Año 1908 N° 1815

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRAUMATISMOS DE LA URETRA

EN LA

INFANCIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EMILIO PICASSO CAZON

Ex-practicante de los hospitales Rivadavia, Rawson y Asistencia Pública

BUENOS AIRES

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

37 — CALLAO — 737

1908

TRAUMATISMOS DE LA URETRA EN LA INFANCIA

Año 1908 N.º 1815

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRAUMATISMOS DE LA URETRA

EN LA

INFANCIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EMILIO PICASSO CAZON

Ex-practicante de los hospitales Rivadavia, Rawson y Asistencia Pública

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA», IMPRENTA DE OBRAS DE EMILIO SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1908

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

Artículo 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
» » PEDRO LAGLEYZE (con lic.)
» » 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 (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 ARAOZ ALFARO
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 (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 (con lic.)
» 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
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	» VACANTE
Química Médica	» VACANTE
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
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 » RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» VACANTE
Clínica Oftalmologica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Epidemiológica	» VACANTE
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS (en ejerc.) » MARCELINO HERRERA VEGAS » JOSÉ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING (en ejerc.) » RICARDO COLÓN » LUIS AGOTE
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

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Anatomía Patológica.....	DR. JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Oftalmológica.....	» TEÓFILO A. MORET (en ejerc.)
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

CONSEJERO DR. GREGORIO ARAOZ ALFARO

A LA MEMORIA DE MI QUERIDA MADRE

A MI ESPOSA

A MIS HIJOS

A MI PADRE

A MI HERMANA

A LOS MIOS

A LOS DOCTORES

JOSÉ FRANCISCO MOLINARI
ENRIQUE E. DEL ARCA
ROBERTO WERNICKE
MARCELO VIÑAS
IGNACIO ALLENDE

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Al hacer este estudio sobre traumatismos de la uretra en la infancia, no lo hago con la idea de presentarles un trabajo nuevo, en la cirugía infantil, sólo lo pongo á vuestro criterio, cumpliendo el último deber que la Facultad me impone; así que les pido sean benévolos al dar su juicio.

Mucho agradezco á mis maestros sus sabias lecciones, que á cada paso tendré que poner en práctica.

Al Dr. Enrique del Arca, que fué qnien me indicó el camino y que con sus consejos llegué á ser médico, hoy le agradezco publicamente sus atenciones.

A los Dres. Marcelino Herrera Vegas, José F. Molinari y Marcelo Viñas les doy las gracias por todas las atenciones que han tenido conmigo durante mi carrera de estudiante.

Al Dr. Gregorio Araoz Alfaro que me ha llenado de atenciones y que hoy me hace otro gran favor, acompañándome en este trabajo, mi más sincero agradecimiento.

ANATOMÍA DE LA URETRA

Definición.—La uretra para el cirujano no es únicamente el conducto por donde sale la orina y el esperma, es un canal que nos sirve para explorar la-vejiga, próstata y para hacer el cateterismo de los uréteres; por consiguiente, sabiendo cuáles son algunos de los roles de la uretra, necesario es conocer también su constitución anatómica.

Dirección.—Todos conocen con cuanta facilidad se hace un cateterismo de la uretra anterior con un beniqué y hago notar la uretra anterior porque se adapta á cualquier forma de instrumento y sigue sus movimientos, de aquí que no podemos indicar una dirección fija.

Su dirección es una curva con cavidad hacia otras, en estado normal, con cavidad hacia arriba, cuando el miembro está en erección y se le da una concavidad hacia atrás, sea á la derecha, sea hacia

la izquierda, cuando hacemos un cateterismo con beniqué.

Pero si la uretra anterior no tiene su lugar fijo no pasa lo mismo con la uretra posterior; tiene una concavidad hacia arriba y adelante, empezando su cambio de dirección, debajo del pubis.

División.—La división de la uretra cambia, según bajo que punto se la estudia, es decir anatómicamente ó quirúrgicamente.

Empecemos su estudio anatómico que la divide, según su situación y la relación que ella tiene con los tejidos que la forman, así tenemos uretra esponjosa, membranosa y prostática.

En cuanto á su movilidad, tenemos una uretra movible que es la uretra anterior hasta el pubis y la fija, que es desde el pubis hasta el cuello de la vejiga.

En cuanto á su relación con la aponeurosis, podemos dividirla: en uretra perineal ó uretra superior y uretra inferior ó extraperineal.

Bajo el punto de vista quirúrgico, esta división es insuficiente, por lo menos á lo que se refiere á la primera parte de la uretra.

En clínica quirúrgica no se cambia la división hecha para la uretra profunda, en membranosa y prostática.

Estas dos últimas partes forman el cuarto del total de la uretra, y sabemos que son las partes

fijas de la uretra y que son también las partes profundas.

Pero si podemos hacer una división de la primera parte de la uretra: en navicular, peniana, escrotal y perineo bulbar; esta división satisface más, porque de lo contrario, un cuerpo extraño situado en la región esponjosa, tendríamos que decir: el cuerpo extraño ó estrechez, ó la estrechez están á tantos centímetros del meato, mientras hoy decimos una estrechez de la región peniana ó un cuerpo extraño situado en la región navicular.

Además estas regiones están clasificadas según la relación que guardan con la uretra, la primera corresponde á la región del glande, la segunda se extiende hasta la raíz del pene, la tercera á toda la uretra que cruza el escroto y la cuarta esta comprendida desde el límite posterior del escroto al pubis.

Parece tuvieran una predisposición especial cada una de estas regiones, para las enfermedades de la uretra; así por ejemplo, la región navicular, para cuerpos extraños y se notan también estrecheces, pero no tanto como en la región bulbar.

Las fístulas tienen su asiento en la región peniana.

La región perineo bulbar es el sitio de elección para las estrecheces, tanto blenorrágicas como traumáticas y es donde el cirujano debe dirijirse para librar á un enfermo de ser infiltrado.

Calibre.—El calibre de la uretra no es uniforme y varía según se le examine, en estado de vacuidad plenitud mediada, máxima.

Cambia también su calibre en las diferentes partes de su largo.

Hacia afuera de la micción es un canal vertical, el se presenta al corte, bajo la forma de una hendidura, pero esta cambia según la región de la uretra que se estudie.

Hacia el nivel del meato tiene la hendidura una dirección vertical.

En la base del glande tiene la forma de una T al revés.

La horizontal de la T va desapareciendo poco á poco hasta llegar á la región prostática.

Al llegar á la parte superior del bulbo, los dos labios se separan y toman la forma del lonsanje á gran eje transversal y terminando en los extremos por puntos adelgasados.

En la región prostática y por la presencia del verum montanum, la hendidura uretral tiene una forma de una curva á concavidad posterior, toma la forma de una estrella á tres rayos, una anterior, las otras dos póstero-laterales.

Es entre estas dos hendiduras que se encuentra el verum montanum. Desde esta hendidura el corte de la uretra toma otra vez la forma transversal.

La forma del cuello es circular en los jóvenes

pero no así en los adultos y en los viejos, que toma la forma de una media luna, debido á la hipertrofia del lóbulo mediano de la próstata.

Calibre fisiológico de la uretra.—El calibre de la uretra es may irregular desde el meato hasta la vejiga.

Analicemos cada una de las regiones que componen la uretra.

Tenemos primero el meato, el orificio menos extensible de todo el canal urinario, cuyas dimensiones no es posible dar con exactitud.

Pasemos á la región navicular y encontramos que tiene una forma fusiforme.

Ella empieza á 18 milímetros atrás del meato y se extiende 20 á 25 milímetros.

Para algunos la fosa navicular es una dilatación producida por la orina en la uretra, debido á la detención producida por el meato, esto no es seguro, pues se encuentra en el niño y en el feto.

La fosa navicular según Rettiner resulta del cierre de la gotera uretral.

De la dilatación uretral pasamos á un estrechamiento, pero uniforme, que continúa hasta el ángulo peniano.

Después encontramos la dilatación producida á expensas de la pared inferior que constituye el fondo de saco bulbar.

La porción membranosa de la uretra, se nos anun-

cia por un estrechamiento, respondiendo al encuentro de la pared inferior de la uretra con el bulbo. A este estrechamiento fisiológico se le da el nombre de *cuello del bulbo*: estrechamiento que continúa toda la porción membranosa.

Por último encontramos la dilatacion prostática que se termina en orificio posterior de la uretra ó cuello de la vejiga.

Largo.—El largo de la uretra varía según la edad.

Al nacer 6 cent., 7 cent; á los 5 años, de 8 á 9 cent. á los diez años, 12 á 14 cent., á los 16 años y toma su dimensión definitiva á los 18 ó 20 años.

En el adulto no se puede indicar con exactitud, el tamaño del pene cambia, según las personas.

Sappey después de un estudio prolijo llega á dar las medidas siguientes de 14 á 24 cent. dando un término medio de 16 centímetros.

La parte más larga de la uretra es la porción esponjosa, después la sigue la porción prostática y luego la parte membranosa.

Conformación interior. El interior de la uretra no es una cavidad completamente uniforme, presenta un sin número de surcos y glándulas que analizarémos en cada una de las regiones.

Así en la región prostática nos encontramos, en la parte media de la cara posterior, una saliente

oblonga, que no es otra cosa que el verum montanum (caput gallinaginio eticolliculus seminalis) de ciertos autores.

Su medida es de 12 á 14 milímetros de largo tiene 1 milímetro de ancho y uno á dos milímetros de alto.

En la extremidad superior encontramos ciertos pliegues que se dirigen hacia atrás, son los frenos del verum y que tienen por objeto unir el verum al orificio vesical de la uretra.

En algunas personas encontramos estos pliegues muy desarrollados, mientras que en otras son poco visibles.

En estos casos encontramos unas lagunas, llamadas fosetas prostáticas, donde se ve desembocar los productos escretores de la próstata.

En la extremidad superior, encontramos la cresta uretral y que una vez bifurcada, se termina en la región membranosa.

La base del verum está íntimamente unida á la pared uretral.

En el vértice del verum, encontramos el utrículo prostático y los conductos eyaculadores situados los lados de éste. El rol de los conductos ó canales eyaculadores es permitir el paso del esperma á la uretra en el momento de la eyaculación.

Estos conductos se abren por una parte en la uretra y por otro, á la parte media de los labios

del utrículo ó en la extremidad anterior, muy rara vez delante de ella.

Siguiendo el trayecto del utrículo prostático encontramos que el tiene, una dirección hacia arriba y atrás, pasa por los lóbulos de la próstata y se termina en la base de ella, entre los dos canales eyaculadores.

Encontrar el utrículo prostático es muy común se le halla en un ochenta por ciento y cuando lo hallamos tiene un largo de diez á doce milímetros.

Arnold dice haber encontrado utrículos de seis á ocho centímentros.

En las partes laterales y posteriores del verum montanum encontramos los orificios glandulares posteriores.

Uretra membranosa. En la uretra membranosa encontramos unos pliegues longitudinales, que no son otra cosa que la continuación de la cresta uretral.

Encontramos también una gran cantidad de glándulas llamadas de Littre, pero ellas son más numerosas en la parte superior que en la parte inferior.

En la porción esponjosa tenemos las glándulas de Cooper, glándula de Mery (fué estudiada por el profesor Gubler) está situada hacia atras de la base del bulbo, en el espacio angular formado por esta base con la porción membranosa de la uretra.

Hay dos glándulas una derecha y otra izquierda Haller compara su volumen á un puño, se encuentran también pequeñas glándulas cuyo tamaño es el de una lenteja.

Sus conductos pequeños se abren despues de un corto trayecto en la pared inferior de la región bulbar de la uretra.

Hay que tener muy en cuenta la naturaleza del líquido de estas glándulas, pues muchas veces puede confundirse con el líquido prostático.

Hay también en la uretra esponjosa las lagunas de Morgagni ó de Haller, que son de presiones ú orificios que según su tamaño se les llama foramina ó foramículas.

Las grandes lagunas están situadas en la pared y á una distancia de 26 milímetros del meato y se encuentran de 12 á 14 y de 5 á 23 según los datos de Yayaray.

Las faramículas están situadas sobre la pared superior del canal.

Examinando la pared superior del canal encontramos que casi todas las desembocaduras de las glándulas están situadas sobre esta pared y son también las más grandes; de aquí la recomendación de seguir siempre la pared inferior para hacer el cateterismo.

La válvula de Guerín la encontramos sobre la pared superior de la uretra á 1 ó 2 centímetros atrás

del meato y por encima de esta válvula, nos encontramos con el seno de Guerin.

Según éste las válvulas que lleva su nombre no es más que una laguna de Morgani, un poco mayor y también situada más adelante que ellas.

Hay que tener cuidado con el cateterismo con bujías de no penetrar en este repliegue y se podrá salvar siempre este obstáculo haciendo el cateterismo siguiendo la pared inferior.

ETIOLOGIA

Inmensa sorpresa os causará cuando leais este trabajo y encontreis que son muchas las causas que pueden producir una herida en la uretra del niño y que á cada paso está en el peligro y encontrareis pocos, poquísimos casos de herida traumatica de la uretra en el niño tanto aquí como en el extranjero.

¿Será acaso que no escriban ó le den poca importancia á este punto ó será que la uretra anterior por su movilidad y la uretra posterior por ser tan profunda está resguardada del peligro más que los otros órganos? He buscado en los congresos de cirugía desde el año 1885 hasta el año 1905; en los Archivos Provinciales de Cirugía, en los boletines de la Sociedad de Cirugía, en los anales de enfermedades urinarias de Gruzon y ni un solo caso encuentro de herida traumática en la uretra de los niños.

En los hospitales de la República, he encontrado dos casos en el servicio del Dr. M. Herrera Vegas, uno en la sala del Dr. Robertson y dos casos en el hospital de niños, en los servicios de los Dres. Máximo Castro y Marcelo Viñas.

Indicaré cuales son las causas que producen el traumatismo y las dividiré en causas accidentales, directas é indirectas, quirúrgicas, intencionales y patológicas.

Las causas accidentales las podemos dividir: las producidas por instrumentos y objetos cortantes (por falta de casos prácticos de herida traumática en la uretra de los niños, permítaseme referirme á los producidos en los adultos.

Heridas accidentales directas. En el primer caso, tenemos el referido por Wasiliew, herida producida por espada.

Refiriéndome á heridas producidas por objetos cortantes tenemos el caso del hospital de niños.

En cuanto á herida, por instrumentos y objetos punzantes tenemos, en primer lugar otro caso presentado por Wasiliew y el enfermo presentado por mí del servicio del Dr. Herrera Vegas.

Tenemos también heridas producidas por armas de fuego (caso de los Dres Castro y Viñas).

Se producen heridas por golpes de bastón, de martillo, por puntapies y también por una patada de caballo.

Entre las causas que producen heridas de uretra, podemos citar las erecciones violentas, falsos pasos en el coito, como el citado por Guyón y caídas hacia atrás con enderezamiento brusco del miembro durante el coito (Guyón).

Causas accidentales indirectas.—La caída á caballo sobre elementos resistentes sobre un ángulo de una tabla, sobre un pie ó respaldar de un banco, con fractura de los huesos ilíacos, podemos citar también las caídas sobre el sacro, isquion, que traen desgarraduras del periué con rutura de uretra.

Causas intencionales.—Hay intesantes casos de heridas de uretras por cuerpos finos y delgados, como ser cintas, cabellos, anillos; estas heridas son casi siempre producidas en los niños, muy rara vez en los adultos y son mano extrañas las que producen estas heridas.

El caso que presento de la sala 6 del hospital de clínicas, es uno de ellos.

También citaré un caso que fué observado en el servicio de Ricard; se trataba de un niño de 15 años á quien una mujer, que tenía relaciones sexuales con él, para evitar ser fecundada, ataba un hilo á la rejión escrotal del pene y tiraba de él, en el momento de la eyaculación.

El fin que se proponía esta mujer era evitar la llegada del esperma á la vagina.

Llevado el niño al servicio del Dr. Ricard, se

notó que el pene estaba seccionado y había también gangrena.

Se ven también estas heridas en niños que para no orinarse en su cama, se anudan hilos en el pene.

Pelikan cita algunos casos dela secta de Skopsen que mutilaban á los hombres atándoles cintas en el pene para impedir la fecundación; de este modo el semen salía por la fístula y no llegaba al meato; por consiguiente tampoco alcanzaba á la vagina.

Causas quirúrgicas.—Entre ellas encontramos las heridas producidas por el beniqué, cuando manos poco hábiles pretenden hacer el cateterismo.

La uretrotomía interna mal hecha y la litotricia producen estas clases de heridas.

Causas patológicas.—Los abscesos blenorrágicos y abscesos urinosos al abrirse el exterior forman una fístula, por consiguiente una herida de uretra.

Sitio y frecuencia de las heridas.—Las heridas de la uretra, pueden producirse en toda su extensión, pero como es natural, hay lugares en que se producen con mayor frecuencia, es necesario también tener en cuenta, antes de dar con presición el sitio donde se producen más frecuentemente las heridas, en que condiciones estaba el miembro, cuando se produjo el traumatismo.

Así tenemos, por ejemplo, la uretra peniana en estado de flacidez es una de las partes uretrales en

la que se ven pocos casos de herida, mientras que estando el miembro en erección se pueden citar muchos más casos.

La porción perineo-bulbar es una de las más expuestas al traumatismo; por consiguiente, es en ella donde encontramos un gran número de casos.

Le sigue en orden decreciente la región membranosa que como vemos, es casi siempre herida de uretra con fractura del pubis.

Por último la porción prostática es la que cuenta con mayor número de casos.

Terillón solo relata un caso.

Clasificación de las heridas.—Si cambia en frecuencia el número de casos en las diferentes porciones de la uretra, la clasificación de las heridas es también diferente.

Así tenemos, por ejemplo, los simples orificios, las equimosis, las sementaciones, y las contusiones.

También se citan casos de rupturas de la uretra anterior, como por ejemplo el caso Ballard.

Por último, tenemos la ruptura de uretra por golpes recibido directamente; caso de Voillemier.

Agregaré, para terminar con la uretra en estado de flacidez, que todas estas heridas son producidas de afuera á adentro y que solo tendremos heridas de adentro á afuera en las quirúrgicas ó en las heridas patológicas.

En cuanto á las heridas de la uretra estando el

miembro en erección, son siempre rupturas completas ó incompletas de la uretra; por ejemplo, en los falsos pasos del coito las rupturas se producen siempre en el ángulo formado por el pene, es decir, en la unión de la porción peniana con la porción escrotal, también tenemos rupturas de uretra incompletas en los casos en que las personas tratan de reparar una extensión forzada por una inflección.

Tenemos también el caso de Terillón, de ruptura incompleta de la uretra; en los casos que las personas no permiten seguir á la uretra, la dirección de los cuerpos cavernosos.

Como es natural, se ven heridas que no producen mortificación en los tejidos periféricos de la uretra; pero en otros casos hay gangrena y edema de los tejidos periféricos.

Las heridas producidas en la región perineo-vulbar son casi todas desgarradas con ruptura completa é incompleta de la uretra y entre las causas más frecuentes tenemos la caída á caballo, en orqueta sobre cuerpos resistentes.

ANATOMIA PATOLOGICA

Como veremos dentro de un momento la clasificación que se ha hecho anátamo-patológica de las diferentes clases de heridas, responden á la naturaleza y á la intensidad del traumatismo.

Por consiguiente, tendremos desgarraduras intersticiales, rupturas parciales, incompletas, completas y totales.

También deseo hacer notar que casi siempre que se produce una ruptura incompleta de la uretra, es la pared inferior la lesionada.

Analicemos cada una de estas heridas; la ruptura es intersticial cuando la mucosa hacia adentro y la pared fibrosa afuera están respetadas por el traumatismo y solo el cuerpo esponjoso es el herido, y se nota en el interior de la cavidad de la uretra un hematoma.

La ruptura es parcial y limitada al cuerpo esponjoso y á la uretra; á la herida del cuerpo es-

ponjoso se agrega es este caso la de la mucosa; la sangre derramada en el cuerpo esponjoso se comunica á la uretra.

Cuando las tres paredes del canal están heridas tenemos una ruptura total; ésta puede subdividirse por completa é incompleta.

Cuando es incompleta y que se puede decir que es la más común, la desgarradura es en la pared inferior y puede tomar el medio, el tercio de la pared inferior dejando siempre en la pared superior una pequeña unión; esta disposición feliz impide la retracción ó separación de los cabos de la uretra, es además la pared superior y que por estar sana, nos sirve de guía para entrar con la sonda en la vejiga.

Tenemos una ruptura completa cuando toda la circunferencia de la pared del canal está herida y tenemos en este caso la uretra separada en dos mitades una anterior y otra posterior; esta separación de los cabos de la uretra puede llegar á ser de 4 á 5 centímetros.

Muchas veces al hacer la uretrotomía externa no encontramos el cabo posterior de la uretra, sea porque un enorme hematoma lo cubre, sea, porque ha perdido la dirección normal.

Lesiones de las partes vecinas á la uretra.— Cuando la piel y la aponeurosis están heridas, tenemos que el interior de la uretra comunica con el

exterior en el primer caso y con el interior de la cavidad pelviana en el segundo.

También se notan cuerpos cavernosos heridos y partidos, la pared fibrosa resiste y la lesión queda intersticial y desconocida (Terrillón).

Muchas veces y sobre todo en la herida de la uretra bulbar se notan fracturas de los huesos que aunque graves no tienen la gravedad que se tendría si estos huesos fuesen atacados por una infección (osteomielitis).

SINTOMATOLOGIA

En las heridas de la uretra tenemos síntomas patognomónicos que nos llevan á hacer el diagnóstico con mucha certitumbre como es natural estos se manifiestan con más ó menos intensidad según la gravedad del caso.

El dolor es el primer síntoma que nota el enfermo; éste puede ser tan fuerte que hasta puede hacer perder el conocimiento y como es natural el sitio donde más fuerte se siente es donde se ha sufrido el traumatismo. Este dolor aumenta en el momento de la micción y con el movimiento.

Hay veces que el dolor es poco intenso y solo se da cuenta de la herida de la uretra por la hemorragia.

En los anales de las enfermedades de los órganos génito-urinarias, se cita un caso en que un hombre había recibido un puntapies en el pene y que no le dió importancia; pero á la noche, al desper-

tarse, encontró su cama húmeda, prendió luz y notó, con gran sorpresa, que de su pene salía sangre en gran cantidad, quizo orinar y no pudo, llamó un médico, que le hizo el diagnóstico de ruptura de la uretra.

La uretrorragia que se pone de manifiesto por el meato cuando sólo la herida es intersticial; es debido á la herida de las aureolas del tejido esponjoso, esta hemorragia puede detenerse sola por la simple compresión.

Cuando la herida es incompleta se nota una gran cantidad de sangre por la herida y también por el meato. Se ve algunas veces que la salida de la sangre por el meato se detiene porque un coágulo ha tapado el vaso ó ha unido los labios del meato; pero al pasar una sonda ó en un esfuerzo en la micción vuelve á notarse la metrorragia, porque se ha sacado el coágulo y se tiene una hemorragia secundaria que puede poner en peligro la vida del enfermo.

Si la herida es completa y, por consiguiente, tenemos la uretra separada en dos partes, el cuadro cambia.

En este caso siempre hay una hemorragia que impresiona. Cras cita un caso en que después de poner una sonda con mandrin en la vejiga tuvo que apartarse del enfermo por estar bañado de sangre, y que después de varios minutos de aplicación

de compresas heladas é irrigaciones heladas pudo detener la metrorragia, lo que no pudo obtener con toda clase de ligaduras.

Otro de los síntomas que encontramos es la tumefacción donde se produce la herida, se nota el punto enfermo negruzco y al rededor del mismo se percibe un vasto equimosis.

El tumor está al principio formado por un derrame sanguíneo; pero si no se interviene en el momento, se mezcla la orina con la sangre y son graves accidentes inflamatorios los que podemos tener en ese punto.

Esta tumefacción puede tener el tamaño de un huevo y llega á tener el tamaño de una cabeza de feto (Voillimiers).

A los síntomas ya indicados tenemos que agregar la dificultad de la micción, que se nota en los casos leves y de poca gravedad; el pasaje de la orina por el punto lesionado y por el meato es doloroso; inútil es poner en claro que el derrame de orina viene acompañado con sangre; en estos casos, como se ve, el enfermo puede orinar al principio y por consiguiente no hay infiltración; sin embargo, Lejars cita un caso de infiltración de orina, á los pocos días de un golpe (caída de bicicleta) en que la dificultad de orinar se hacía más difícil cada día. Esta dificultad se pone de manifiesto por la pequeñez del chorro de orina, por la poca fuerza y por la interrupción.

En los enfermos graves ya la micción está interrumpida y tenemos la retención completa y, por consiguiente, la tumefacción perineal, y si no se opera pronto, tendremos también los accidentes de infección.

Esta retención que aflije por los dolores, por la infiltración y por la desesperación que siempre siente un infiltrado, por la matitez y saliente que hace la vejiga llena de líquido y por los sombríos presentimientos para el porvenir, ha hecho decir á Cras que no duda que un médico, sin ser cirujano, no hallaría una solución pronta para hacer cambiar el cuadro.

COMPLICACIONES

Las que pueden presentarse en el niño son pocas, pues el niño hasta los doce años casi siempre tiene su uretra y vejiga sanas; por consiguiente, son menos las infecciones que pueden producirse de adentro á afuera, lo que no pasa en el hombre, pues los microbios encuentran la uretra y vejiga predispuestas á las infecciones.

Después de la operación son raras las infecciones producidas por la orina, porque este líquido está exento de microbios; así tenemos sólo complicaciones de afuera á adentro y veremos las producidas por el cuerpo traumatizante y por los instrumentos, manos, etc., que el cirujano utiliza en la operación. Si por desgracia se tiene una infección á esta complicación se sucede otra más grave y es la fístula que retardará la curación mucho tiempo. La complicación más grave es la fractura del hueso

ilíaco y es este accidente que hace obscurecer el pronóstico.

La infiltración de orina que se produce cuando hay retencion completa de este líquido y que muchas veces se produce esta complicación debido á haberse retardado la intervención. Tenemos también las estrecheces tranqueables é infranqueables que pueden producirse después de las operaciones de Sedillot y Syme.

PRONÓSTICO

Este varía según en que sitio se ha producido la herida; así tenemos que el pronóstico es benigno, es una herida de la uretra anterior, mientras que cambia el pronóstico si es una herida de la uretra posterior con fractura de los iliacos. Cambia también el pronóstico en las heridas operadas en seguida del traumatismo, que las que se operan cuando se ha producido la infiltración, hay gangrena ó fístulas anchas ó pequeñas.

Las estrecheces que resultan del traumatismo cambian poco el pronóstico, pues con sólo una dilatación con beniqué si es estrechez franqueable ó con una operación de Maisonneuve que siempre es sin peligro, se consigue la curación del enfermo.

DIAGNOSTICO

Lo primero que debemos buscar cuando se nos presenta un enfermo con uretrorragia, es el sitio donde se ha producido la lesión, porque siempre que encontremos sangre en el meato y habiéndonos dado el antecedente de un traumatismo debemos pensar en una herida de uretra.

Si hay sangre en el meato es probable que la uretra anterior sea la herida y si debemos pensar en herida de uretra posterior, aunque no haya uretrorragia, pues la sangre puede irse á la vejiga ó infiltrarse en los tejidos vecinos.

Como muchas veces se confunde la herida de uretra con la herida de la vejiga; si al tacto notamos la vejiga distentida, y á pesar de la tumefacción perineal se nota el globo vesical, debemos pensar en herida de uretra membranosa.

La exploración uretral confirmará nuestras previsiones y encontraremos al rededor de los huesos

ilíacos el punto doloroso donde se ha hecho la ruptura.

Si al tacto no notamos la vejiga distendida es que existe posiblemente una desgarradura de la uretra.

El grado de ruptura de la uretra es difícil de diagnosticar, sobre todo si se trata de uretra posterior y para distinguir si hay ruptura total ó parcial de la uretra nos serviremos de la sonda, que nos servirá para diagnosticar.

En presencia de un enfermo con alta temperatura, con gran infiltración, retención de orina, y la sonda no llega á la vejiga, haremos diagnóstico de ruptura grave de uretra.

Otros datos que nos sirven de guía para hacer diagnóstico de ruptura de uretra, son el dolor local, la equimosis, y la falta de micción voluntaria,

TRATAMIENTO

Punto sumamente difícil es el que paso a tratar, no por la operación en sí, sino por la inmensa cantidad de opiniones de buenos maestros y que hay que tener en cuenta sin pasar por alto, empezando por la anestesia y terminando por el último pequeño detalle; se ha discutido y se discute.

Para que mi exposición resulte clara dividiré en: tratamiento efectuado en seguida del traumatismo y que son las operaciones con conductor y sin él ó sean operaciones de Sedillot y Syme; y las operaciones efectuadas mucho tiempo después del incidente, cuando ya se presenta el enfermo infiltrado, con fístula ó gangrena del pene, en estos casos casi siempre tenemos que recurrir á las operaciones plásticas.

Muchos cirujanos cuando tienen que hacer una operación de uretrotomía externa sin conductor y por

consiguiente el encuentro del cabo posterior es difícil operar sin cloroformo (Cras y Terillón), para aprovechar la contracción de la vejiga y por consiguiente la expulsión de la orina por el cabo para encontrarlo más fácilmente.

A otros les parece bien operar con estovaína y cocaína encontrando la ventaja de Cras y Terillón; pero los más operan con anestesia completa y dicen que si no se encuentra el cabo posterior es por que no hacen anatomía, no limpian bien el sitio operado y no han puesto los órganos en su relación anatómica. Paul Rajmier hace notar que una vez limpia la herida encuentra siempre el cabo posterior en el medio de la herida, como un punto brillante y trata de hacer salir por ese punto orina, comprimiendo la vejiga.

Empezaré por describir el tratamiento de los casos benignos de herida de la uretra anterior.

Muchos autores dicen que lo primero que uno tiene que hacer después que ha detenido la hemorragia por fomentos helados, son inyecciones de ergotina, adrenalina y si no hay micción espontánea, colocar una sonda permanente, pero su colocación tiene que ser hecha con todo cuidado y con la mayor asepsia posible, pues este cateterismo evitará la infiltración de orina, pero debe dejarse esta sonda permanente hasta que el enfermo orine solo, esto parece razonable pues hecho el cateteris-

mo no habrá infiltración y la sonda servirá como sostén á la mucosa uretral y evitará la formación de la estrechez.

Si no se puede hacer el cateterismo se hará la punción hipogástrica.

Otros dicen que la sonda produce irritación y también puede dar lugar á infecciones.

Creo que la sonda debe ponerse siempre que se pueda para evitar la infiltración y al hacer la punción abrimos otra puerta á las infecciones de vejiga.

Hecho esto le indicaremos al enfermo reposo y lavajes de vejiga con agua hervida; se entiende, si no hay gran herida ó pérdida de tejidos, pues en estos casos tendríamos que suturar.

Las suturas de uretra son difíciles de efectuar y también son de poco valor.

Las observaciones de tres enfermos operados recientemente con buenos resultados, se relacionan á heridas de poca extensión; en cuanto á las heridas estensas y sin operaciones plásticas dan resultados poco felices.

Una vez obtenida la cicatrización, continuaremos haciendo la dilatación si han quedado estrecheces.

Pasemos á describir las operaciones efectuadas en la ruptura de la uretra posterior, ó en otros términos, de hacer la sutura de la uretra.

Ya indicada por Guy de Chauliae y tentada en

el siglo XVI por Franco y A. Paré para la extracción de cuerpos extraños, la sutura de uretra no reaparece hasta el año 1866.

En esta época John Birkelt, la practica primero sobre un niño, en una herida del periné producida por una coz; la uretra fué rota, los dos cabos fueron reunidos sobre una sonda de goma y la cura se obtuvo muy pronto.

Después, estas operaciones fueron modificándose, hasta que Nogues en su tesis del año 1892 presentó 19 casos para demostrar la utilidad de la sutura de la uretra.

La operación la podemos dividir en tiempos:

1º Preliminares que son: asepsia de la región, anestesia con éter, con cloroformo ó cocaína, estovaína etc.; colocación del enfermo al borde de la mesa, en la posición de la talla, se llevan los muslos en aducción al mismo tiempo que se levantan las regiones glúteas.

No debe faltar en una uretrotomía externa, sondas de cauchut rojas de números variados, agujas finas curvas de sutura, agujas de Reverdin, agujas á básculas, seda número 0 y 00, catgut número 00, 0 y 2, crin de Florencia.

Procederemos á colocar una sonda blanda, introduciéndola por el meato, siguiendo la pared superior y conseguir llegar hasta el obstáculo, consiguiendo esto se coloca el pene sobre el vientre, se incinde el periné hasta llegar á la uretra.

Muchos prefieren la incisión longitudinal mediana ó prerectal, pues dicen que es mejor por que es más fácil encontrar el cabo posterior, también por que se separan de este modo las fibras musculares, mientras otros prefieren la transversal, pues dicen que encuentran el cabo posterior más fácilmente (Richeb).

Creo que la incisión longitudinal prerectal, es la más usada y la que más facilita la operación y si no se tuviera suficiente campo se pueden agregar incisiones complementarias.

Hecha la incisión longitudinal mediana sobre el rafe que pasa adelante y atrás los límites de la saliente perineal.

Incindida la piel caemos en el foco lleno de sangre y de coágulos, lo más á menudo tendremos que seccionar una segunda envoltura fibrosa que siempre está manchada de sangre (aponeurosis perineal superficial). Hecha esta incisión caemos en la parte traumatizada y nos encontraremos con los coágulos que retiraremos y una vez limpia la cavidad nos podremos orientar.

En el ángulo anterior de la herida aparecerá nuestra sonda introducida por el meato y nos servirá para reparo; una vez abierta la uretra se nos pueden presentar dos casos.

Herida de uretra con ruptura de la pared inferior y ruptura total, por consiguiente, con reparación de los cabos de la uretra·

Ruptura de la pared inferior sola.—En este caso nosotros introducimos una sonda á extremo cortado haciéndola deslizar por la pared superior, que en este caso habrá quedado reducida á una simple banda que une los dos extremos de la uretra. Llegada la sonda á la herida utilizaremos el dedo colocado en la herida como pared inferior y conseguiremos de este modo hacerla llegar á la vejiga.

Un detalle que no debemos olvidar es que, cuando la sonda llegue al extremo de la herida, saquemos una cantidad suficiente para presentarla al cabo posterior y penetrar hasta la vejiga lo que no siempre es fácil, de modo que uno tiene que proceder con cuidado y paciencia para no destruir tejidos sanos.

Una vez conseguido nuestro propósito, empezaremos por suturar la uretra, siempre que la intervención no se haya retardado, que no tengamos infiltraciones, no infecciones ó tejidos muy friables.

Arribados los labios de los cabos y sacando lo más que se pueda del tejido mortificado, empezamos por aproximar los cabos y suturar sobre la sonda los labios de la herida al catgut fino y á puntos separados cuya distancia variará de 2 á 3 milímetros tomando solamente la submucosa para que la herida cicatrice por primera intención, la sutura no debe dejar pasar los líquidos, lo que se pone de manifiesto inyectando por el meato una solución de

Cl^2 Hg, al 1 por 3.000, y si este líquido no sale por la sutura nos demuestra que se ha hecho bien.

Hecha la sutura de la submucosa se procede á hacer el segundo plano de sutura con catgut á puntos separados, el cual comprende los músculos del periné, y por último, la sutura de la piel con seda, haciendo la sutura continua.

Terminada la sutura hacemos curación seca, vendaje, compresión, etc.

La sonda permanente debe ir á un recipiente; en otras palabras, formar el sifón.

La sonda colocada en la uretra ha dado motivos de discusión.

Richet no pone sonda permanente, pues dice que ha dado malos resultados después de haber tenido la sutura bien hecha, y prefiere la derivación perineal, que siempre la hay cuando ha habido ruptura de uretra y deja que se cierre la fístula cuando se ha tenido la cicatrización de la sutura. M. Pourrellot relata once casos curados sin haber dejado sonda y sin fístula perineal, el hace la punción hipogástrica para evitar que la orina pase por la herida y no se tenga absceso y más tarde fístula

Ruptura total, separación de los dos cabos.—Las maniobras son siempre más difíciles y con resultados más sombríos cuando estamos en presencia de una ruptura de uretra y tenemos que hacer su sutura. Encontramos en primer lugar el periné

undido, gran hemorragia y pérdida completa de relaciones.

En este caso el cirujano debe pensar antes de colocar una sonda todo el mal que puede producir al enfermo y el bien que le aportaría haciendo el cateterismo, y se encontrará en primer lugar que es difícil llegar hasta la herida, y después la hemorragia que puede sobrevenir, que será poco ó tan intensa que ponga al enfermo en peligro (Guyon), y la poca eficacia que se conseguirá en poner en salvo la vida del enfermo.

Pero cuando tenemos una herida que sana á pesar de pasar la orina por ella no nos preocupa nada la sonda; pero sí nos interesamos, cuando vemos que los bordes de la herida se infiltran lo mismo que el periné; en este caso la sonda salva la situación y si no consiguiéramos en esta forma, tendremos que proceder á abrir el flemón urinoso difuso.

Otra dificultad tenemos que resolver cuando no hallamos el cabo posterior. Nichet dice que una vez limpia la herida aparece como un punto brillante, hace salir la orina por este punto comprimiendo la vejiga.

Lejars nos dice que con la sonda acanalada en la mano busquemos todo tubérculo ú orificio y si por él penetra la sonda sin dificultad tenemos el circuito de este orificio y veremos que introduciendo una sonda por él, permitiría fácilmente su entrada si estamos en el buen camino.

La salida de la orina por un orificio puede ser un precioso recurso para hallar nuestro cabo posterior.

He tenido la oportunidad de ver, cuando era practicante del Hospital Rawson, una uretrotomía externa; no se halló el cabo posterior, se mandó el enfermo á la cama, ordenándole que contuviera toda salida de orina por la herida hasta el momento de volver á la sala de operaciones.

Hemos encontrado el cabo posterior y hacemos pasar la sonda á la vejiga y tendremos restablecida la comunicación.

Ahora hacemos la sutura de 2 cabos, poniéndolos en contacto por puntos de apoyo y terminaremos por puntos de adosamiento.

Pasaremos en uno y otro tronco tres ó cuatro hílos tomando gran parte del tejido uretral, tirando hacia adelante el cabo posterior, con la pinza se atraen uno y otro cabo, procurando tirar los hilos para conseguir un primer acercamiento, una unión preliminar, y es sobre todo el nivel de la pared superior del canal, que es importante colocar dos hilos de apoyo.

El resto de circunferencia de la uretra es más fácil suturar una vez conseguido el adosamiento.

Si llegaremos á tener que unir una uretra cuyos bordes de la herida fueran destrozados y muy delgados tendríamos que hacer lo siguiente: colocar

una sonda por el meato hasta el obstáculo; una vez hecho esto haríamos la incisión perineal, llegaríamos á la uretra y una vez encontrado el cabo posterior introduciríamos la sonda por este cabo hasta la vejiga y como nos sería difícil suturar los tejidos por estar en malas condiciones y por el acercamiento de ellos, habiendo gran parte de tejido destrozado, formaría un pliegue.

Solo haríamos pasar unos puntos hechos con crin para que no se separasen los cabos; pero estos puntos nos penetrarían en la mucosa, dejaríamos la sonda y la herida la cubriríamos con gaza esterilizada y de este modo dejaríamos que se efectuase la unión por primera (Terillon, Cras y Lejars nos citan casos de esa naturaleza).

Una vez conseguido el acercamiento de los cabos en la ruptura total de uretra esperaremos la cicatrización, que siempre se conseguirá y debe tenerse mucho cuidado y asepsia.

No encontramos el cabo posterior de la uretra. ¿Qué hace el cirujano? Dos caminos tiene para salvar al enfermo. Dejar las cosas como están y mandar al enfermo á su lecho, si no es un infiltrado, y hacerlo volver al otro día, ya con la seguridad de encontrar el cabo, porque hará salir orina por el cabo posterior, y si es un infiltrado hacerle la punción hipogástrica y abrir el flemón urinoso difuso, ó si es más grave el caso, hacer el catete

rismo retrógrado ó la cistotomía hipogástrica.

¿Cómo se hace el cateterismo retrógrado? Previa asepsia rigurosa de la región hipogástrica, hacemos una incisión de 8 á 15 cent., la plenitud de la vejiga nos facilita el primer tiempo, y después de cortar todas las capas musculares, grasosas y llevando hacia arriba el peritoneo, juntamente con toda la masa muscular y grasosa, nos encontramos con la vejiga que la incindiremos en su línea mediana en una extensión de 4 á 5 cent. Una vez hecho este orificio, se tomarán sus labios con un hilo y colocaremos nuestro índice y medio en la herida vesical y sobre nuestro índice introducimos una sonda mediana metálica á gran curvadura que se le hace llegar á la herida perineal; una vez en este punto se le une á la sonda que introducimos por el meato, se tira de la sonda metálica y llegará á la vejiga la sonda á extremo cortado. Para que no se pierda el bien ganado, nosotros no debemos permitir movimientos á la vejiga y para eso ligamos la pared vesical á la abdominal con hilos dobles.

Una vez la sonda en la vejiga unimos los labios.

Suturamos la herida hipogástrica; nos queda la herida uretral en el periné que la trataremos en los casos anteriores.

Tratamiento de las complicaciones.—Si la herida es antigua encontraremos al enfermo infiltrado y haremos la punción hipogástrica y sino incindire-

mos ampliamente hasta la uretra, el flemón urinoso y después trataremos de conseguir mejorar el estado local.

En la ruptura de la porción profunda de la uretra ligadas á fracturas del pubis y las ramas isquiopubiana siempre hay retención de orina, porque un fragmento del hueso comprime la uretra de modo que en este caso hay que hacer lo siguiente: buscar el cabo posterior si se encuentra, lo que es difícil, hacer la operación que más arriba indiqué y si no debemos hacer el cateterismo retrógrado, reconstruir la uretra, pero no se debe de ir nunca á buscar el fragmento, ponerlo en su sitio y esperar la coactación antes de buscar la derivación urinosa.

En el caso que tengamos un absceso debemos abrirlo y hacer su curación, pero si se nos presenta un enfermo con fístula ya formada, tendríamos que operar la fístula y en el caso de que encontráramos gran parte de tejidos necrosados haríamos operaciones plásticas.

OBSERVACIONES CLINICAS

Historia clínica I

HOSPITAL DE NIÑOS.—SERVICIO DE CIRUGÍA

Entró el 27 de Febrero de 1906.

Sala 7, nombre M. O.

Edad, 6 años.

Diagnóstico.—Herida de la uretra.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión hace tres meses.

La enfermedad actual data de dos días, en que se produjo el traumatismo.

Estado actual.—Bien constituido. Regular estado de nutrición.

Presenta una herida cortante profunda, situada en la región perineal, á 4 cent. por delante del ano, cruzando perpendicularmente el rafe perineal; tiene 3 cent. de ancho. Toda la región está edemato-

sa y los bordes de la herida. Sale tejido necrosado con pus, mezclado á la orina, éste se derrama íntegramente por la herida, aunque de una manera involuntaria; por el meato no sale orina desde que se cortó.

Hay una infiltracion urinosa en todas las regiones que se avecinan á la región traumatizada, inguinales, crurales, perineal, pubiana, escrotal, peniana, apercibiéndose fluctuación en cada una de estas regiones.

Hay fímosis inflamatoria.

Estado general.—Malo. Caimiento. Temperatura de 38.6.

Febrero 28 de 1906. Se incinde el prepucio en su parte dorsal, para librar al glande aprisionado en la fímosis. Se introduce una sonda uretral por la uretra y se le ve aparecer por la herida.

Incisión longitudinal.—Desde cerca de la raíz del pene por el rafe escrotal, hasta la herida. Se separan las bolsas para drenar esa infiltración.

Se diseca y extrae gran parte del tejido necrosado poniendo al descubierto los dos extremos de la uretra bulbar completamente seccionada á través, se limpia esta cavidad cruenta con yodo y se procede á hacer pasar la sonda por los dos cabos sueltos.

Sobre la sonda se ponen tres puntos de sutura con catgut. Drenaje en ambos lados de la uretra.

Incisión en cada una de las partes infiltradas. Sonda metálica permanente.

Marzo 3 de 1906. No ha tenido temperatura, la orina es clara, sale con facilidad, pero deja depósitos salinos en abundancia. Supura poco y no sale orina por el periné.

Marzo 6. Obstruida fácilmente por las sales, la sonda se retira y se pone otra de Nelatón.

Ha habido orina por la sonda perineal en el último día. La orina ahora es turbia.

Marzo 20-1906.—La orina sale por el meato, apenas salen unas gotas por la herida perineal.

Marzo 25.—La orina sale toda por el meato. Herida uretral cicatrizada.

Abril 10-1906.—La introducción de una sonda delgada es obstaculizada por una estrechez situada á nivel del traumatismo.

Marzo 4. Anestesia clorofórmica, se hacen sondajes con Beniqué, y se llega al N.º 16.

Marzo 10.—Se continúa el sondaje hasta el N.º 20.

Junio, se le da de alta.

Historia Clínica II

Sala 7, nombre I. P.

Edad, 10 años.

Diagnóstico.—Herida de bala en la uretra.

Entró el 19 de Marzo de 1906.

Antecedentes hereditarios.—Se ignoran.

Antecedentes personales.—Estado regular de nutrición, bien constituido.

Hay en el ángulo que forma la cara dorsal del periné con la pared abdominal y en el lado izquierdo, un orificio fistuloso de un centímetro de diámetro, redondeado y por donde sale la orina.

Este orificio corresponde por su comunicación al extremo inferior de la uretra y que se ha desviado hacia el lado izquierdo.

El extremo superior uretral se detiene en la raíz del pene y se ha cerrado de modo que forma un fondo de saco.

La piel que recubre el glande está retraída, ha-

cia la base, debido á tejidos cicatriciales que se han formado posteriormente al traumatismo.

La piel del escroto presenta inflamaciones producidas por el traumatismo y por la acción irritante de la orina.

El testículo del lado derecho está ausente, ha sido interesado por la descarga.

En el pliegue génito-crural derecho, se nota una munición.

Todas las lesiones son producidas por una descarga de escopeta, hace lo menos seis meses.

Marzo 26.—Operación.—Anestesia clorofórmica. —Previos sondajes de la uretra en sus dos extremos.—Se hace una incisión que partiendo del orificio fistuloso, se prolonga hacia abajo por la línea media siguiendo el rafe escrotal.—Se encuentra un tejido cicatricial esclerosado y supura en algún sitio.

Se descubre el extremo inferior de la uretra como á 2 centímetros del orificio fistuloso externo.

El extremo superior termina en fondo de saco cerca de la base del glande.

Introduciendo una sonda metálica se consigue aproximarlos y suturarlos.

Se constata la desaparición del testículo derecho destruido por el traumatismo y reemplazado por tejido escleroso, se deja la sonda y se sutura la piel.

Abril 30.—Curado el pene queda al descubierto el prepucio interesados por el traumatismo, en su cara dorsal se han replegado hacia abajo y atrás dejando el pene al descubierto.

Historia Clínica III

Residencia, Buenos Aires.

Sala 6, nombre J. A. M.

Edad, 10 años.

Diagnóstico.—Ruptura de la uretra. Fistula uretral.

Hace diez días se cayó sobre un guinche.

Al día siguiente lo vió un médico, que le ordenó hielo en el periné y una bebida. El chico orinaba por el meato con un poco de sangre clara.

Un día después lo sondó, dejándole la sonda 24 horas; el chico orinaba por la herida de la bolsa y por el espacio que existía entre la uretra y la sonda.

Después le retiraron la sonda, orinaba el chico generalmente por la fistula escrotal y un poco por el meato.

La sonda pasa por la uretra hasta un punto que se encuentra con el estilete que introducido por el

orificio escrotal formando un ángulo de 70 grados.

El testículo derecho englobado en la fistula que lo atraviesa un poco posteriormente.

Operación.—Incisión transversal en el periné, se llega á la uretra que está seccionada en su mitad y se comunica con la fistula escrotal.

Para tener más campo se agrega una incisión vertical inferior; se separa la fistula escrotal de la uretra y con catgut fino se sutura la uretra seccionada.

Colocando una sonda de cauchut permanente se colocan además una gasita para el drenaje de la fístula escrotal y se lava la vejiga diariamente para que no se tape la sonda y se cura en un mes.

Historia clínica IV

Residencia: Buenos Aires.

Sala 6, nombre: L. P.

Edad: 6 años.

Diagnóstico.—Ruptura de la uretra.

Estado actual.—Un chico judío es llevado por sus padres al servicio de pediatría del Hospital de Clínicas el 24 de Enero del año 1907, porque tenía el pene seccionado, sin querer confesar quien fué el autor del hecho.

Al examen se notaba el pene extrangulado en la misma base del glande por un cabello de mujer.

La uretra estaba completamente seccionada, pudiendo pasar una sonda por el meato que salía por el cabo anterior y otra sonda que entraba por el cabo posterior hasta la vejiga.

El cabello estaba profundamente encajado y dió algún trabajo sacarlo.

Los cuerpos cavernosos estaban seccionados en

toda su circunferencia y quedaban adheridos al resto del pene por una porción delgada.

Un surco profundo encuadraba el pene en la base del glande, es decir, en el sitio de la sección producida por el cabello.

No volvimos á ver el enfermo.

Buenos Aires, Abril de 1908.

EMILIO PICASSO CAZÓN.

Buenos Aires, Abril 28 de 1908

Nómbrase al Consejero Dr. Antonio Gandolfo, al Profesor suplente en ejercicio Dr. Marcelo Viñas y al Profesor suplente Dr. José B. Maraíni, para que, constituidos en comision revisora, dictaminen respecto de la presente tesis de acuerdo con el Art. IV de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. Cantón
R. S. Gómez

Buenos Aires, Abril 30 de 1908

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis según el acta n.º 1815 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón
R. S. Gómez

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Complicaciones producidas por las heridas de la uretra.

II

Pronóstico de las heridas de la uretra.

III

Conducta á seguir en un traumatismo uretral, con retención consecutiva.

BIBLIOGRAFIA

L. Testut.—Anatomie Humaine.

P. Tilleaux.—Traité d'Anatomie Topographique.

F. Guyón.—Maladies des voies urinaries.

A. Pousson.—Precis des maladies des voies urinaires.

Le Dentu et Delbet.—Traité de Chirurgie.

Tilleaux.—Traité de Chirurgie Clinique.

Lejars.—Chirurgie d' Urgence.

Dr. Texo.—Conferencias Clínicas.

«Revista de la Sociedad Médica» 1908.

«Annales des maladies des organes génito-urinaires.»

«Archivos Latino-Americanos de Pediatría.»

La Semana Médica, Enero 1907.

«Revue de Chirurgie, 1885-1905.»

«Archivos provinciales de cirugía.»