal. He-

cho digno de notarse, puede no haber fiebre y cuando existe es tan poco manifiesta que es necesario buscarla con cuidado, no pasando generalmente de 38°. La nutrición y el estado general son cada vez peores y el sujeto se acerca paulatinamente al período final en lamentable estado de achatamiento físico y moral, de color amarillo terroso, extremadamente adelgazado. Tal es el cuadro de la «caquexia urinaria» tan magistralmente descripta por Guyón y que puede aplicarse á un antiguo estrecho ó prostático con retención crónica incompleta é infectado á forma lenta.

La crisis de retención aguda es inolvidable para el que la ha visto una sola vez. La vejiga distendida puede llegar en algunos casos á proporciones colosales. Baste saber que puede llegar hasta el apéndice xifoide y hasta rechazar el diafragma en los casos extremos. La ruptura es rara. Ordinariamente se presenta bajo forma de un globo que rara vez excede del ombligo. El sujeto, presa de horribles dolores, puja desesperadamente sin conseguir expulsar una sola gota. Sobrevienen períodos de calma cada vez más cortos, después de los que la necesídad imperiosa de orinar se reproduce. Pero el esfuerzo es inútil. Voluntarios primero, involuntarios después, los esfuerzos y el tenesmo llegan al paroxismo. Los dolores se irradian al periné, al hiporgastrio, hasta la extremidad del glande, hacia la región lumbar.

El enfermo ansioso, agitado, cubierto de sudor, grita, se desespera, contínuamente en movimiento, se acuesta, se levanta, ensaya sucesivamente nuevas posiciones é inconsciente, delirante. pierde la noción del mundo exterior, pero, en medio de la incoherencia de sus palabras y de sus ideas, la «angustia vesical» persiste y automáticamente sus manos recorren incesantemente el pene, el periné, el hipogastrio. Los músculos abdominales, fuertemente contraidos, tetanizados, se dibujan en relieve bajo la piel. (Guyón).

Referidas sumariamente las causas, las variedades, los desórdenes anátomo-patológicos á que da lugar, su sintomatología, digamos algunas palabras sobre el diagnóstico, en general, de la retención de orina.

Desde luego, el globo vesical distendido forma un tumor mediano, fácilmente perceptible en los sujetos de paredes abdominales delgadas, porque en los de paredes gruesas pasa fácilmente desapercibido, á no ser cierta renitencia y, sobre todo, la macidez á la percusión del hipogastrio.

El tumor es mediano y podría confundirse con el útero grávido ó con un quiste. Podría confundirse con un flemón de la cavidad de Retzius, pero el tumor vesical es fluctuante lo que no sucedería con el flemón, á menos de haberse formado un absceso, en cuyo caso los síntomas cardinales de la in-

flamación decidirían el diagnóstico. Este sería imposible si coexistiera el flemón con una retención. (Tillaux).

Los fenómenos generales son muy acusados cuando la retención es de causa uretral y pueden pasar hasta desapercibidos cuando son de orígen vesical.

Los antecedentes del enfermo nos guiarán en el diagnóstico de la causa y es por el interrogatorio que debe comenzarse antes de todo exámen. Averiguaremos si el enfermo ha recibido una contusión ó un traumatismo cualquiera en el periné ó en la pelvis, en cuyo caso debe pensarse en una estrechez cicatrícial precoz. Preguntaremos si ha tenido blenorragia una ó varias. La edad del sujeto es importante. Si es jóven nos inclinaremos á una estrechez y á una prostatomegalia si es un hombre maduro recordando, sin embargo, la sentencia de Guyón, de que «hay jóvenes prostáticos y viejos estrechos».

El exámen físico comprobará ó rectificará nuestro diagnóstico de la causa. Con un explorador á bola recorreremos el canal. En un estrecho blenorrágico, antes de llegar á la estrechez causante de la retención, encontraremos varias de calibre mayor. No así en la estrechez traumática que es única y situada en la uretra profunda, mientras que aquellas están en el bulbo.

Un espasmo del esfínter interuretral se distingui-

rá por el sitio y por no ir precedido de las estreche-ces múltiples de los blenorrágicos. Una sonda voluminosa, de preferencia metálica, apoyada prudentemente y durante algún tiempo, vencerá el obstáculo.

Finalmente, el tacto rectal nos ilustrará sobre el volúmen, consistencia, etc., de la próstata.

Si no es posible descubrir ninguna de estas causas, nos inclinaremos á considerarla como provocada por una de aquellas múltiples circunstancias de que hablamos al principio.

Damos por terminadas estan breves consideraciones sobre la retención de orina en general y en el siguiente parágrafo estudiaremos las estrecheces uretrales y las inflamatorias especialmente, punto directamente relacionado con nuestro tema.

ESTRECHECES URETRALES

Quizás ningún tema de medicina haya dado orígen á mayor número de trabajos que este. Es una afección estudiada hasta en sus menores detalles y puede decirse que hay unanimidad de opiniones en lo que se refiere á su etiología, anatomía patológica, patogenía, etc.

Thompson y Guyón han contribuido grandemente con sus lecciones clínicas á su perfecto conocimiento bajo todos sus aspectos y en cuanto á la anatomía patológica, un gran número de trabajos de estos últimos años han dilucidado completamente el punto. Tales son los de Gaza von Antal, Vajda, Neelsen, Dittel, etc., y particularmente Finger en Alemania, de Melville Wasserman y Noël Hallé, especialmente, en Francia, con sus cortes en serie de la uretra y el pene y muchísimos otros.

Por estrechez uretral debe entenderse una disminución adquirida, más ó menos pronunciada del ca-

libre del canal, cuya causa es un obstáculo permanente y progresivo determinado por alteraciones patológicas de las paredes de la Uretra. (Guyón).

Desde luego, se encuentran excluidas de esta definición las estrecheces congénitas que no son, además, progresivas; las disminuciones de calibre pasajeras debidas á espasmos de la porción esponjosa, desde que no son permanentes, lo mismo que las transitorias debidas á inflamaciones agudas de la mucosa del canal y, finalmente, las que provienen de presiones permanentes, pero externas, debidas á un neoplasma periuretral ó á un tumor vecino.

Aún hechas estas eliminaciones son varias las causas que pueden producir una estrechez uretral y de ahí que se imponga una clasificación. La más aceptada es la de Voillemier y Guyón que las dividen en dos grandes categorías: I Estrecheces inflamatorias ó blenorrágicas en la inmensa mayoría de los casos, y II Estrecheces cicatriciales consecutivas á traumatismos ó pérdidas de substancias de orígen ulceroso, de donde la subdivisión en: a) traumáticas y b) cicatriciales propiamente dichas. Guiard y Jamin proponen una tercera categoría, mixta, que participa de los caracteres del proceso cicatricial y de la esclerósis inflamatoria y son: c) las esclero-cicatriciales ó esclero-traumáticas de Guyón.

De estas tres variedades, la más grave es indudablemente la segunda, especialmente la traumática. Desde luego, su evolución es precoz, como ya dijimos en unos cuantos dias ó pocas semanas ó algunos meses cuando más, tanto que Terillón las llamaba escrecheces agudas. Llegan rápidamente á hacerse infranqueables y es en estos casos únicamente en que se ha podido comprobar una obliteración completa de la uretra, como lo atestiguan los diez y nueve casos indiscutibles reunidos por Ladroitte. Su sitio es la uretra profunda en los casos producidos por fractura de la pelvis, en el bulbo, exclusivamente, según Cras y Terillón en los casos debidos á caídas á horcajadas ó contusiones en el periné. Es siempre única, á menos de varios traumatismos y se distinguen, además de las otras variedades, porque sus límites son netos, bien definidos, sin transición insensible con el resto del canal, como en las inflamatorias. Es de extensión considerable y ocupa generalmente la pared inferior del canal, aún cuando puede ser también circular. Son de acceso difícil á los instrumentos de cateterismo por su forma excesivamente irregular y por las extremas desviaciones que puede llegar á sufrir el canal, tanto debidas al traumatismo originario cuanto á los hematomas ó colecciones purulentas consecutivas. Por otra parte, la consistencia del tejido de neoformación es duro, casi leñoso, lo que hace que

la dilatación sea lenta, penosa, difícil y aún imposible. Las complicaciones locales y generales de toda estrechez son en ellas más frecuentes que en las otras: abscesos, tumores urinosos, infiltraciones, fístulas rebeldes, lesiones infecciosas ascendentes precoces del árbol urinario. Tales son las principales características de esta clase de estrecheces.

Las de la segunda sub-división de la segunda categoría, las cicatriciales propiamente dichas, tienen una importancia muchísimo menor, siendo quizás las menos graves- Consecutivas á pérdidas de substancia de orígen chancroso ú otro, están constituídas por la formación de una cicatriz en el tejido celular submucoso la que, al retraerse, proyecta la mucosa hacia la luz del canal bajo forma de válvula ó repliegue. Están situadas generalmente á muy pocos centímetros del meato, lo que se explica, dado su orígen. Aún no admitiendo las de orígen ulceroso blenorrágico, muy poco probables á pesar de la opinión de Voillemier, quedan los chancros blandos é indurados, raros al nivel del meato y muy raros más profundamente, existiendo, sin embargo, casos verdaderamente excepcionales de chancros en la porción membranosa de la uretra como el de Ricord y aún en la vejiga, como el de Voillemier. Se han publicado casos de retracciones uretrales situadas en el bulbo atribuidas á cicatriz de úlceras tuberculosas.

Las de la tercera categoría, las mixtas de Guiard y Jamin, esclero-cicatriciales ó esclero-traumáticas de Guyón, son consecutivas á microtraumatismos en sujetos blenorrágicos. La masturbación es para Gross una causa poderosa y exageradamente afirma que el 90 °/₀ de los onanistas tienen estrecheces. Las erecciones prolongadas, el enderezamiento del glande para la introducción de la geringa de irrigaciones, los falsos pasos del coito, etc., son, entre otras, las causas de estas estrecheces. Como conmemorativos se encuentra un dolor vivo pero pasajero en el momento de producido el trauma y algunas gotas de sangre aparecidas en el meato. En cuanto á su estructura, participan de los caracteres de las inflamatorias y de las cicatriciales. Son de evolución rápida, de consistencia dura pero friable, lo que las hace dificilmente dilatables. Son múltiples y situadas siempre en la uretra peneana. En cuanto á su gravedad como pronóstico, confirman la denominación de «híbridas» con que también se las conoce, vale decir, que ocupan un lugar intermediario entre las más graves, las traumáticas y las de orígen inflamatorio.

La más importante indiscutiblemente, la clase dominante, es la de las inflamatorias. Si bien es cierto que las inflamaciones asépticas y las de orígen microbiano no gonocóccicas pueden, en rigor, llegar á ser causa de una estrechez, en la

inmensa mayoría de los casos es la blenorragia la causante y de ahí que estrechez blenorrágica sea sinónimo de estrechez inflamatoria.

Tres ó cuatro años después de una blenorragia, según Thompson, ocho, diez, quince ó más según Guyón, es la época de aparición de esta tardía complicación. De modo que aunque haya casos como los de Bazy en que se producen estrecheces filiformes graves á poco más de dos años después de la primera blenorragia, lo corriente es que se presenten en sujetos en el período medio de la vida, entre treinta y cincuenta años. Por otra parte, su época de aparición y su evolución más ó menos rápida está subordinada en primer término á la intensidad del proceso inflamatorio y en segundo á su cronicidad y á su recidiva, como lo prueba el hecho de que su sitio sea precisamente aquel en que se acantona con más intensidad el proceso blenorrágico, la porción bulbar.

Antes de llegar á constituir una verdadera estrechez, hay en realidad un período latente que se caracteriza por una pérdida de la elasticidad de las paredes del canal, primer estado cuyo punto de partida es el exudado provocado por el proceso inflamatorio agudo y que, por transformaciones anatómicas contínuas, como lo demuestran los estudios de Finger, Wasserman y Hallé, termina en la lesión típica, fundamental, de la deformación de

la uretra. De modo que esta aparición tardía no es en principio más que aparente. La organización progresiva del exudado embrionario que pasa por diversas faces antes de constituir la esclerosis, hace que mucho antes de que una uretra pueda considerarse como verdaderamente estrecha y reducida en su luz, haya perdido sin embargo su extensibilidad normal y esto es lo que constituye la «estrechez á gran calibre», de Otis. Conocimiento transcendental en la terapéutica racional de las gonorreas crónicas, pues, el tratamiento oportuno de estas estrecheces en marcha, diremos asi, contribuye á la desaparición del flujo inveterado, la fosfaturia, etc., que las traduce al exterior. Esta característica confirma, quizás como ninguna otra, la condición de *progresiva* de la definición que hemos dado de las estrecheces uretrales.

El punto de partida anátomo-patológico de una estrechez es, como dijimos, la infiltración embrionaria que toda inflamación provoca invariablemente. El dermis mucoso infiltrado de células epitelioides ricas en protoplasma (Finger) y de células redondas embrionarias que invaden progresivamente el cuerpo esponjoso, entre el cual y la mucosa se confirma así al estado patológico, la solidaridad anatómica y embriológica que las une. En medio de este exudado inflamatorio trepa una abundante red de neocapilares y la organización progresiva de estos ele-

mentos en tejido conjuntivo de cicatriz, ahogando las fibras elásticas y musculares, es lo que constituye la lesión de la futura estrechez.

Una vez constituida, muestra una estructura anatómica especial que llega á su máximum en el sitio de la estrictura pero que subsiste y se prolonga, por encima y por debajo, atenuándose á medida que se aproxima hacia el meato y hacia el cuello de la vejiga, como lo demuestran los cortes en série de Wasserman y Hallé.

El epitelio de la mucosa al nivel de una estrechez muestra una primera capa superficial de células aplanadas, de contornos difusos y sin núcleo, que han sufrido un proceso de keratinización y una segunda de células poligonales. El dermis subyacente es denso, de consistencia uniforme y está lleno de papilas y vegetaciones formadas por tejido embrionario abundantemente irrigado por neo-capilares. Las fibras elásticas, tan abundantes al estado normal, han desaparecido por la invasión progresiva del tejido de neoformación y las glándulas se encuentran atrofiadas ó con formaciones quísticas. Esta invasión no se limita á la mucosa, sino que continua en el cuerpo esponjoso, cuya solidaridad es patente con aquella, de modo que en último término, no se ve desde el epitelio del canal hasta la envoltura de aquél y aún hasta los músculos, el tejido subcutáneo y la

piel misma en algunos casos, según Dittel, más que una masa uniforme de tejido fibroide y fibroso en medio del cual los mismos vasos quedan reducidos á un simple cordón por endarteritis y periarteritis concomitante.

La lesión puede estar uniformemente diseminada alrededor de la circunferencia del canal, formando una virola, pero el hecho es relativamente raro y no se encuentra más que en las estrecheces muy antiguas. Generalmente, las deformaciones se agrupan ya sobre la pared superior, la inferior ó las laterales, indiferentemente.

Con estos datos se comprende la extrema irregularidad de las estrecheces uretrales inflamatorias y de ahí que se encuentren simples bridas ó válvulas, otras extensas y casi regularmente cilíndricas, otras localizadas á una pared determinada, otras, las más complicadas, desvían el canal al mismo tiempo que lo reducen de calibre y esto en sentido diferente y en grado variable en una misma estrechez. Agréguese á esto excrescencias, formaciones polipiformes, escalonadas sobre la uretra en un corto trayecto y comprenderemos cuán difícil, cuanto ingenio hay que desplegar y de cuanta paciencia hay que armarse para franquear este dédalo con una bugía, en ciertos casos, por desgracia los más urgentes.

El número es grande, como lo demostró Guyon.

Antes de llegar á la más estrecha é infranqueable, cuyo sitio es, generalmente, la porción bulbar, se encuentra una serie de tres, cuatro, cinco, seis y más, escalonadas á partir del meato, formando una especie de rosario, de modo que Guyon ha podido decir que la uretra de los blenorrágicos se estrecha cada vez más á medida que se acerca á la porción períneo-bulbar, invirtiendo la conformación ordinaria, pues, como sabemos, normalmente es el meato el punto más estrecho de la uretra.

La localización es, según Finger, más común en la porción bulbar y después en la esponjosa. Para Guyon, la totalidad está en la región períneo bulbar.

Para que una estrechez se revele clínicamente, es necesario que transcurra mucho tiempo, como ya dijimos. Raros son los casos en que se manifiesta de manera apreciable antes de algunos años. Todo se reduce á lijeras perturbaciones de la micción, algunos fenómenos dolorosos y la persistencia del flujo uretral, casi constante. Sin embargo, en este período clínicamente latente, una exploración de la uretra revelaría una disminución de la elasticidad de las paredes de que ya hablamos, apreciable con exploradores voluminosos N^{ros}. 20 ó 25.

En el período de enfermedad confirmada ó manifiesta, aparecen síntomas importantes que por sí solos bastan para el diagnóstico. Desde luego, la deformación del chorro de la orina tiene una impor-

tancia mucho menor que la que se le atribuye. Es difícil creer, con Dittel y Furbrínger, que con este solo dato, según que sea dividido, desviado, en tirabuzón, en regadera, etc., se puede diagnosticar el sitio, el grado y la longitud de la estrechez. Por de pronto «no orinamos con la uretra sino con la vejiga» y además es el meato y los primeros dos ó tres centímetros de uretra los que determinan la forma del chorro, á menos que las estrecheces estén muy próximas al meato, lo que es muy raro. Mucho más importante es el volumen y la fuerza de proyección. Aparece disminuido muy tardíamente, pues durante mucho tiempo, por una hipertrofia de compensación, la vejiga, obligada á ir venciendo un obstáculo gradualmente mayor, ha adquirido una potencia de expulsión cada vez más poderosa. Esto sucede en el hombre joven. Sin embargo, á la larga, la vejiga llega á ser relativamente impotente, vencida en parte por el obstáculo y en parte por el proceso infeccioso, casi constante en el saco postestrictural, que invade generalmente su cavidad, provocando una cistitis intersticial que reduce su capacidad y su poder. El enfermo en este período «se orina los botines».

El aumento de duración de la micción se explica fácilmente.

En un período todavía más avanzado, aparece el aumento de frecuencia de las micciones. Esto

sucede cuando el sujeto padece ya de retención crónica incompleta y que por consecuencia no vacía completamente su vejiga. Se agrega á la frecuencia el elemento dolor, sobre todo en el momento de la expulsión de las últimas gotas, por la congestión de la vejiga primero y por la inflamación después.

La eyaculación es dolorosa, hecho sobre el que insiste Dittel como síntoma precoz. Si el paso de la orina es dificultoso, con mayor razón lo será el del esperma en el momento del orgasmo venéreo, en que todo el aparato uro-genital sufre una congestión tan intensa y de ahí no solamente el dolor que provoca el paso bajo presión de este líquido, sino el que salga teñido á veces de sangre y en las estrecheces muy pronunciadas hasta refluya hacia la vejiga, dando lugar á una variedad de aspermatismo y por consiguiente de esterilidad.

En períodos avanzados se observa una incontinencia relativa después de la micción, debida á la pequeña cantidad de orina que queda almacenada en la porción dilatada de la uretra, detrás de la estrechez y que filtra gota á gota, pues, como se comprende, por su situación, este saco se halla substraído á la acción de la contracción vesical y de los músculos abdominales y aún, á veces, á las presiones directas sobre el periné. Puede observarse también una incontinencia verdadera, cuyo géne-

sis hemos explicado ya, primero solamente diurna y posteriormente diurna y nocturna.

En último grado las micciones son motivo de esfuerzos violentos y prolongados. El sujeto recurre á mil artificios. Contrae fuertemente sus músculos abdominales, adopta posiciones extrañas, se titila el prepucio y aún así no consigue emitir más que una pequeña cantidad de orina, generalmente turbia, purulenta. Efectivamente, el saco post-estrictural y la orina allí estancada permanentemente, está constantemente infectada. La infección asciende con toda faciliflad y la cistitis es de regla en un grado semejante de estrechez. El órgano, en las formas graves, presenta una forma especial de cistitis intersticial esclerosante, que disminuye su capacidad y su potencia por dos razones: por la substitución de tejido muscular activo por tejido conjuntivo de neo-formación y porque todo músculo colocado debajo de una serosa ó mucosa inflamado se paraliza, según la ley de Stokes. Tal es el tipo de la pequeña vejiga «á columnas», de los antiguos estrechos jóvenes.

Hemos descripto en el paragrafo anterior los graves desórdenes que este estado de cosas produce sobre el resto del árbol urinario y los diversos tipos clínicos en que se traduce la infección.

Dejaremos de lado, por no interesar mayormente á nuestro objeto, las diversas complicaciones lo-

cales de las estrecheces, tales como el tumor urinoso, el abceso, la infiltración de orina, las fístnlas, etc. Sólo queremos recordar aquí la complicación más dramática, la retención completa aguda, objeto principal de nuestro trabajo. Un coito, un exceso en la comida, el frío, una inyección, una tentativa de cateterismo, etc. bastan para provocarla.

¿Cual es la causa? Tres hipótesis se han propuesto; espasma de la porción membranosa; tumefacción congestiva de la pared uretral; parálisis de la vejiga. Quizás cada una de éllas tome parte en grado variable, pero, por nuestra parte, nos inclinamos á la segunda.

La retención puede ser pasajera, pero puede también tomar caracteres alarmantes y hasta terribles, sobre los que no tenemos que insistir después de lo dicho en el paragrafo precedente.

TRATAMIENTO

En presencia de una retención de orina, cualquiera que sea su causa, lo que se impone es vaciar en el mas breve plazo posible la vejiga.

Nos concretaremos á estudiar el tratamiento de este grave síntoma como complicación de las estrecheces uretrales inflamatorias y la consideraremos como retención aguda y por consiguiente completa.

Desde luego, antes de recurrir á medios instrumentales ó procedimientos más enérgicos, es indispensable y conveniente emplear medios puramente médicos, con lo que muchas veces se conseguirá una evacuación completa y conjurar el peligro. En Inglaterra se recurre á la práctica muy racional de administrar cloroformo hasta la anestesia completa. Thompson administra ópio en grandes dósis. Los baños de asiento ó generales calientes son igualmente recomendables. Los enemas laudanizados, los supositorios morfino-belladonados, las sangui-

juelas en el periné, reemplazadas con ventaja por las ventosas de Hourteloup, etc., son otros tantos medios de combatir el elemento congestivo ó espasmódico que interviene en la producción del accidente.

Fracasados estos medios, se imponen procedimientos más directos. Se intentará franquear el obstáculo por cateterismo. Es este el momento en que se pone á prueba la paciencia, la habilidad, la ingeniosidad del médico. Dos principios deben presidir su conducta en estos casos. Rechazar todo procedimiento de fuerza y «dejar de lado el amor propio».

La más perfecta asepsia es de rigor, aquí como siempre. Empezaremos por lavar el glande, el meato y las regiones vecinas con agua y jabón, seguidas de instilaciones en la uretra de un líquido antiséptico en la proporción conveniente para no ser cáustico. Las manos del operador y los instrumentos se preparan como para toda intervención.

Una condición de buen éxito es la perfecta lubrificación del canal y de los instrumentos. Para conseguirlo se usará el aceite ó la glicerina esterilizados, adicionados ó no de una substancia antiséptica, ácido fénico, salol, etc. Se instilarán bajo presión en la uretra por medio de una geringa, generalmente la de Ultzman.

Repetiremos que antes de toda tentativa de

sondaje se impone como precepto formal la exploración atenta del canal, por medio de exploradoras á bola, única manera de tener conocimiento del número, sitio, consistencia, etc., del obstáculo á vencer.

Elegiremos para el cateterismo una série de bugías de *goma*, de las llamadas filiformes. Empezaremos por introducir una recta, perfectamente lubrificada. Si la estrechez es central y no muy tortuosa, después de varias tentativas quizás pase. En el caso contrario recurriremos á diversos artificios, con los que se tratará de vencer el obstáculo.

La adrenalina ha sido empleada por Bartrina con el objeto de disminuir la congestión siempre grande en el sitio estrechado, en la retención de orina. El cateterismo *apoyado* de Guyón tiende poco más ó menos al mismo objeto. Consiste en introducir una sonda de regular calibre hasta el punto infranqueable y mantenerla en contacto con cierta presión sobre la estrechez. Retirada al cabo de un rato no es raro que pase entonces una bugía ó que el enfermo orine. La inyección forzada de líquidos antisépticos ó de aceite mantenidos bajo presión en la uretra, tienen por objeto desplegar las tortuosidades de la estrechez y hacer más fácil el pasaje de la bugía. Algunos aparatos ingeniosos como el de Duchastelet permiten tentar el cateterismo mientras se mantiene el líquido bajo presión.

Teniendo en cuenta la tortuosidad, la irregularidad, la exentricidad y otras características de las estrecheces inflamatorias, se franquearán más fácilmente si se dá á la extremidad de las bugías una forma que se asemeje en parte al trayecto que han de recorrer. Tales son las bugías retorcidas de Leroy D'Etiolles, en forma de bayoneta, de doble bayoneta, de espiral, etc. Las de Bazy tienen un alma de plomo que les permite conservar la forma que se les quiera dar. Más comodamente se consigue esto con bugías comunes á las que se sumerje en colodion, previa modelación conveniente. Si con cada una de ellas aisladamente no se consigue franquear el obstáculo, se intentará el catererismo en manojo, que consiste en introducir varias de estas bugías así modeladas ó rectas, todas conjuntamente, é intentar hacer pasar una después de otra, retirando algunas mientras se empuja sobre otra. Otro recurso semejante consiste en introducir una sonda á pico cortado ó á ojo lateral y apoyarla sobre la estrechez mientras que por el interior se introducen una ó varias bugías. Por este medio se consigue regularizar en parte el trayecto y hacer más fácil el pasaje de la bugía.

Es raro que empleando concienzudamente uno ú otro de estos medios, metódicamente, no se consiga franquear la estrechez. Sin llegar al extremo de Philips que, según Tillaux, permaneció desde las

diez de la mañana hasta las seis de la tarde al lado de un enfermo hasta conseguir pasar una bugía, debemos declarar infranqueable una estrechez que resista á una tentativa prudente, cuya duración es difícil determinar, pero que podría fijarse aproximadamente en dos horas.

Dos casos pueden, pues, presentarse. O bien hemos conseguido pasar una bujía ó la estrechez es infranqueable.

En este último caso hay varios recursos para conjurar el peligro.

Rechazaremos de plano el caracterismo forzado, ciego, peligroso, de Dessault, Chopart, Boyer, Roux, etc,- justamente obandonado en absoluto.

El recurso más simple es la punción capilar aspiradora de la vejiga, operación sencilla, inofensiva según la mayoría de los autores y que puede repetirse varias veces, más de cuarenta veces en un caso de Gangolphe, sin mayor inconveniente y que permite generalmente, una vez vaciada la vejiga y disminuida por consiguiente la congestión que toda retención produce en el sitio del obstáculo, franquear la estrechez con alguno de los medios mencionados.

Sin embargo, la unanimidad de opiniones no existe en cuanto á la inocuidad de este medio. El mismo Gangolphe solo aconseja practicarla en los casos de «retención brusca, en plena salud, á con-

«secuencia da las caidas sobre el periné ó fractu-
«ras de la pelvis ó en los prostáticos cuya orina
«es clara y límpida. Por el contrario, si el enfer-
«mo tiene un *pasado urinario*, si sus orinas son
«turbias, fétidas, no puncioneis; bastaría una sola
«gota de líquido séptico en el tejido celular ó en
«el peritoneo para producir graves accidentes y aún
«la muerte».

Un caso referido por el mismo autor es particularmente elocuente: «En el año 1891, dice, tuve «que practicar de urgencia la cistotomía en un su-«jeto de 72 años con retención completa y en quien «el cateterismo era imposible. La víspera el inter-«no de guardia lo había puncionado con todas las «precauciones habituales. Durante la operación «*encontramos el tejido celular pre-vesical verdoso y* «*en vías de esfacele.* La vejiga, extremadamente «distendida, contenía una orina fétida y encerra-«ba un fragmento de bugía, fabricada por el mis-«mo enfermo. Era un tallo de hierro muy delgado «rodeado de hilo de seda y terminado por un botón «cónico de hueso. El fragmento quebrado y aban-«donado en la vejiga, media 5 á 6 centímetros, «etc.»

La técnica es bien sencilla. Sabido es que la vejiga al distenderse arrastra consigo el fondo de saco peritoneal, de modo que la punción puede hacerse sin interesar la serosa. Prévias las precau-

ciones de asepsia y antisepsia del caso, se introduce la aguja fina del aspirador á un través de dedo por encima del borde superior de la sínfisis del pubis, exactamente en la línea mediana y perpendicularmente á las paredes del abdómen. La sensación de resistencia vencida, la libertad de la punta del instrumento, indican que la aguja está en la vejiga. Aparecen algunas gotas de orina. Por medio de un tubo se pone en conexión con un recipiente en en el que se ha hecho el vacío. Terminada la evacuación, se deja entrar el aire en el frasco del aspirador y se retira bruscamente la aguja. La pequeña herida se recubre con un poco de colodión.

Es menester recordar que la punción ha de ser capilar y aspiradora.

Poncet defiende, (Sociedad de Cirugía de Lyon, 1897-1898), la *cistostomia* y la *uretrostomia* por detrás del obstáculo. Recurso verdaderamente heróico en los urinarios infectados gravemente y en los que un drenaje amplio y eficaz de las vías urinarias superiores es la única probabilidad de salud y hasta de vida.

Entre ambas es preferible la cistostomia. Su técnica es bien sencilla, relativamente. Aplicada á los casos que consideramos no es necesario evidentemente el balon de Petersen, pues el globo vesical se dibuja netamente en el hipogastrio. Se practica una incisión de diez centímetros sobre la

línea media, cuya extremidad inferior avance sobre la sínfisis. Se seccionan los diversos planos, hasta la línea blanca. Dos vénulas sangran generalmente hacia abajo; se ligan. Se incinde la línea blanca y la facia transversalis, pero en extensión menor que la herida cutánea Bien al descubierto la sínfisis, dos pequeños debridamientos laterales sobre la inserción de los rectos, amplian considerablemente el campo operatorio. Aparece entonces el tejido adiposo, amarillo, que denuncia la presencia de la vejiga. Con el índice izquierdo se rechaza hacia arriba este tejido adiposo y con él el fondo de saco peritoneal. Una superficie azulada, surcada de venas aparece entonces; la vejiga. Dos hilos pasados á través de sus paredes al nivel de la parte media de la incisión, sirven para sostenerla y fijarla una vez evacuada por una pequeña incisión á bisturí. No queda más que fijar la herida á la pared por el procedimiento corriente de la marsupialización, con catgut, seda ó hilo metálico. Un par de tubos Perier-Guyon aseguran el drenaje amplio del órgano.

Una vez constituído este *meato hipogástrico* es una causa de tortura para el enfermo constantemente mojado por la orina y obligado á usar un orinal especial, pero, en los casos que consideramos, el obstáculo al curso normal de la orina puede fácilmente restablecerse una vez que con toda calma

y conjurado el peligro mayor se intenta un cateterismo metódico y en mejores condiciones, ó bien retrógrado. Su principal indicación es siempre la retención de orina con uretra infranqueable é infección grave. Es cuestión de criterio clínico y de experiencia el elegir uno ú otro medio: la punción ó la cistostomia. (1)

Puede decirse que 99 veces sobre 100 es posible pasar una bugía y entonces pueden seguirse varios procedimientos.

El más sencillo consiste en dejar en permanencia la bugía que se haya conseguido pasar, fijándola al pene y recomendando al enfermo que la sostenga con una mano en los momentos del esfuerzo de la micción, para evitar su expulsión. Es necesario tomar la precaución de que la extremidad vesical de la bugía quede al nivel del cuello, aproximadamente. En el primer momento el catéter puede obstruir completamente la estrechez y no dar paso á la orina, pero, basta retirarlo algunos milímetros y se verá fluir la orina gota á gota hasta el vaciamiento completo de la vejiga. Cuarenta y ocho ó más horas después será posible reemplazar esta bugía por otra más voluminosa, iniciándose así la dilatación lenta, progresiva y temporaria, que es indiscutiblemente el tratamiento

---

(1) A. Poullain.—*De la cystostomie sus-pubienne appliquée aux retrecissements compliquées de l'urétre—Thése—Lyon*—1894.

de elección de las estrecheces de la uretra, salvo ciertas excepciones.

Una eventualidad rara es que la bugía agrave la retención, en el sentido de que al cabo de un cierto tiempo no aparezca la orina gota á gota como en el caso precedente. En este caso el pronóstico no es más grave ni el hecbo tiene mayor importancia, porque tenemos á mano varios medios para remediarlo. Efectivamente, podríamos recurrir á la dilatación rápida y forzada, á la *divulsión* ó á la uretrotomía interna.

No pretendemos hacer un paralelo entre estos procedimientos, pues que ha pasado ya á ser cosa juzgada la inmensa superioridad de la uretrotomía interna. Digamos solamente, como recuerdo, que la dilatación rápida inmediata consiste en introducir bugías armadas y despues cónicas, generalmente metálicas, como hace Le Fort, á quien pertenece el método, hasta poder colocar una sonda permanente. A pesar de las ventajas que preconiza el autor y sus alumnos, tales como la rapidez y el no haber tenido ningún caso de muerte, otros cirujanos han sido menos felices.

La *divulsión*, imaginada por Holt y reglada por Voillemier, se practica con el divulsor de este último, consistente en un catéter compuesto de dos láminas de acero unidas por su extremidad vesical, continuándose por una bugía armada. Un

mandrin que se desliza por entre ambas láminas ejerce, al introducirlo, una presión exéntrica y regular á manera de una cuña, cuyo resultado es una ruptura por desgarradura del obstáculo, generalmente sobre la pared inferior.

Una desgarradura hecha al azar, anfractuosa, cuyos límites no pueden preverse, múltiple, casi brutal, es incomparablemente inferior á la sección consciente, neta, limitada, verdaderamente quirúrgica de una uretrotomía interna. Sin embargo, Le Dentú era hacia 1886 su defensor (1) y sostenía que no era más peligrosa ni menos eficaz que esta última. Es más dolorosa y en cuanto á complicaciones es más ó menos igual. En 957 casos reunidos por Azéma da una mortalidad también igual, 0·50 por 100.

Ahora bien, siempre en este mismo caso, es decir, habiendo conseguido pasar una bugía, dejaremos que la vejiga se vacíe lentamente y después, durante muchos días ó semanas de una manera imperfecta, antes de que por dilatación progresiva hayamos conseguido dar á la uretra un calibre suficiente para que se acerque á la normal? Estamos seguros de no tener que recurrir á esta misma uretrotomía interna, en el curso de esta misma dilatación, por una de las tantas causas en que esta operación

---

(1) Le Dentú *Examen comparativo de 24 uretrotomias internas y 24 divulsiones.—1886 Bull, et mém. soc. de chir.*

está indicada? La uretrotomía interna tiene inconvenientes sérios ó peligrosos que restrinjan su empleo? Es alguna operación que requiere habilidad ó preparación especial y que solo esté al alcance del especialista ó del cirujano?

Creemos que la sección amplia, consciente, quirúrgica, del obstáculo, es en este caso la aplicación de un principio general de cirugía, para restituir las cosas á un estado que se acerque en cuanto sea posible á lo normal y permita el drenaje amplio, fácil y por las vías naturales, de un árbol urinario sometido en estos casos, desde tiempo atrás, á causas perturbadoras manifiestas, cuyos efectos se combatirán tanto más eficazmente cuanto más rápidamente se destruya la lesión que le da orígen y esto, mediante una intervención simple, de instrumental poco complicado, de pequeña cirugía casi, al alcance de todo médico y que tiene una estadística de mortalidad de 1 por 200.

La idea de la sección de las estrecheces uretrales es muy antigua. Data de 1553 en que la propuso Ferri, pero, no prosperó hasta la primera mitad del siglo pasado, en que varios cirujanos como Leroy D'Etiolles, Amussat, Guillón, Arnott, pero especialmente Reybard, de Lyon, la llevaron á la práctica. Los instrumentos eran tan defectuosos, la técnica tan poco precisa y fueron tantos los fracasos y los accidentes, que estaba com-

pletamente desacreditada y en desuso, hasta que Maisonneuve la rehabilitó hacia 1855 con la creación de su uretrótomo, modificado posteriormente por él mismo, hasta constituir el ingenioso instrumento, verdaderamente «inteligente», que se usa hoy á diario en nuestras clínicas. Guyon, por su parte, á quien tanto debe la Andrología, ha contribuido con la reglamentación de la técnica y de sus indicaciones, á la vulgarización de este precioso recurso.

Muchos han sido los ataques y las prevenciones contra esta operación, no tan vulgarizada aún como lo merecen sus excelencias. Casi no hay complicación seria ó insignificante que no se le haya atribuido. Ataques justos é indiscutibles antes de la invención de Maisonneuve, no tienen razón de ser hoy en día, en que la uretrotomía interna es la operación más innocua de la cirugía.

La hemorragia es excepcional y nunca grave. Guyon, sobre 459 operaciones no ha tenido más que 5 casos en que la pérdida de sangre haya sido algo más abundante que lo normal y que de ninguna manera llegaron á ser verdaderamente graves. Desnos sobre 78 casos no tuvo más que dos hemorragias, atribuibles á indocilidad de los enfermos. Pousson no tubo un solo caso en más de 300 uretronomías internas,

La fiebre, compañera obligada antes de Maison-

neuve, es hoy una complicación que no se observa más que una sola vez sobre tres. La infiltración de orina es hoy desconocida. La prostatitis y orquitis son excepcionales y en cnanto á las cisticis, pielonefritis y demás infecciones del árbol urinario, lejos de ser provocadas por la operación, son por el contrario una de sus principales indicaciones. tanto que Guyón ha podido decir, con expresión gráfica insuperable, que en un urinario infectado el cuchillo del uretrótomo «corta también la fiebre».

Finalmente, una estadística de 1215 intervenciones anteriores á 1880, en la era preantiséptica de la cirugía, reunídas por Pousson y pertenecientes á varios cirujanos, da una mortalidad de 3, 45 °/₀, mientras que en una serie de 1355 casos posteriores á apuella fecha, solo se encuentran 8 casos de muerte, ó sea una mortalidad de 0.59 °/₀.

No discutiremos las numerosas indicaciones de la utretomía interna, pero, creemos que en un estrecho con retención aguda y completa es la intervención de elección, siempre que pueda pasarse una bugía y que á trueque de tan pocos riesgos como son sus complicaciones y accidentes, no debemos privar al paciente de sus grandes beneficios.

Digamos, desde luego, que la uretrotomía interna no ha tenido nunca la pretensión de curar radicalmente las estrecheces y que la dilatación lenta,

progresiva y temporaria es de rigor después de haberla practicado y como complemento indispensable, so pena de que la cicatriz de la sección se substituya, agravándola, á la estrechez primitiva.

Los operadores varían en la elección de los cortes. La mayoría elije la pared superior de la uretra, que es la «pared quirúrgica» y evitan herir el plexo de Santorini, que es su principal escollo, mediante una disposición especial del miembro en el momento de introducir el cuchillo y por el uso de láminas de mediano calibre.

Con el objeto de respetar siempre este plexo y por consiguiente la hemorragia, complicación poco grave como hemos visto, algunos cirujanos seccionan la brida sobre la pared inferior, lo que tiene el inconveniente de correr el peligro de perforarla, tan delgada es en algunos puntos. Esta última complicación no es de temer evidentemente cuando se trata de seccionar una extrechez en la uretra profunda, membranosa, lo que no es corriente en los casos de que nos ocupamos. En los instrumentos construidos para proceder de este modo, el cuchillo se desliza por la cara inferior del conductor.

Algunos instrumentos están construidos para seccionar el obstáculo al introducir el cuchillo, otros, de lámina escondida, lo seccionan al sacarlo y otros, como el de Maisonneuve, al entrar y al salir.

En ciertos casos hay ventajas en hacer secciones múltiples en vez de una, lo que se consigue con el mismo instrumento y pequeñas variantes en la técnica ó con instrumentos especiales, como el ideado entre nosotros por el doctor Texo.

Hay cirujanos que hacen la sección de la estrictura distendiéndola préviamente, pero respondiendo entonces á indicaciones especiales, las estrecheces á gran calibre.

Como consecuencia de estas diversas maneras de proceder existe un gran número de aparatos más ó menos complicados, pero derivados todos del más sencillo, el de Maisonneuve.

El uretrótomo de Civiale es recto. Consta de un tallo terminado por una oliva fija, en la que se oculta una lámina cortante que se hace sobresalir, graduándola, mediante un tornillo de precisión que existe en el mango. Introducido cerrado, de manera á que la oliva pase á un centímetro más allá de la estrechez, para que el cuchillo pueda salir libremente y tirando del uretrótomo, se secciona el anillo. Con cerrarlo nuevamente y repetir la maniobra en otro ó varios sentidos, se pueden hacer secciones múltiples con toda facilidad. La introducción de éste como la de todo aparato recto, se hace con la misma maniobra que en los catéteres de esta clase, es decir, tratando de colocar el canal de la uretra en la posición más próxima á la línea rec-

ta, mediante la depresión enérgica de todos los tejidos pre-pubianos—Maniobra pre-pubiana de Guyon.

El instrumento ideado por Desnos es recto y lo mismo que el de Civiale, termina por una oliva, con la diferencia de que esta no es fija sino que puede ser substituída por otras de diverso calibre, disposición que permite franquear aún las estrecheces de menor calibre é indicar el sitio preciso de la ó de las estenosis. El cuchillo, en vez de ser una lámina, está constituido por dos hojas articuladas, como en el de Albarran. Un tornillo de precisión y un cuadrante, colocados en el mango, hacen salir á voluntad la lámina articulada. Su manejo es igual que el de Civiale y por consiguiente seccio-na de atrás hacia adelante.

El uretrótomo de Bazy es también de lámina articulada y á pequeña curvadura. Tiene,además, un tallo mensurador que permite conocer exactamente la longitud de la estrechez á seccionar. Se compone de un conductor acanalado recto, que termina en una extremidad encorvada, maciza, destinada á permanecer fija en la porción prostática de la uretra y unida al conductor mediante un tornillo que permite á éste ejecutar movimientos de rotación sobre su eje. Un tornillo de precisión y un cuadrante, colocados en el mango, permiten hacer salir más ó menos las láminas cortantes, según el calibre normal de la uretra en el sitio en que se ha-

lle la estrechez. El mensurador anexo al aparato no difiere del conductor más que en que está graduado en milímetros, para conocer la distancia del meato á que se halla situada la estrechez, acompañado de láminas romas que indican sodre el cuadrante el calibre de la misma. Secciona también de atrás hacia adelante y permite hacer secciones múltiples con toda facilidad.

El uretrótomo de Albarran es también recto, á lámina escondida y articulada como en los dos anteriores, con la particularidad de que sólo es cortante la rama colocada hacia el mango y de que el talón de la misma, ó sea la parte que se articula con el tallo, es roma y solo está afilada en la porción cercana al vértice. Un tornillo de precisión y un cuadrante, como en los anteriores, permite graduar la saliencia de la hoja cortante. Secciona también de atrás hacia adelante·

Estos tres últimos instrumentos son los más modernos y tienen respectivamente sus ventajas, como las de seccionar con precisión, hacer secciones múltiples y no erosionar el resto de la urétra, como sucede á veces con el de Maisonneuve.

En Alemania es muy usado el uretrótomo de Kollmann, muy semejante al de Civiale y, lo mismo que el de Desnos, tiene la ventaja de que la oliva terminal es substituible por otras de variado calibre, adaptadas al de la estrechez.

En el segundo Congreso Médico Latino-Americano de 1904, el doctor Federico Texo presentó un instrumento que designó con el nombre de Tetratótomo Uretral, basado como los demás en el principal del de Maisonneuve, con la diferencia de que el cuchillo en vez de ser único es múltiple y consiste en cuatro láminas triangulares, romas en el vértice y cortantes en sus dos bordes, montadas sobre un anillo que se desliza sobre un condnctor curvo y ranurado. Su manejo es igual al de Maisonneuve. Como se deduce, hace cuatro cortes simultáneos, separados por un arco de círculo de 90° grados.

No hablaremos de los uretrótomos sobre distensor de Albarran-Otis ni de los Beniqué cortantes de Guyon, pues responden á indicaciones especiales que no se relacionan con nuestro tema.

El instrumento más vulgarizado, usado corrientemente y que responde al mayor número de indicaciones, es el de Maisonneuve. Es con él que en los tratados clásicos se describe la técnica de la uretrotomía interna, conocida con el nombre de «operación de Maisonneuve». Es el único que hemos tenido á nuestra disposición y que hemos empleado en nuestros casos.

Consta de un conductor delgado, de calibre correspondiente al número 8 de la hilera Charriére, á gran curvadura, semejante á un Beniqué, acana-

lado sobre su borde cóncavo y en toda su extensión, terminando en su extremidad vesical por una rosca macho torneada directamente sobre él mismo y destinada á recibir la rosca hembra de la bugía guía. Cerca de la otra extremidad, en la porción recta y en el borde opuesto á la concavidad, se halla soldado un anillo ovalado, destinado á servir al ayudante para sostener el aparato en el momento del corte.

Existen también conductores rectos que se usan para hacer secciones múltiples en las estrecheces de la porción peneana, como el modelo Charriére.

El cuchillo es una lámina triangular, montada sobre un tallo recto y flexible, que se desliza por la ranura del conductor.

En el instrumento primitivo esta lámina era cortante tanto en la vértice como en sus dos bordes anterior y posterior, lo que tenía el gran inconveniente de seccionar no solamente la estrechez sino toda la pared superior de la uretra, desde el meato hasta el cuello. La presentación de este instrumento á la Sociedad de Cirugía de Paris en 1855, fué muy mal acogida. No tardó el mismo Maisonneuve en modificar ingeniosamente su cuchillo y el año siguiente presentó el mismo instrumento modificado, haciendo romo y grueso el vértice de la lámina, de modo que se desliza simplemente sobre

la uretra mientras no encuentra ningún obstáculo y solo secciona los tejidos que se oponen á su paso.

Una ingeniosa experiencia del mismo Maisonneuve demuestra hasta la evidencia la realidad de este hecho. Si por sobre el índice recubierto con un dedo de guante y estrangulado en un punto cualquiera por un hilo, se desliza el uretrótomo, haciendo ejecutar al cuchillo así modificado un recorrido análogo al que se hace en la operación, constataremos que el guante ha sido seccionado únicamente allí donde estaba estrechado por el hilo y que el resto se halla intacto. Merece, pues, este instrumento, la calificación de «inteligente».

Las láminas cortantes son de tres tamaños, correspondientes á los N^ros^ 20, 23, 26 Charriére y sobresalen 4, 5 $^1/_2$ y 7 $^1/_2$ milímetros respectivamente sobre el conductor. Se usarán unas ú otras según el calibre normal que corresponda á la porción de la uretra en que se encuentra la estrechez á seccionar, pues, como sabemos, el canal se ensancha desde el meato hacia la vejiga. Dado el sitio más común, por no decir constante, de las estrecheces blenorrágicas en la porción bulbar, es el cuchillo mediano, el N° 23, el que generalmente se usa en los casos que consideramos.

Finalmente, como complemento del aparato, hay un tallo recto, rígido, de 30 centímetros de largo

y de un calibre correspondiente al N° 8 Charriére, redondeado en una de sus extremidades y terminado por la otra en una rosca macho, torneada como la del conductor directamente sobre él y destinada también á recibir la rosca hembra de la bugía guía.

Está demás decir, dado nuestro criterio en el tratamiento de la retención aguda en los estrechos, que trataremos de franquear la estrechez con bugías armadas únicamente y cuya rosca se adapte perfectamente á la del uretrótomo que hayamos de usar. Estas bugías las conformaremos mediante colodion y pondremos en práctica los diversos medios de que nos ocupamos anteriormente para franquear la estrechez. Necesitamos, además, una sonda á pico cortado N° 17 ó 18 Charriére y una geringa de Guyon de 150 á 200 gramos de capacidad.

Esterilización perfecta de todo el aparato y demás accesorios, de preferencia á la estufa, salvo las sondas y bugías que se preparan cómodamente en el momento de usarlas, con esterilización suficiente, en un tubo largo de vidrio con tapón de goma, en donde se las agita en alcohol primero y con soluciones de ácido fénico, formol y ácido bórico ó agua estirilizada al final, para lavarlas de las primeras que son cáusticas para la mucosa. Asepsia rigurosa del operadòr y su ayudante, asep-

sia y antisepsia del pene y regiones vecinas, recubierta por una compresa, agujereada en el centro, por donde pasa el miembro. El canal de la uretra se prepara como ya dijimos.

La anestesia general no es necesaria, pues la rapidéz con que se hace el corte y el dolor que produce es muy soportable. Evitamos así los riesgos remotos, pero posibles, de toda anestesia. Por otra parte, en nuestro caso, se trata de sujetos en estado tal de sufrimiento y ansiedad, que la pequeña intervención pasa casi desapercibida y se someterían gustosos á intervenciones mucho más cruentas y dolorosas, con tal de verse libre de sus angustias. Sucede como en la oclusión intestinal, en la que hemos hecho anos contra-natura sin anestesia general ni local y sin que el paciente diera muestras de mucho sufrimiento.

El sujeto se colocará en decúbito dorsal, con los miembros inferiores juntos y extendidos. El operador se sitúa hacia la derecha, á la altura de la íngle y el ayudante á la izquierda.

I Tiempo—Consiste en introducir la bugía guía. Es el tiempo capital de la intervención, el más laborioso y no insistiremos sobre las reales dificultades que se presentan en nuestro caso, ni sobre los medios de vencerlas.

Colocada la bugía es necesario estar seguro de que ha franqueado la estrechez y ha llegado á la

vejiga, lo que se reconoce en la sensación especial de libertad que experimenta la mano que sonda y, á veces, por algunas gotas de orina aparecidas en el meato.

Podría suceder, sin embargo, que la bugía se hubiese doblado al nivel de la estenosis y que aún habiendola introducido hasta el nivel de la armadura, diera una falsa sensación de libertad. Es, pues, necesario verificar por medio del tallo la verdadera situación de la bugía. Tomando entre el pulgar é índice izquierdo la armadura de la bugía, adaptamos á ella con suavidad la rosca macho del tallo recto, abundantemente lubrificado y, prévia verificación de que no será posible la desunión de ambos, los introducimos profundamente hasta la estrechez, lo que no sería posible si la bugía se hubiera plegado sobre sí misma, pues, ó bien la extremidad libre aparecería en el meato ó percibiríamos por el periné y el pene el peloton formado por el enroscamiento de la bugía.

Comprobamos, pues, que la bugía llega á la vejiga. Retiramos entonces el tallo, hasta que la armadura se halle á 1 ó 2 centímetros fuera del meato y destornillándolo con suavidad, dejaremos la bugía en la situación en que se encontraba al comenzar este tiempo.

II Tiempo—Atornillamos el conductor, bien lubrificado, á la guía, con las mismas precauciones

que anteriormente y, prévia la comprobación de rigor sobre la solidez de la unión, lo introducimos hasta la vejiga, con las reglas del cateterismo con instrumentos á gran curvadura, venciendo prudentemente, pero con firmeza—*suaviter in modo, fortiter in re*—la pequeña resistencia opuesta por el anillo de la estrechez.

Una vez en posición y al fin de este II tiempo, el conductor debe hallarse exactamente en la línea mediana, formando un ángulo de 45°, próximamente, con la horizontal y el anillo de la porción recta hacia abajo, directamente orientado en el plano vertical.

Al final de este tiempo aparecen en el meato algunas gotas de sangre é inmediatamente que el condutor llega á la vejiga, se escapa por la ranura un delgado chorro de orina, de proyección relativamente considerable, que atestigua la alta presión á que se hallaba sometida.

III Tiempo—El ayudante, sólidamente apoyado sobre la mesa por el codo izquierdo, toma el anillo con la mano del mismo lado y recibe la consigna de no permitir que el aparato varíe de posición hasta el fin de este tiempo.

El operador introduce el cuchillo bien enaceitado en la ranura del conductor en una extensión de 2 á 3 centímetros, mientras que con la mano izquierda toma el pene por el glande, á fin de man-

tenerlo sólidamente y llevarlo á contacto de la lámina cortante. Con la derecha empuja entonces rápidamente y sin vacilación el tallo del cuchillo que se deslizará sin dificultades hasta el anillo de la estrechez, donde tenderá á detenerse. Una presión algo más enérgica pero siempre rápida, dará sensación de un obstáculo vencido y la lámina llegará al final de su recorrido. Con la misma rapidez y sin que el instrumento varíe de posición, se saca el cuchillo definitivamente.

Si el ayudante ha cumplido su consigna y si el operador ha procedido correctamente, el retorno del cuchillo no experimenta resistencia alguna, pués que debe volver á pasar por la brecha practicada al introducirlo.

Se retira el conductor hasta que aparezca la armadura de la guía, como en el final del primer tiempo y se destornilla.

IV Tiempo—Nuevamente se atornilla el tallo recto, tomando las precauciones de siempre para verica la solidez de la unión, ahora más necesaria que nunca. Sosteniéndolo con una mano, con la otra se enfila por su extremidad libre una sonda á pico cortado Nº 17 ó 18 Charriére, lubrificada exterior é interiormente y la deslizamos sobre el tallo, hasta que el pico sobrepase la armadura de modo que la otra extremidad del tallo sobrepase algunos centímetros del pabellón de la sonda. Para conseguirlo es necesa-

rio, generalmente, recortar 3 ó 4 centímetros de sonda.

Se coloca entonces el pene verticalmente y se le mantiene tenso con la mano izquierda, mientras que con la derecha se introduce el tallo forrado de la sonda hasta el sitio de la estrechez. En este momento el ayudante toma la extremidad del tallo que sobresale del pabellón y, mientras el operador empuja la sonda hacia la vejiga, aquél, por una tracción en sentido inverso, retira el tallo y la bugía. La orina fluye libremente y en abundancia.

Recordaremos que la hemorragia *ex-vacuo* es particularmente temible en estos casos y, para proceder con prudencia, vaciaremos lentamente la vejiga, obturando con el dedo á pequeños intérvalos el pabellón de la sonda y remplazando con solución de ácido bórico una parte de la orina evacuada.

Si desgraciadamente sobreviniera y llegara á ser inquietante, aparte del tratamiento general de toda hemorragia, suero fisiológico y gelatinado, tónicos cardiacos, ergotina, reposo é inmovilidad, se debe recurrir á medios locales más poderosos. Haremos con precaución lavajes vesicales con agua caliente, á 45° ó 50°, única temperatura á que tiene propiedades hemostáticas, teniendo ó no en disolución 1 ó 2 °/₀ de tanino ó antipirina al 1 por 5, teniendo presente que estas substancias provocan la forma-

ción de coágulos difíciles de expulsar y que es necesario extraer después mediante aspiración, ó con la gruesa sonda de la litotricia.

Si todos estos medios fracasaran, debe proceder-se sin vacilar y sin pérdida de tiempo á la cistotomía suprapubiana ó talla hipogástrica,que es hemostática por sí misma y que permite además, como último recurso, el taponamiento directo de la vejiga.

Otras complicacíones pueden sobrevenir en el curso de la operación. Puede decirse que la práctica, maestra irremplazable y un operador cuidadoso, las reducen á su más mínima expresión.

Un accidente común es la falta de solidez entre la guía y el tallo ó el conductor. Sea por el uso, por la poca escrupulosidad del fabricante ó por desidia del operador, puede desprenderse la bugía con ó sin su armadura y quedar á diversas alturas de la uretra ó en la vejiga. Si esto sucediera, la pinza de Collin-Charrière, el gancho de Guyon ó un litotritor común, son suficientes para remediar este accidente siempre enojoso, pero evitable.

En el tercer tiempo de la operación puede observarse á veces un accidente generalmente poco grave, pero que conviene evitar. Es la hemorragia por herida del plexo de Santorini. Para respetarlo en cuanto es posible sin recurrir á la sección de la pared inferior de la uretra, que tiene también

sus inconvenientes, es menester que la pared superior no este demasiado tensa y, para ello, trataremos de que el conductor quede en una posición tal, que forme con el plano de la mesa un ángulo de 45° aproximadamente y nunca bajarlo entre los muslos del sujeto hasta la horizontal ó más. Además, empleando el cuchillo mediano, es un accidente poco de temer. Si se produjera bastaría la comprensión directa externa ó la colocación de la sonda permanente para conjurarlo.

Digamos para terminar, algunas palabras sobre los cuidados post-operatorios.

En la inmensa mayoría de los casos la orina de los estrechos con retención aguda está infectada y conviene una vez colocada la sonda, hacer lavages de la vejiga con la geringa de Guyon y el líquido que hemos empleado siempre ha sido el nitrato de plata en solución al 1 por 1000. Después de llenar y vaciar la vejiga tres ó cuatro veces, se termina por un lavage con ácido bórico al 4 por 100.

La sonda á pico cortado debe ser ni muy gruesa ni muy delgada. En el primer caso desgarraría la herida operatoria, haciéndola más apropiada para la absorción y, por consiguiente, la infección. En el segundo caso dejaría un espacio libre entre ella y la pared, lo que daría el mismo resultado, de ahí que se elija el Nº 17 ó 18 Charriére que, con-

tando con la elasticidad de la uretra, se adapta perfectamente á la brecha producida por el cuchillo Nº 23 del uretrótomo.

La fijación de la sonda es una pequeña operación que requiere algún cuidado. Si se coloca de manera que su extremidad penetre profundamente en la vejiga, resultará que, como en todo sifón, la orina se escapará por su luz mientras el nivel del líquido esté á la altura del pico, pero, si aquel baja tenderá á infiltrarse entre sus paredes y la uretra y se pondrá por consiguiente en contacto con la herida y, siendo el rol de la sonda eminentemente protector, sucederá que su resultado será nulo. Es necesario, pues, que el pico rase apenas el cuello para asegurar su efecto máximo y es lo que se llama el funcionamiento «gota á gota».

Se procede geringa en mano, dice Guyón, inyectando 40 ó 50 gramos de solución boricada, que tenderá á salir nuevamente por la sonda. Se la retira hasta que no salga más y se introduce nuevamente hasta que el líquido vuelva á salir, se le empuja aún un centímetro más adentro y, suavemente, se la retira otra vez hasta que salga solamente gota á gota.

Hecho esto, se procede á fijar la sonda á los pelos del pubis. Entre nosotros se usa generalmente el manual sencillo é ingenioso ideado por el doctor Castaño, del Hospital San Roque. A la sonda

se adapta un tubo de goma fijado á las ropas de la cama por un alfiler de gancho y que desemboca en un recipiente lleno hasta la mitad de agua, colocado debajo de la cama. Más sencillamente la sonda desemboca directamente en un orinal, llamado vulgarmente «conejo», colocado entre los muslos del sujeto.

A las 36 ó 48 horas, si no hay indicación que aconseje prolongar su permanencia, se retira la sonda. Antes de hacerlo conviene lavar la vejiga con una solución cualquiera, con lo que se evitarán algunos décimos de temperatura al operado

Repetiremos que la uretrotomía interna, en este como en ningún otro caso, tiene la pretención de ser radicalmente curativa y que siempre, sin excepción, debe ir seguida de la dilatación lenta, progresiva y temporaria, que es hoy por hoy el tratamiento ideal de las estrecheces uretrales.

Comenzaremos por dejar cicatrizar la herida operatoria y diez ó quince días después pasaremos, en las dos ó tres primeras sesiones, sondas bugías de goma, flexibles, que se adaptan a la uretra y evitarán pequeñas hemorrrgias, siempre enojosas. Posteriormente continuaremos con los Beniqué, hasta el N.º 60 y los diversos dilatadores, como el de Oberlender, por ejemplo, si fuera necesario.

OBSERVACIONES

Observación I

HOSPITAL J. A. FERNANDEZ—SERVICIO DE GUARDIA

23 DE OCTUBRE DE 1906.

Juan B.—Español.—Soltero—de 48 años—Pintor

Domiciliado en Juncal 3074.

Primera blenorragia á los 25 años—Segunda á los 30, complicada de orqui-epididimitis derecha, de la que conserva aún la induración de la cola. Persiste hasta estos últimos tiempos la «gota militar». Se trató con varias clases de inyecciones, pero de manera muy irregular, sólo cuando aparecía más abundante el flujo matinal.

El chorro era de escasa proyección y en estos últimos tiempos tenía que hacer esfuerzos relativamente grandes para poder orinar, á veces acompañados de sangre y fuertes dolores al emitir las últimas gotas. La orina era turbia y dejaba depo-

sitar un abundante sedimento—blanco-amarillento.

Hace un año á que fué asistido é internado en este mismo Hospital por accidentes saturninos debidos á su oficio de pintor.

Sin que sepa explicar la causa, en el día de hoy le fué imposible orinar, por lo que solicitó los servicios de la Asistencia Pública y es conducido por la Ambulancia de Primeros Auxilios del Hospital. (Parte de la pág. 696).

Sujeto en un grado de agitación extrema con un globo vesical que llega hasta tres traveses de dedo por debajo del ombligo.

Los baños de asiento calientes ni los supositorios morfino-belladonados consiguen provocar la micción.

Prévia exploración del canal, el practicante mayor, hoy doctor Luis E. Huguet, consigue, después de muchas dificultades, franquear la estrechez con una bugía armada y, á mis instancias, practica una uretrotomía interna sin ningún accidente.

Ingresa á la sala VII, cama N° 23, donde á las 48 horas se le retira la sonda permanente. El 27 del mismo mes, cuatro días después de su ingreso se le da de alta, con la recomendación de regresar al Consultorio externo para la dilatación.

Observación II

HOSPITAL J. A. FERNANDÉZ—SERVICIO DE GUARDIA

22 DE DICIEMBRE DE 1906.

Juan B. P.—55 años—Argentino—Casado—Pintor

Varias blenorragias anteriores cuya fecha de aparición no recuerda pero que, según él, curaron todas y sin complicaciones. Desde algunos años atrás siente ardores, frecuencia y dificultades en la micción y ha notado la disminución de proyección del chorro. Concurrió al hospital San Roque en busca de alivio y allí, con mucha dificultad, consiguieron pasar una bugía y días después algunas otras más gruesas, pero. por sus muchas ocupaciones, dejó de concurrir al Consultorio.

En estos últimos dias sintió agravarse sus dificultades para orinar é ingirió grandes cantidades de infusión de «barbas de choclo» sin conseguir aliviarse.

En la mañana de hoy la micción se hizo imposible y á las 9 p. m. se presenta al Hospital en demanda de auxilio.

La vejiga distendida se dibuja netamente en el hipogastrio. Fracasados los medios paliativos ordinarios, resuelvo practicarle á las 11 p. m. una uretrotomía interna. Con dificultad y después de largo tiempo consigo pasar una bugía armada. La intervención transcurre sin ningún accidente.

Ingresa á la sala VII, cama N° 22. A lae 48 horas se le retira la sonda permanente y durante dos días se observa una temperatura sub-febril de 37°,8 y 38° por la tarde. El 10 de Enero, 19 días después de su ingreso, es dado de alta y en el dia de su salida pasó el N° 48 Beniqué, con la recomendación de venir al Consultorio Externo para continuar la dilatación.

Observación III

Hospital J. A. Fernandez—Servicio de guardia

31 de Agosto de 1907

Pedro R—Argentino—Soltero—de 35 años—Cigarrero—Domicliado en Pringles 1334

A los 20 años primera blenorragia que duró 3 años. Posteriormente ha tenido dos uretritis más. Ha tenido dos crisis anteriores de retención aguda que consiguió conjurar mediante baños de asiento calientes. Esta vez, no cediendo á este medio, resuelve presentarse al Hospital en demanda de auxilio á las 2. 30 a. m.

Por exploración del canal encuentro varias estrecheces y una infranqueable al explorador en el bulbo. La vejiga llega hasta cerca del ombligo. Por cateterismo en manojo consigo pasar una bugía armada. Practico la uretrotomía interna y extraigo gran cantidad de orina fétida.

Pasa á la sala VII, cama N.º 23. A las 48 horas se le retira la sonda permanente. El 7 de Septiembre, siete días después de su ingreso, es dado de alta con la condición expresa de venir al Consultorio para iniciar la dilatación.

Observación IV

HOSIPTAL J. A. FERNANDEZ—SERVICIO DE GUARDIA
24 DE SEPTIEMBRE DE 1907

Arturo V.—43 años—Argentino—Casado—Jornalero
Domiciliado en Río Bamba 1039

A los 28 años primera y única blenorragia que duró un año, curándose con remedios caseros.

Solo desde hace tres meses siente dificultad en la micción, teniendo que hacer grandes estuerzos para poder orinar. Las micciones eran frecuentes y el chorro de poca proyección.

En el dia de hoy, sin que sepa la causa, no pudo emitir una sola gota de orina á pesar de sus esfuerzos y á las 4,30 p. m., alarmado y en estado de extrema agitación, acude al Hospital.

Fracasados los recursos médicos y prévia exploración del canal, consigo pasar una bugía, armada después de más de una hora de tentativas, interrumpidas frecuentemente por indocilidad del enfermo. Practico la uretrotomía interna.

Pasa á la sala VII, cama N° 11. A las 48 horas se le retira la sonda permanente. El 6 de Octubre, 10 días después de su ingreso se le dá de alta, prometiendo volver al Consultorio externo para la dilatación.

Observación V

HOSPITAL J. A. FERNANDEZ—SERVICIO DE GUARDIA

18 DE OCTUBRE DE 1907

Pablo L.—32 años—Italiano—Soltero—Jornalero

Domiciliado ed Billinghurst 1378

Primera blenorragia á los 18 años, complicada de orqui-epididimitis derecha. Duró dos años y no se hizo ningún tratamiento. A los 28 años segunda blenorragia, por la que fué tratado en Italia. Tuvo poco después una crísis de retención que pasó mediante baños de asiento.

En el día de hoy, desde las primeras horas de la mañana, la micción fué imposible á pesar de todos los medios aconsejados por un médico que lo vió y que intentó sondarlo, sin éxito. A las 11 p. m., en estado desesperante y por consejos del mismo médico, resuelve solicitar los servicios de la Asistencia Pública y es conducido á este Hospital por la Am-

bulancia de Primeros auxilios. (Parte de la página. 482.

Por cateterismo en manojo consigo franquear la extrechez, después de más de media hora de tentativas, con una bugia armada en bayoneta y practico acto contínuo la uretrotomía interna. Al retirar el conductor la guía queda con la armada al nivel de la raíz del pene donde se percibe por palpación. Por expresión consigo hacerla progresar hasta cerca de la fosa navicular de donde la extraigo con una fina pinza de disección.

Pasa á la sala VII, cama Nº 19. A las 48 horas se retira la sonda y el 27 de Octubre, 9 días después de su ingreso, es dado de alta. Viene al C. Externo, según lo convenido, donde se le dilata.

Observación VI

OSPITA J. A. FERNÁNDEZ—SERVICIO DE GUARDIA
8 DE ENERO DE 1908

Domingo C.—30 años—Argentino—Casado
Exsoldado de línea y actualmente Agente de policía
Domiciliado en Nicaragua 353

A los 19 años, primera blenorragia que fué curada en el regimiento en que servía. Ha persistido siempre el flujo uretral y ha tenido crísis de retención que pasaron mediante remedios caseros. Hace dos años en el Hospital Pirovano empezaron una dilatación de sus estrecheces, pero no concurrió más al Consultorio.

Desde la mañana de hoy la micción es imposible á pesar de sus esfuerzos y los repetidos baños de asiento por lo que á las 4. 30 p. m. se presenta al Hospital.

Conseguimos pasar una bugía armada y practico la uretrotomía interna.

Pasa á la sala VII, cama Nº 25 y al día siguiente por la mañana, creyéndose curado, se retiró él mismo la sonda permanente y fuga del Hospital.

Buenos Aires, Abril de 1908.

PASTOR E. TABOADA

Buenos Aires, Abril 2 de 1908

Nómbrase al señor Consejero Dr. Baldomero Sommer, al profesor titular Dr. Pedro Benedit y al profesor suplente Dr. B. Maraini, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. CANTON

R. S. Gómez

Secretario

Buenos Aires, Abril 21 de 1908

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta n.º 1799, del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON

R. S. Gómez

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Es necesario siempre llegar al número 60 Beniqué cuando se trata la estrechez por el catetterismo?

II

Contraindicaciones de la uretrotomía interna.

III

Complicaciones de la uretrotomía interna.