AÑO 1908 Núm. 1912

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FIMOSIS

SU TRATAMIENTO

TESIS

Presentada para optar el grado de doctor en medicina

POR

DANIEL MIROLI

EX-INTERNO DE LOS HOSPITALES DE NIÑOS EXPÓSITOS, BOSCH Y RAWSON

1908

ESTABLECIMIENTO GRÁFICO «LA UNIÓN», TACUARÍ 125

BUENOS AIRES

1635

AÑO 1908 Núm. 1912

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FIMOSIS

SU TRATAMIENTO

TESIS

Presentada para optar el grado de doctor en medicina

POR

DANIEL MIROLI

EX-INTERNO DE LOS HOSPITALES DE NIÑOS EXPÓSITOS, BOSCH Y RAWSON

1908

ESTABLECIMIENTO GRÁFICO «LA UNIÓN», TACUARÍ 125

BUENOS AIRES

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

(Art. 162 del Reglamento General).

FIMOSIS

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
Zoología médica	Doctor Pedro Lacavera
Física médica	» Jaime R. Costa
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botánica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gaínza
Anatomía descriptiva	» Joaquin López Figueroa
Anatomía descriptiva	» José Arce (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología externa	» Obdulio Hernández (con lic.)
Medicina operatoria	» Leandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica 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 Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
» Médica	» Abel Ayerza
» Génito urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliséo Cantón

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón

Vicedecano

Dr. Antonio C. Gandolfo

Consejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con lic.)
» » Luis Güemes
» » Eliseo Cantón
» » Enrique Bazterrica
» » Antonio C. Gandolfo
» » José M. Ramos Mejia
» » Baldomero Sommer
» » G. Araoz Alfaro
» » Abel Ayerza
» » José R. Semprún
» » Jaime R. Costa
» » Francisco Sicardi
» » Nicasio Etchepareborda
» » Telémaco Susini
» » Eduardo Obejero

Secretarios

Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo)
» D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología Médica	Dr.	D. Greenway
Física Médica	»	Alfredo Lanari
Botánica Médica	»	Rodolfo Enriquez
Histología	»	Julio G. Fernandez Juan C Delfino
Bactereología	»	Leopoldo Uriarte Alois Bachmann
Higiene Pùblica y Privada	»	Fe ipe Justo
Clínica Ginecológica	»	Jaime Salvador
» Oto-rino-laringológica	»	Eliseo V. Segura
Patología externa	»	Carlos Robertson en ejer) Ricardo S. Gómez
Patología interna	»	Ricardo Colón
Clínica Oftalmológica	»	Enrique Demaría
» Quirúrgica	»	Francisco Llobet Marcelo Viñas Marcelino Herrera Vegas José Arce
» Neurológica	»	Mariano Alurralde
Medicina Legal	»	Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Patricio Fleming Luis Agote (en ejercicio) David Speroni
Clínica Obstétrica	»	Enrique A. Pardo Enrique Zárate Arturo Enriquez Alberto Peralta Ramos
Clínica Pediátrica	»	Manuel A. Santas Mamerto Acuña Jenaro Sixto
» Génito-urinaria	»	Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	»	José T. Borda

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Doctor Roberto Wernicke
» Juan R. Fernández

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS EXTRAORDINARIOS
Anatomía Patológica	Doctor José Badía
Clínica Ginecológica.....	» Alfredo Lagarde » José F. Molinari
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica.....	» Daniel J. Cranwell » Avelino Gutiérrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica.....	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica..... ..	» José A. Esteves » José R. Semprún
Clínica Psiquiátrica	» Benjamin T. Solari
Clínica Pediátrica.....	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal.....	» Domingo S. Cavia
Física Médica.....	» Juan J. Galiano

PADRINO DE TESIS

DOCTOR LUIS AGOTE

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general, Anatomía y Fisiología comparadas	Dr. Angel T. Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mujica (con lic.)
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y Posologia razonadas	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química analítica y Toxicológica (primer curso)	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Farmacognosia y Posología razonadas	Dr. Juan A. Dominguez (en ej.)

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distocico y clínica obstétrica	Dr. Fanor Velarde

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Parto fisiológico y clinica obstétrica	Dr. Miguel O'Farrel
Parto distócico y clínica obstétrica	» Ubaldo Fernández » J. C. Llames Massini

---

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología	Dr. Leon Perreyra
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentaria, Medicina legal	» N Etcheparebor ia

A mis padres

A mis hermanos

PRÓLOGO

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Someto á Vuestra consideración esta Tésis que versa sobre la Fimosis y su tratamiento.

En ella he prestado especial atención al procedimiento operatorio de Petrivalsky, el cual hemos practicado en dos casos. La circunsición que como procedimiento general es inmejorable, no es de fácil aplicación en las fimosis atróficas y es en estas formas, en donde el procedimiento citado puede reemplezarla con ventaja.

Al retirarme de las aulas, quiero dejar constancía de mi gratitud á los que han contríbuido á la realización de mis ideales, y especialmente al Dr. Luis Agote quién me honra acompañandome en este acto y cuyas enseñanzas y consejos siempre recuerdo con cariño.

Definición

Galeno llamaba así á la oclusión momentanea ó durable de cualquier orificio natural del organismo.

En este mismo sentido emplea la palabra Astruc.

Vernueil aplica este nombre solo á las atresias congénitas, reservando para las adquiridas el de estrechamiento; pero á pesar de estos autores, hoy solo se dá el nombre de fimosis, á la estrechez congénita ó adquirida del limbo prepucial.

Boyer cuya definición es la más aceptada, dá la seguiente: Disposición viciosa del prepucio cuya abertura se estrecha impidiendo al gland pasar y descubrirse.

Clasificación

Podemos admitir dos grandes grupos: Congénitas y adquiridas ó accidentales. Algunos autores han llamado á las primeras permanentes y á las segundas temporarias, denominaciones que no tienen razón de ser, pues las primeras, es común desaparezcan con la edad y las segundas, por el contrario hacerse permanentes.

Las formas congénitas las divide Vidal (de Cassis) en atróficas é hipertróficas. En las primeras, el prepucio es apenas suficiente para recubrir el gland al cual aprisiona, y su limbo rigido se adapta al meato. En las segundas, el prepucio exuberante, desborda la extremidad del gland en una extensión que varia desde medio centimetro hasta tres centimetros. Esta porción constituye á veces un canal suplementario que continua el de la úretra, al orificio del cual, en ciertos casos, se adapta y en otros no. En estos últimos está comprendida la disposición que Chaíssaignec llama epispadias prepucial y en la cual el canal suplementarío está por arriba del meato.

Vernueil, ha demostrado que la porción exuberante que constituye ese canal, no es tan grande como se la supone. Experiencias realizadas por él haciendo un corte circular de la piel de la verga en su parte media é insuflando aire que distendía el prepucio, le demuestran que no pasa casi nunca de dos centimetro y que en ellos, entran á lo sumo centimetro y medio de piel y me-

dio centimetro de mucosa. Este dato tiene su importancia en la circunsición.

Ricord, divide á la fimosis en completas é incompletas, segun que la estrechez del orificio haga imposible descubrir el gland ó permita descubrirlo en parte. En las completas puede llegar la estrechez á la imperforación. Esta división es aplícable también á las fimosis accidentales.

Dentro de las formas congénitas, existe la variedad llamada fimosis escrotal y de la cual Chopart cita un caso. Son debidas á falta de desarrollo del gland con imperforación del prepucio; la orina acumulada forma un tumor escrotal por debajo del pubis.

Fimosis accidentales.— Su clasificación es mucho más dificil y solo es posible hacerla teniendo en cuenta su etiologia y sus caracteres anátomopatológicos.

Cullirier las dividía por analogía con las parafimosis, en edematosas é inflamatorias, división no aceptable, por que las primeras constituyen casi siempre un estado de trancisión de las secundas.

Las nefritis y las lesiones cardíacas producen sin embargo infiltraciones del prepucio que originan fimosis indiscutiblemente edematosas.

Walker y Demarquay las dividen en agudas y crónicas, clasificación que tiene analogía con la anterior.

Deschambres en verdaderas y pseudo-fimosis. Las primeras debídas al estrechamiento del orificio prepucial y presentando casi todas las variedades de las formas congénitas. En las segundas, el orificio conserva la amplitud necesaria y la falta de dezlizamiento, es debída, ó al aumento de volumen del gland ó á la esclerosis de las capas conectivas del prepucio.

Teniendo en cuenta como díjimos más arriba los caracteres anátomo-patológicos y la etiología, podríamos admitir dentro de las fimosis accidentales cuatro grupos: Inflamatorias, mecánicas, discrácicas y traumáuticas, sin pretender que entre ellas existan carácteres diferenciales netos.

El grupo de las inflamatorias podemos subdividirlo según que el proceso que las origine sea agudo ó crónico. En el primer sub-grupo, estarían colocadas la mayor parte de las fimosis producidas por balano-postítis, chancros, blenorragía, etc. El segundo comprendería las producidas por balano-postitis crónicas, que podrian dar lugar ya á una fimosis común ya á una de las llamadas esclerosas. Estas son producidas porque el ligero edema inflamatorio del prepucio, sufre un trabajo de organización que termina en la unión de las dos capas, suprimiendo por consiguiente el deslizamiento. Existen otras variedades esclerosas : las lesiones sifilíticas produciendo una infiltración específica pueden dar lugar á ellas. Reale de Roma describe una fimosis esclerosa y atrófica, cuya causa serían los agentes banales de la supuración y que no tiene nada que ver con la fimosis atró-

fica de Vidal que es congénita y las comunes esclerosas en que más bien hay neo-formación de tejídos que atrofía de los ya existentes.

Las mecánicas comprenderían las fimosis debidas á aumento de volúmen del gland por tumores, neo-formaciones ó á estrechamiento de la cavidad prepucial por desarrollo en su cara interna de las mismas neo-formaciones. Estas no solo actúan modificando de por sí las relaciones de capacidad entre gland y prepucio, sino también, por los obstáculos que pueden determinar en la circulación de retorno. El varicocele, constituyendo un obstáculo á dicha circulación, podría ser una causa mecánica de fimosis.

En el tercer grupo ó discrásicas, estarían comprendidas las fimosis por diabetis y albuminuria, hoy aceptadas, estados discrácicos en los cuales las modificaciones de la orina y de la vitalidad de los tejidos, favorecería la inflamación, elemento casi indispensable para su producción.

En cuanto á las fimosis traumáticas que constituyen el cuarto grupo, comprenderían las producidas por heridas, quemaduras, ruptura de una vena prepucial é infiltración sanguinea consecutiva.

Etiología

Fimosis congénita. — Sus causas se ignoran; se supone sean debidas á la reunión precoz de la ranura abierta inferiormente que constituirá la uretra y el prepucio y que normalmente se cierra á los cincuenta ó sesenta días de la vida intrauterina.

Este adosamiento precoz, brida el gland en una época de poco desarrollo y la fimosis se establece. Se citan casos de coincidencia de estrechamiento del limbo prepucial con atrecia de otros orificios y en el caso de Vidal hasta la glotis estaba estrechada. Lo común es la atresia del meato.

Travers cree que la razón única de la fimosis es la brevedad del frenillo y de allí deduce como tratamiento la sección del mismo; efectivamente es común en los fimósicos la brevedad del frenillo, pero de allí á hacer de eso la causa única y á deducir un único medio de tratamiento estamos lejos, pues en la mayor parte de los casos la dificultad no está en el frenillo sinó en la estrechez del limbo.

Para Moynac la razón está en la falta de desarrollo del gland en la infancia; hacia la pubertad el desarrollo de aquél siendo mayor que el del prepucio, establece la relación. El autor incluye probablemente en estos casos los penes á

prepucio largo, donde en realidad no existe fimosis, á no ser que se acompañen de estrechez orificial.

Fimosis accidental. — Sobreviene siempre que se produzca una diferencia de relación entre el volúmen del gland y la capacidad del prepucio.

Hay causas predisponentes que la favorecen; así en los niños y adultos el prepucio largo, en los viejos la pequeña atrofía del gland y la caída del prepucio que se hace más voluminoso por un ligero grado de hipóstasis.

Para Nystron el artritismo es una causa predisponente.

Boyer hace de los cálculos vesicales de la infancia una causa predisponente, los que por los reflejos que determinan obligan al manoseo y tironeo del prepucio, que irritandose puede determinar una fimosis.

Las causas ocasionales son numerosas y ellas pueden actuar sobre el gland, sobre el prepucio, ó sobre ambos á la vez. Vamos á enumerarlas, comenzando por algunas afecciones generales.

Diabetis: — Beauvais y Dubuc las observan y el exámen del gland les muestra una tumefacción del meato y ulceraciones sobre su superficie parecidas á las de herpes. Las observaciones que confirman las de estos autores se han multiplicado, pero el acuerdo relativo á la forma en que actúa la diabetis para producirlas no existe.

Demarquay las cree debidas á la acción irritante del azucar, Nipece á los hongos que contiene la orina diabética capaces de determinar

una balano-postitis. No hay que olvidar la facilitar de una infección en los diabéticos y probablemente esto unido á la acción irritante de las orinas es la causa de la fimosis.

Albuminuria: — No solo produce fimosis por un mecanismo análogo al de la diabetis, sino también por la infiltración edematosa de los tejidos prepucíales, análoga á las de los cardíacos y que desaparecen puncionando el prepucio.

Sifilis: — Las manifestaciones cutáneas de esta afección, las producen en todos sus períodos y sobre todo en el inicial.

El sitio del chancro imprime algunas diferencias á la forma y evolución de la fimosis. Los del limbo dan lugar á la formación de masas induradas ya localizadas, ya extendidas á todo su circuito que atresian el orificio; la induración á veces se propaga á una parte del resto del prepucio. En los casos en que hay coincidencia de la úlcera del prepucío con una del meato, se forma una masa indurada que más facilmente termina por ulceración ó gangrena, que por resolución. Mauriac cita un caso de esta naturaleza en que el debridamiento descubre una gangrena del gland.

Los chancros de la parte media del prepucio pueden producir fimosis y hay diferencias en el proceso según que sitúe del lado de la piel ó de la mucosa. En ambos casos la producen por la infiltración específica del prepucio que se hace rigido, impidiendo por consiguiente el deslizamiento; pero mientras que en el primero es solo

la infiltración la causa, en el segundo la inflamación determinada por los productos de secreción de la úlcera sobre la mucosa balano-prepucial, concurre á su producción. Esta combinación del proceso inflamatorio con el específico, tanto en esta variedad como en cualquier otra en que se realice, puede agravar los síntomas de la fimosis y dar lugar á fenómenos inflamatorios intensos, flegmonosos y aún gangrenosos. Cuando la úlcera sitúa en el surco, la balano-postisis es frecuente, llegando aquí la reacción inflamatoria á su mayor intensidad.

Mauríac, cita un caso en que el flemón se propaga hasta la ingle y en el que se producen focos de gangrena y de supuración.

Langlebert describe una forma particular de chancro que él denomina epitelial fagedénico y que puede con facilidad producir fimosis; se trata de una extensa ulceración que aparece sobre la superficie del gland, poco profunda y á base apergaminada. Es importante conocer esta forma de chancro, para no confundirlo con una balano-postitis vulgar, en que hay también ulceraciones extendidas y superficiales.

Las sifílides del segundo período, por la acción irritante de sus secreciones, originan fimosis, y una vez establecida esta, puede modificar á aquellas, haciéndolas confluentes, profundas en ciertos casos, vegetantes en otros y trayendo por consiguiente dificuldades de diagnóstico.

Los gomas sifilíticos son también causa de fimosis, ya por las modificaciones de volúmen que

imprimen al prepucio ó gland, ya por la balanopostitis que los acompaña. Sin embargo la reacción inflamatoria que determinan es generalmente débil.

Chancros blandos: — Es la causa más frecuente de fimosis y es también la que trae consecuencias más graves para el enfermo. Su acción se manifiesta al principio por una infiltración serosa debida al mayor aflujo de sangre, esta infiltración pone rigido al prepucio é impide su deslizamiento. A veces todo se limita á esto, el edema desaparece, el chancro cura y todo se normaliza, pero es lo raro; lo común es que la infiltración primitiva evolucione hacia la inflamación; el gland se pone turgecente, el prepucio rojo y notablemente aumentado de volúmen lo recubre y el pene con su extremidad ensanchada semeja un badajo. La inflamación puede no interesar la parte terminal del prepucio y formar esta una especie de canal estrecho por donde pasa la orina y los productos de secreción de la úlcera. La inflamación puede propagarse al resto del forro y aquí la fiebre aparece y el dolor se hace intenso. En todos estos casos, la expresión hace salir por la extremidad del prepucio un liquido sanioso, fétido, de olor particular, ágrio y picante y que recuerda el del esmegma. En este estado puede la fimosis evolucionar hacia la resolución, que es lo frecuente, ó agravarse y hacerse ya flegmonosa, ya gangrenosa; en el primer caso aparecen focos de supuración, en el segundo placas de gangrena. Estas, comienzan generalmente al nivel de la co-

rona del gland; la vitalidad de los tejidos prepu: ciales se halla desminuida, no solo por la inflamación, sino también, porque la circulación del prepucio es entrabada por la presión que el gland y especialmente su corona determinan sobre él; es por eso que la gangrena aparece casi siempre al nivel de la base, ese es el sítio del prepucio que sufre la mayor compresión. La porción necrosada es variable en cuanto á su extensión, á veces la abertura que deja después de eliminada la escara, dá pasage al gland; hay casos, en que toda la porción del prepucio correspondiente á la corona se esfacela y una verdadera circunsición expontánea se produce.

La fímosis imprime al chancro modificaciones. Hay autores que sostienen que la úlcera al quedar protejida por el prepucio rara vez se complica de bubones, por el hecho de que está menos expuesta á traumatismos y la herida de las vias linfáticas por donde la infección se propaga, no se hace.

Julien ha notado la extensión en superficie del chancro y la pérdida de virulencia del pus de la úlcera, quizás debido esto último á la hipertemia local.

Blenorragía: — ¿Puede la blenorragia por su gérmen producir fímosis?

La opinión no es unánime.

Hay autores que sostienen que el mecanismo por el cual ella actúa, es por las infecciones secundarias que atacando al gland y al prepucio producirían balano-postisis banales y como consecuencia fímosis.

Dechambre admite la propagación á los linfáticos de la infección blenorrágica y la producción de linfagitis tronculares ó reticulares balano-prepuciales, capaces de originar fímosis.

Audry admite la infección por el gonococo de las glándulas de Tyson y la producción por este mecanismo de una fímosis que podríamos clasificar de específica; pero niega la especificidad de las balano-postitis que complican las blenorragías y que produce fímosis. Admite con Dechambre una linfagitis troncular específica del prepucio. Fínger también admite estas infecciones linfáticas especificas que cuando se acompañan de fímosis pueden llegar á la gaugrena.

Balano-postitis: — Su orígen es múltiple, todas las afecciones venéreas que sitúan en el gland, prepucio ó úretra, pueden producirla y con más razón en los penes á prepucio largo. En la blenorragía es común, pero su carácter específico no está demostrado; hay autores que hablan de blenorragías externas al referirse á balano-postitis sin lesión úretral, como haciendo de esto una variedad de localización de la infección blenorrágica; pero esto lo niegan muchos otros para los cuales las balano-postitis que acompañan á la blenorragía, son debidas á las infecciones secundarias y las llamadas blenorragías externas son el resultado de coitos impuros. Sin embargo Rondona y Campana sostienen apoyados en la experimentación que las balano-postitis no son el resultado de una infección directa balano-prepucial, sino de un contagio cuyo gérmen preexiste en la úretra.

Las fimosis por balano-postitis son esencialmente inflamatorias analogamente á las originadas por chancros simples y como en las producidas por estos la inflamación puede llegar á la gangrena. En las balano-postitis crónicas el edema inflamatorio del prepucio que las acompaña puede sufrir un proceso de organización esclerosa que de lugar á la variedad de fimosis que lleva este nombre.

Vegetaciones: — Actúan por el aumento de volúmen que dichas neo-formaciones imprimen al gland; son á veces tan exuberantes que el prepucio fuertemente distendido puede perforarse. Langlebert cita un caso en que las vegetaciones formaban una especie de coliflor al través de la perforación.

Afección forúnculo acneiforme: — Mauriac cita una afección de esta naturaleza á principio inflamatorio y á terminación gangrenosa capaz de originar fímosis y traer confusiones de diagnóstico. Comienza por una sensación de prurito en el surco y un ligero rubor; de pronto los fenómenos inflamatorios se agravan, el dolor se hace intenso, el gland se tumefacta, el prepucio se infiltra y la fimosis se establece, Con la misma brusquedad que estos fenómenos comienzan, cesan; el gland se descubre y aparece en el surco una ulceración de carácter gangrenoso, profunda, á base indurada y cuya naturaleza es imposible determinar si no nos basamos en la evolución de la misma.

Las causas enumeradas hasta ahora son las

más comunes y merecen por lo tanto una descripción especial. Existen muchas otras, así los tumores, todas las dermatosis que ataquen al gland ó al prepucio, algunos traumatismos, las afecciones que entraben la circulación de retorno, pueden producirla; pero repetimos es raro encontrarlas y cuando las hallamos su diagnóstico es generalmente poco dificultoso.

Síntomas y complicaciones

La fímosis en si no es una afección rica en síntomas, pero dadas las condiciones de la región en que sitúa cuya sensibilidad es exquisita, dá lugar á una série de fenómenos reflejos cuyo estudio tiene suma importancia.

Griffith de Nueva York hace un estudio prolijo de las consecuencias de la fímosis, que divide en locales y simpáticas, incluyendo dentro de ellas fenómenos que podrían considerarse ya como síntomas ya como complicaciones.

Es estudiando estos en conjunto que podremos abarcar y comprender la importancia de las manifestaciones de la fímosis.

Los datos que el exámen local nos vá á dar varian según la clase de fímosis, sus causas, sus complicaciones. En las formas congénitas veremos un prepucio más ó menos grande, un orificio prepucial más ó menos estrecho y á más muchos de los síntomas y complicaciones que más adelante describiremos.

Las fímosis accidentales son casi todas inflamatorias pero al grado de intensidad de los fe-

nómenos varia según la causa. El gland más ó menos turgecente, el prepucio voluminoso ya infiltrado en su totalidad, yá en partes, lo recubre; el orificio prepucial dá salida á los productos de secreción mezclados á veces á la orina, productos saniosos y fétidos en ciertos casos. La extremidad del pene es dolorosa tanto á la presión como expontaneamente y cuando la inflamación se propaga al forro de la verga, hay reacción fébril y los dolores son intensos.

Vamos á enumerar á continuación los síntomas y complicaciones más importantes de la fímosis, tanto congénitas como accidentales.

Dificultades de la micción: — Esta generalmente se hace mal; en las atróficas, adaptándose casi exactamente el orificio prepucial al meato, no hay dificultades, á no ser que el diámetro del primero sea sumamente pequeño; en las hipertróficas teniendo que recorrer la orina un canal suplementario las dificultades son mayores, máxime, cuando las irritaciones de dicho canal estrechan más su cálibre. Cuando el canal no aboca al meato la dificultad es mayor, como pasa en la variedad llamada epispadias prepucial de Chaissaignac.

La dificultad á la micción se manifiesta por la poca amplitud del chorro y la prolongación del acto, que dura á veces hasta cinco minutos.

Espasmos uretrales: — Señalados por Reliquat el que les hace jugar un importante rol en la producción de la retención. Son de origen reflejo. El autor ha observado la curiosa coinciden-

cia en dos enfermos con espasmos uretrales y con fímosis en los cuales pocos días después de operados sobreviene por primera vez un cólico nefrítico y piensa que no sería extraño que dichos espasmos se opusieran al descenso de los cálculos.

Cistitis del cuello.— Disuria. — Generalmente producidas por prolongación de la inflamación balano-prepucial al través de la úretra.

Pausant cita un caso de pielo-nefritis.

Retención. — Existe entre el poder contractil de la vegiga y la resistencia de la úretra un estado de equilibrio que hace que en el acto de la micción aquél reservorio se vacíe por completo; una disminución del poder de la primera, un aumento de la resistencia de la segunda, rompen este equilibrio y esta ruptura se manifiesta por un vaciamiento incompleto de la vegíga, cuyo primer grado es la estagnación y cuyo último la retención completa. La fímosis produciendo espasmos uretrales, rompe el equilibrio y si á esto se agrega que en estos enfermos hay retenciones voluntarias por dolor, que distienden la vegiga y disminuyen su poder contráctil, causa también de ruptura de equilibrio, no es extraño que la estagnación se produzca.

Es por este mecanismo que Reliquat las explica.

Borelli la cree debida á las contracciones reflejas bruscas de la vegiga que modifican su poder contráctil.

Para Lauguier la causa está en la desviación del canal prepucial con relación al meato, que favoreciendo su irritación, lo estrecha.

Dilatación de la úretra y la vegiga. — Vidal dá á esta consecuencia de la fímosis una importancia que otros autores le niegan. Según él, en los casos en que debido á la estrechez del orificio prepucial, la micción es costosa, hay ligeras retenciones que á la larga distienden la úretra y la vegiga y á las que se agregan las retenciones voluntarias por dolor. Estas dilataciones tienen para Vidal analogía con las post-estrictulares y de allí que él haga de las fímosis estrechamientos externos.

Como consecuencia de esta dilatación vesical hay una atonía de la misma, que después de la circunsición, se manifestaría por la falta de proyección del chorro.

Louneau cita un caso de dilatación uretral y vesical, en el que no se constata después de la operación la atonia referida.

Estagnación de la orina en el saco prepucial.— Cuando hay dificuldades á la micción la orina puede acumularse en el saco prepucial, al cual es necesario vaciarlo por expresión.

La orina unida á los productos de secreción de las mucosas, irrita á estas y dá lugar á balanopostitis que estrechan más y más el canal prepucial, pudiendo llegar este á obstruirse. Estos casos análogos á los de imperforación congénita, dan lugar á distenciones enormes del saco prepucial, que en las formas congénitos pueden hacer creer en la falta de los órganos genitales como en el caso de Chopart.

Facilidad de infecciones venéreas: — El pre-

pucio al cubrir el gland hace que la mucosa de este lo mismo que la suya, poco expuestas á los roces exteriores no adquieran la resistencia debida y quede por el contrario débil y en actitud de contraer, con más facilidad una infección cualquiera. Esto explica la frecuencia de las balanopostitis lo mismo que de otras afecciones venéreas y hasta de la blenorragía, pués la mucosa del meato carece también en los fimósicos, de la resistencia que es común en los que tienen su gland descubierto.

Adherencias balano-prepuciales:—Las adherencias son comunes en la fímosis; en las congénitas son al principio laxas, poco resistentes, pero cuanto más antiguas, el trabajo de organización que sufren, las hace más resistentes. En general su sitio más frecuente es la base del gland y el surco, habiendo casos en que este desaparece. En las adquiridas también se encuentran, lo mismo que en las congénitas su resistencia está en relación directa á su antiguedad.

En ambas formas las inflamaciones balanoprepuciales producidas por la orina que escoria la superficie de ambas mucosas, son las que las orígínan.

Dificultades del cóito: — Esto sucede sobre todo en las atróficas y en las incompletas. En las hipertróficas el largo del prepucio permitiendo el deslizamiento del gland no hace esta dificultad tan manifiesta, En las incompletas al permítir descubrir el gland en parte, hacen el cóito muy doloroso y favorecen durante la realización de este, la producción de parafímosis. Los dolores se per-

ciben generalmente, ó en la extremidad del gland ó en el periné.

Exaltación y depresión del sentido genital. — *Impotencia*: — En realidad la fimosis no es capaz de producir impotencias, lo que hace es dificultar las relaciones sexuales, en primer lugar por el dolor y en segundo lugar porque al cubrir el gland no permite que la mucosa de este, eminentemente sensible sufra roce alguno, disminuyendo por consiguiente la sensación voluptuosa (anafrodisía).

Julien dá importancia á la atrofía que él supone del gland.

Podria quizás originarse una impotencia en aquellos casos en que las fimosis determinando una espermatorrea, aquella sobreviniera como consecuencia de esta.

En las formas incompletas é hipertróficas, las irritaciones expontáneas ó producidas que el gland sufre, exaltan los deseos sexuales pudiendo en ciertos casos, llegar hasta producir el onanismo.

Esterilidad: — Sostenida por muchos autores y solo probada por Amusat en un caso en que después de operado, la fecundación se realiza. Se han aducido como causas la estrechez del orificio, la falta de paralelismo entre el limbo prepucial y el meato, la brevedad del frenillo que inflecionaría el gland hacia abajo, causas todas, que impedirian la proyección del esperma en la dirección necesaria y con la fuerza que este requiere. Las razones que se invocan son aceptables, sin embargo, son muchos los que niegan esta pre-

tendida esterilidad. Algunos dan como dato para sostener la imbluencia de la fímosis sobre la fecundidad el hecho de que la raza judía es más prolífica que la cristiana.

Hay una estadística que estudia el término médio de vida en los judíos y cristianos, siendo mayor en los primeros y haciendo intervenir como causa, la práctica de la circunsición.

Espermatorrea: — Es relativamente común, la fímosis al irritar la mucosa del gland produce un reflejo sobre la región próstatica que sería la causa de la eyaculación. Por otra parte, las sensaciones molestas que se perciben en la extremidad del pene, lo mismo que el largo del prepucio, invitan á su manoseo y traen como consecuencia la espermatorrea. Paullet cita el caso de un jóven de 23 años en el que bastaba se tocara su gland para que eyaculara.

Verneuil haciendo el exámen anatomo-patológico de una pieza, constata la exístencia de un neuroma cilindrico-plexiforme en el circuito del limbo y al que hace desempeñar el rol de causa en la producción de la espermatorrea.

Incontinencia de orina:—Es frecuente. Ateniendonos á la clasificación de las incontinencias hechas por Tufier, la producida por la fimosis entraría en el segundo grupo, es decir, en aquellas en que la irritabilidad vesical es la causa inmediata y cuyo estudio se debe á Trousseau. Esta incontinencias por irritabilidad vesical, se diferencian según Tufier de las idiopáticas, porque se acompañan de poliakiuria diurna; en la noche, faltando

la acción de la voluntad la incontinencia se produce. Trousseau es el primero que muestra la acción favorable de la circunscisión y sus observaciones han sido confirmadas por las de otros autores.

Cálculos en el saco prepucial:—Son generalmente concreciones originadas in-situ ó provenientes del riñon. El mecanismo de su formación es análogo al de la mayor parte de los cálculos, por aposición sucesiva de nuevas capas. Su número, es variable, generalmente uno, el tamaño en relación inversa al número, puede llegar hasta el de un huevo de paloma. Su forma es redondeada ó irregular cuando es único, facetados cuando son varios.

Prolapsus del recto:—Señalado por Keyes en los niños con fimosis iuflamatoria cuya sintomatología simula la de los cálculos vesicales.

Hidrocele:—Bergman habla de la relación del hidrocele de la túnica vaginal con la fimosis. Karevocki cita en pro de esta opinión á los niños judios, que raramente lo tienen y casos de hidrocele con fimosis que desaparece después de la circuncisión. Para algunos el hidrocele es debido á la comprensión que los esfuerzos de la micción, determinan sobre el cordón. Otros ven en él, el resultado de las complicaciones inflamatorias de la fimosis.

Complicaciones inflamatorias y gangrenosas:—La inflamación es un síntoma casi constante en las fimosis adquiridas, pero su intensidad toma en ciertos casos, los carácteres de una verdadera

complicación. Se observan sobre todo en las flimosis debidas á chancros blandos y á balanopostitis.

El flemón del prepucio es la más común de estas complicaciones; rara vez queda limitado á él y generalmente se propaga al forro pudiendo en ciertos casos llegar al escroto é íngle. La abertura de este flemón se hace yá en la mucosa, ya en la piel ó más comunmente en ambos á la vez y el sitio de predilección es al nivel de la corona ó donde la lesión sitúa. A veces la primera abertura se hace en la mucosa, pero como el orificio prepucial, por su estrechez no constituye una buena via de drenage, la piel, en el sitio correspondiente á la abertura de la mucosa, se perfora y el pus hace irrupción por el orificio cutáneo. En estos casos el volúmen del pene es enorme, el dolor intensisimo, la fiebre alta.

Cuando á la inflamación se unen trastornos circulatorios no es raro que la gangrena aparezca. Al hablar de la fimosis por chancro blando hemos descripto su mecanismo. En las diabéticas se observa y ya atacan á todo el espesor del prepucio ya solo á la mucosa balano-prepucial. En este último caso las úlceras gangrenosas, sitúan de preferencia cerca del limbo y dán lugar á un derrame pruriforme, recubriéndose de un enduit pultaceo análogo al muguet bucal.

La gangrena del gland se observa muy raramente, generalmente en la fimosis chancrosa; son necrosis parciales limitadas al punto en que el chancro sitúa. La gangrena total se ha obser-

vado, y los casos que se describen no dejan de tener sus particularidades en cuanto á su evolución Comienzan por accidentes pocos intensos, que dan lugar á la fimosis y una vez esta establecida, la gangrena sobreviene con su cortejo de síntomas locales y generales. Para Boyer, la adimania no deja de tener su importancia en la etiología de esta, gangrena, Risat invoca el traumatismo, Richet el alcoholísmo, otros autores los excesos venéreos, Deschambres señala la particularidad de que la gangrena sigue al establecimiento de la fimosis y cree que los trastornos circulatorios que esta origina, son la razón principal de aquella, asignando á las causas invocadas más arriba el rol de predisponentes.

Tanto el flemón como la gangrena originan á veces deformidades no siempre fáciles de reparar. Son comunes: las adherencias, los trayectos fistulosos, las pérdidas de sustancia. En las gangrenas totales del gland, se observa que la parte más respetada es la úretra balánica y se vé á esta, después de la caida de la escara, formar como un apéndice unido á los cuerpos cavernosos; un caso así hemos observado en el servicio de vías urinarias del Dr. Texo.

Accidentes nerviosos simpaticos á distancia:— Constituyen un grupo importante, su origen para algunos autores, está en los reflejos que provoca la irritación de la extremidad del prepucio. Dieu sostiene que la causa es el onanismo, frecuente en los fimósicos y cita un caso de amblyopia en un onanista, curada por circuncisión. Richet con

el objeto de curar el onanismo en los niños atacados de fimosis, propone la operación con el termocauterio, pretendiéndo así influir en el ánimo de ellos.

Entre estos accidentes reflejos á distancia debemos citar: Gastralgias, cefalagias, palpitaciones, congestión de la cara, neuralgias, espasmos dolorosos, accesos histéricos, hipocondria; Syre habla de parálisis infantiles; Hurd de espasmos musculares y convulsiones epileptiformes; Keyes habla de relajaciones de los músculos del dorso y desviaciones consecutivas del raquis que atribuye al priapismo que determinan las irritaciones del gland.

Parafimosis: — Aunque se la considera casi como una verdadera entidad mórbida, su relación con la fimosis, de la que casi siempre depende, hace que se la describa conjuntamente con esta.

Lagneau las divide en edematosas é inflamatorias, benignas las primeras, más graves las segundas y sobreviniendo estas, generalmente, á continuación de fimosis á gran estrechez.

La conformación del gland que se ensancha de su estremidad hacia su base facilita su producción. En los niños la curiosidad, el onanismo ó las erecciones son las causas más frecuentes; esta última sobre todo en los casos á prepucio largo y á limbo estrecho pero que ha conservado su laxitud. El gland aumentado de volúmen, tiende á escapar de la cavidad prepucial, insuficiente en esa circunstancia para contenerlo y gracias á la conservación de la laxitud del orifi-

cio, este, dejándose distender, permite el pasage. El limbo cae en la ranura balano-prepucial y allí volviendo á su estado primitivo, gracias á su elasticidad, una vez la erección pasada no puede dar pasage al gland; si una causa de irritación cualquiera sobreviene la parafimosis se establece.

En los adultos generalmente es producida por el deseo del enfermo de descubrir el gland para higíenizarlo, cuando una afección venérea lo ataca. El coito, el onanismo, las erecciones, son también causas productoras.

En las parafimosis sabemos que hay un estrangulamiento del pene y que el anillo contrictor es el limbo prepucial. Este se nota perfectamente en la cara dorsal, en el fondo de un surco limitado por dos reflejamientos, el anterior constituído por la mucosa del prepucio y el posterior por la piel del mismo. En la parte inferior la infiltración es mayor y el surco desaparece, formando piel y mucosa un enorme reflejamiento, cuyo peso, tironeando la porción dorsal del anillo aumenta la acción constrictora de este. Este anillo de constricción constituye un obstáculo á la circulación de retorno, pues la arterial no es entrabada y ese obstáculo es la causa de la infiltración edematosa.

La parafimosis tiene una tendencia natural á la cura, pues el anillo constrictor se necrosa y los fenómenos desaparecen; pasa aqui todo lo contrario que con las hernias, donde son los órganos estricturados los que se necrosan.

La necrosis del anillo comienza por pequeñas

ulceraciones de la piel que se hacen más tardes confluentes y forman una ulceración única transversal que interesa después las capas conectivas, que son las que constituyen el verdadero agente constrictor. La gangrena, rara vez pasa del anillo, pero puede hacerlo y extenderse á una parte del prepucio. El gland y cuerpos cavernosos, muy rara vez se esfacelan. Es gracias á este procedimiento natural de curación que la parafimosis no es tan grave, habiendo autores que rechazan toda intervencion.

La parafimosis deja á veces deformaciones provocadas por pérdidas de sustancia, adherencias, ó inflamaciones fibro-plásticas de los tejidos infiltrados.

Evolución

Las fimosis congénitas establecidas desde el nacimiento ó poco tiempo despues, no sufren modificaciones á no ser que lesiones inflamatorias las compliquen. Estas lesiones traen generalmente como consecuencia el mayor estrechamiento del orificio prepucial y la formación de adherencias balano-prepuciales.

En las adquiridas podemos considerar tres faces en su evolución; una primera edematosa, una segunda inflamatoria y una última, faz de terminación, que ya es de resolución ya de induración.

Mauriac admitia fimosis exclusivamente edematosas y que pasaban á la resolución sin que la inflamación interviniera; pero estas formas, hoy no se admiten considerándolas como un periodo de evolución de las inflamatorias.

La resolución, es la terminación común de las fimosis blenorrágicas, por balano postitis y por chancros blandos á fenómenos inflamatorios pocos intensos. Las producidas por chancros sifilíticos, terminan también por resolución, pero mucho más tardiamente.

La terminación por indnración, es la regla en la fimosis á fenómenos inflamatorios intensos y en las prolongadas. Una excepción á estas, las constituyen las producidas por vegetaciones. Esta induración puede extenderse á todo el orificio ó á una parte de él, como puede también afectar al prepucio esclorosando su capa conectiva y dando lugar á las fimosis llamadas esclerosas.

Diagnóstico

El diagnosticar una fimosis no tiene dificultad y lo único que podría confundirse sería la brevedad del frenillo, pero para su diferenciación basta el exámen directo.

Mayores dificultades presenta el diagnóstico de las afecciones venéreas que la acompañan. Lo primero que debemos determinar, es el lugar de la afección, es decir si ella sitúa, en la uretra ó en la cavidad balano-prepucial. Para esto practicamos un lavage del saco prepucial hasta que el líquido salga claro y hacemos inmediatamente orinar al enfermo, si la orina es clara, la lesión sitúa en el prepucio ó el gland, si es turbia en la uretra (blenorragia). Esta confusión de la blenorragia con afecciones balano-prepuciales es frecuente, sobre todo con las balano-postitis; aparte de la prueba que hemos indicado más arriba, el sitio del dolor, á la micción y á la palpación, dan elementos de diagnóstico.

El diagnóstico de las lesiones de la cavidad balano prepucial es á menudo difícil. El chancro blando se acompaña de fenómenos inflamatorios intensos y de supuración abundante; á más las reinoculaciones expontáneas que algunos autores pretenden hacerlas experimentalmente servirán para el diagnóstico.

El chancro infectante trae menos supuración y los fenómenos inflamatorios son menos intensos; la palpación permite á veces constatar al través del prepucio, la induración; á todo esto se añade la adenopatía indolora.

En la forma descripta por Langlebert, llamada chancro epitelial fagedénico, la confusión con la balano-postitis, es muy fácil de hacer. La adenopatía también permite diferenciarlas y más adelante las manifestaciones secundarias.

Las sifilides secundarias, se diagnostican teniendo en cuenta los antecedentes y las lesiones concomitantes que generalmente existen en el resto de los tegumentos.

Los gomas por los antecedentes, la poca reacción inflamatoria y la palpación, que permite constatar la existencia de un tumor indolente que no se acompaña de adenopatías.

La afección forunculo acneiforme, teniendo en cuenta su evolución.

Tratamiento

Podemos dividirlo en profiláctico y curativo; el primero aplicable en todos los casos en que la disposición del prepucio favorece la producción de fimosis y en aquellas afecciones capaces de determinarlas; el segundo, aplicable una vez establecidas, es médico ó quirúrgico.

Tratamiento profiláctico:—En los niños tiene su importancia, debido á que en ellos el prepucio generalmente es exhuberante. Las medidas de higiene se imponen, con el objeto de evitar la acumulación del esmegma y por consiguiente la irritación que éste determina. Hartman aconseja en los casos en que balano postitis anteriores han dado lugar á adherencias, insinuar entre gland y prepucio una sonda acanalada con el objeto de destruirlas, hacer después una extracción prolija del esmegma y consecutivamente lavages antisepticos. El glan dliberado, se desarrolla, favoreciendo asi la curación expóntanea.

Es en las enfermedades venéreas, donde el tratamiento profilático se impone, máxime, cuanla afección es de las que facilmente producen fimosis, como la balano-postitis y el chancro blando ó cuando el largo del prepucio las favorece. Muchos autores han aconsejado en las lesiones del gland ó en las sub-prepuciales, correr el prepucio hacia atrás, con el objeto de que la lesión se descubra y su tratamiento se haga más facilmente. Esta práctica ha sido condenada por el peligro

de la parafimosis y hoy por el contrario se deja el gland cubierto á pesar de que los medicamentos no puedan actuar directamente sobre la lesión. El tratamiento se reduce á hacer lavajes antisepticos dos á tres veces por día. El ligero debridamiento que algunos autores han aconsejado en las fimosis chancrosas, con el objeto de hacer llegar á la lesión sustancias causticas, ha sido abandonado, porque las ventajas que esto reporta no compensan el inconveniente bien probable de la inoculación chancrosa de la herida. Al tratamiento antiseptico se une el antiflojistico, cuando los fenómenos inflamatorios se acentúan.

En los diabéticos los lavajes del gland y prepucio con soluciones alcalinas, están indicados; estas soluciones alcalinas neutralizan la acidez de la orina y suprimen su acción irritante, por otra parte destruyen los hongos que contiene que parecen desempeñar un rol importante, en las balano-postitis de los diabéticos que preceden las fimosis.

Tratamiento medicamentoso:—En las formas congénitas no tiene aplicación, las únicas pasibles de un tratamiento médico serían las complicadas de balano-postitis y chancro.

En las adquiridas en la iniciación de la lesión se impone, siempre que no exista alguna de las indicaciones que hacen imprescindible una intervención.

En las fimosis chancrosas, Julien aconseja lavajes con soluciones antisépticas débiles practicados tres veces por dia y con el pene en posición

vertical á objeto de que una vez terminado el lavaje quede en la cavidad prepucial liquido antiséptico bañando las lesiones; además hace que el enfermo mantenga su pene contínuamente en dicha posición. En las formas ligeramente inflamatorias estas precauciones bastan, pero cuando la inflamación se acentúa, es bueno completar el tratamiento con la aplicación de resolutivos: compresas de agua fría, de acetato de plomo, bolsas de hielo, aplicaciones de pomada mercurial belladonada, etc. Estas compresas frías algunos las reemplazan por fomentos, cataplasmas emolientes, baños locales calientes.

Al tratamiento local se une el general, consistente en reposo, purgantes, régimen alimenticio. Si la gangrena sobreviene se combate la adinamia con estimulantes y tónicos cardiacos.

Gamberini coloca en el orificio prepucial, cuando este es muy estrecho, una mecha de esponja preparada, que á la par de hacer la dilatación favorece el drenage.

Los lavajes antisépticos pueden ser reemplazados por tópicos llevados al sitio de la lesión. La cura es aquí más dolorosa y no siempre es posible llevar el tópico al sitio deseado. Diday no acepta intervención alguna en la fimosis chancrosas, emplea el nitrato de plata al uno por ciento cuarenta en lavajes practicados tres veces por día.

En las fimosis por balano-postitis el tratamiento es análogo. En los diabéticos las soluciones alcalinas están inedicadas.

El tratamiento médico se aplica siempre que

exista la causa de la fimosis; pero una vez aquella desaparecida si la atresia del orificío persiste, no tiene razón de ser y recurrimos entonces al tratamiento quirúrgico.

Tratamiento quirúrgico:—El número de tratamientos quirúrgicos que se han propuesto es grande y raro es el autor que no tenga el suyo. Describiremos los más importantes dedicando antes un capítulo á la anestesia y á las indicaciones.

Indicaciones y contra indicaciones:—En las formas congénitas la intervención está casi siempre indicada; solamente cuando una afección venérea las complican pueden existir contra indicaciones. Siendo estas fimosis congénitas complicadas análogas á las adquiridas haremos en el capítulo siguiente el estudio de los casos en que la intervención debe hacerse.

En las formas adquiridas es necesario tener en cuenta para la intervención la causa productora de la fimosis. En las debidas ó chancros blandos Diday como otro autores rechazan toda intervención y esta idea la basan en lo inevitable que ellos creen la infección chancrosa de las heridas operatorias. Panas observando la facilidad con que los nuevos chancros de las heridas operatorias cierran, cree ver en ello una acción derivativa que previene el fagedenismo. Lo inevitable de esta infección á pesar de las precauciones que se tomaban, hicieron pensar de que ella no era debida á inoculaciones directas por el pus de los chancros, sino, á que la linfa de los vasos prepuciales y del gland estando infectada bañaba las

heridas y las inoculaba y esta idea no dejó lugar á dudas cuando se vió sobrevenir la infección en las fimosis chancrosas complicadas de adentitis ó en aquellas operadas después de la desaparición del chancro. Aubert y otros autores después, muestran que multiplicando las precauciones antisépticas la infección de la herida operatoria no se realiza y es desde entonces que la intervención es aceptada en la fimosis chancrosa. Se entiende que no siempre vamos á intervenir, solamente lo haremos en algunos de los casos siguientes: Primero: Cuando la fimosis sea la causa de que la lesión local se prolongue; Segundo: Cuando haya amenaza de complicaciones flegmonosas y gangrenosas; Tercero: Cuando algunos de sus síntomas, dolor, díficultades á la micción, erecciones repetidas, etc . . ., se exacerben; Cuarto: Cuando desaparecidos los chancros, la fimosis persiste; en los demás casos empleamos el tratamiento médico.

En la sífilis no hay por el hecho de la inflamación específica contra indicación para la intervención pues aquella no altera el proceso de cicatrización de los tegidos. Siempre que la intensidad de los síntomas inflamatorios lo exija la intervención debe practicarse. En los demás casos hay que esperar la resolución de las lesiones y si á su terminación la fimosis persiste se opera. En las formas esclerosas de fimosis sifilíticas antes de intervenir debemos ensayar el tratamiento mercurial.

En las fimosis por blenorragia y balano-postitis,

las indicaciones y las contra indicaciones son las mismas que en las producidas por chancros simples.

Es en las fimosis diabéticas donde los autores estan más de acuerdo en contra indicar la intervención. Se citan casos, sin embargo, de operados sin que sobrevinieran complicaciones gangrenosas. La indicación debe estar basada no solo en el estado local sino también en la observación clínica del enfermo.

Anestesia :—Generalmente se emplea la local. Julien hace uso de pulverizaciones de éter y añade á esto la ingestión de bromuro de potasio. Langlebert usa el éter pero no en pulverizaciones; coloca sobre el gland y prepucio una compresa empapada en dicho liquido y dirige hacia ella una corriente de aire.

El cloruro de etilo también se ha empleado pero en la actualidad es la cocaina en soluciones al $^1/_2$ ó 1 por ciento el anestesico local que más se usa. Se inyecta en los puntos en que el prepucio va á ser seccionado. En los diferentes operados, en que hemos visto emplear la cocaina hemos notado que si bien la anestesia de la piel es perfecta la de la mucosa no. Con el objeto de subsanar este inconveniente practicamos lavajes en la cavidad prepucial con una solución de cocaina al 5 °/₀ y en esta forma se ha conseguido la anestesia completa de la mucosa.

Hay autores que prefieren la anestesia general á la por cocaina en primer lugar por el inconveniente de ésta, señalado más arriba y en segundo

porque á la acción inicial vaso constrictora de la misma, sigue una acción vaso dilatadora, que puede producir hematomas que á veces supuran.

Louneau nota en las anestesias generales que el reflejo prepucial análogamente al reflejo de la mucosa anal, persiste aún después de la resolución.

Métodos operatorios:—Divididos en dos grandes grupos:—procedimientos por incisión y procedimientos por excisión.

Antes de describir estos nos ocuparemos de la dilatación.—La dilatación lenta ha sido abandonada, la que se emplea es la rápida. -- Vernueil la aconseja en los niños y le agrega un debridamiento prévio en los casos á gran atresia.—Denonvilliers la emplea en el adulto. — La observación ha demostrado que en estos la recidiva es casi fatal y que á veces, las cicatrices consecutivas á las escoriaciones que la dilatación produce, estrechan más el orificio. En los niños puede tentarse pero también en ellos la recidiva es frecuente.—Para practicarla podemos hacer uso de una pinza á tres ramas, análoga á un dilatador uterino y á falta de ella una cualquiera á dos ramas puede servir.—Se introduce la pinza en el orificio prepucial y se abre con lentitud hasta percibir la sensación de una resistencia vencida; retirada la pinza se constata á la existencia de pequeñas heridas que no dan sangre.—Para evitar las recidivas se aconseja proceder de tiempo en tiempo á una nueva dilatación.—Es bueno enseñar al enfermo el uso del dilatador para que él

mismo se lo aplique.—En las fimosis de los diabéticos es el tratamiento operatorio más indicado.

Procedimientos por incisión.— Aplicados antes á todas las formas de fimosis hoy solo son empleados en las adquiridas y aún en estas solo en los casos que reclamen una intervención urgente. Las deformaciones del prepucio que originan, exigen una intervención ulterior, razón por la cual se les ha abandonado. Siguiendo los consejos de Julien conviene no hacer nunca íncisiones que lleguen hasta el surco, por los inconvenientes que reportaría para una circuncisión posterior. Es preferible cuando una incisión no basta para descubrir perfectamente el gland hacer dos.

Las incisiones se practican ya en la cara dorsal, ya en la inferior, ya en las laterales; hay procedimientos á incisiones múltiples hoy abandonados.

Gaylleton hace su incisión clásica sobre la cara dorsal. Petit y Boyer insinúan entre gland y prepucio un bisturí que en su extremidad lleva una bolita de cera; llegada la punta del bisturí al surco, estiran la piel del pene hacia atrás y perforan el prepucio, continuando la incisión de adentro afuera y de atrás adelante. Cullirier introduce una sonda acanalada y sobre ella pasa un bisturí que corta el prepucio de afuera á dentro. El bisturí puede ser reemplazado por el galvano ó el termocauterio. Lo mejor es practicar la incisión á tijera, no hay peligro ni de cortar el gland ni de hacer una vasta incisión de la piel.

Las tijeras que tienen en una de sus ramas un botón protector son las mejores. Cuando se hace uso de ellas, se introduce la rama á bola entre gland y prepucio y estirando la piel del pene hacia su base se va cortando poco á poco hasta que la incisión permita descubrir el gland.

Aubert en el tratamiento de la fimosis chancrosa emplea la incisión, pero la acompaña de una rigurosa antisepsia y de la cauterización de las úlceras, evitando de esta manera la inoculación chancrosa de la herida operatoria. He aquí como procede. Antisepsia del pene y regiones vecinas, escroto, pubis, cara interna de los muslos; protección de todas estas regiones con una compresa; incisión; lavaje antiséptico amplio de la cavidad prepucial descubierta; cauterización á termo cauterio ó á nitrato de plata de las úlceras; nuevo lavaje y curación antiséptica que cambia todos los días.

La sutura cutáneo mucosa de los labios de la herida hay autores que la practican; puede hacerse siempre que estemos seguros de la no infección de la herida operatoria.

Los procedimientos á incisión inferior ó lateral poco se practican. Cloquet hace el debridamiento en la cara inferior. Astruc en una de las caras laterales. Taylor hace una incisión bilateral.

El procedimiento de Daggett es de los por incisión el más aceptable, pues en él no hay deformaciones consecutivas del prepucio. Es útil en las formas atróficas donde conviene ahorrar

tejidos. Se practica en esta forma. Se hace en la cara inferior una incisión que comprende todo el espesor del prepucio y que comenzando en el borde del limbo termina á una distancia de uno ó dos centímetros de dicho borde. Sobre la cara dorsal se hace otra incisión longitudinal también de uno á dos centimetros de largo, que comienza á $^1/_2$ ó 1 centimetro hacía atrás del borde del orificio prepucial y que también comprende todo el prepucio; la longitud de estas incisiones está en relación con la mayor ó menor abundancia del prepucio y con el mayor ó menor diámetro del orificio.

Se procede después á la sutura: en la de la cara inferior se hace la sútura cutáneo mucosa de los dos labios de la herida formando la superficie de sección suturada, una escotatura que agranda notablemente el orificio; la incisión dorsal se sutura en sentido transversal. El autor dice haber obtenido muy buenos resultados.

Procedimientos por excisión:—Comenzaremos por la circunsición el más importante y el más empleado, en este procedimiento se han hecho infinidad de modificaciones de detalle, muchas de ellas sin valor alguno. Describiremos las más importantes de estas modificaciones y con especial atención el método que creemos mejor.

El origen de la circunsición se remonta á muchos siglos atrás. Según Montagne ya se practicaba en la época de los faraones y las momias y el testimonio de Herodoto lo comprueban. Sanchoniathon, historiador fenicio pretende que por primera vez la practica el primer

rey fenecio Abraham la toma de los faraones y la establece entre los judios. En la actualidad no solo estos la practican, gran número de pueblos y tribus salvajes la tienen entre sus costumbres. El procedimiento operatorio es más ó menos el mismo, hay si diferencias de ceremonia. La edad en que se practica varia también; entre los indigenas de Sierra Morena es una especie de bautismo, entre los bassoutas se hace de los doce á los diez y seis años coincidiendo con la época de la pubertad, los indigenas de Malais y Nueva Caledonía á los ocho días del nacimiento. En ciertos pueblos de Arabia y de Egipto se hace al día siguiente del matrimonio; la mujer presencia la ceremonia y recibe en su camisa de boda la sangre del operado. Del valor con que se haya soportado la intervención se deduce la energía y virilidad del marido.

Entre los judios, se la practica siempre y constituye un verdadero rito. La operación es practicada por los llamados Mobelinos los cuales deben dar pruebas de su pericia. Es á los ocho dias del nacimiento que ella se hace, empleándose en la actualidad el siguiente procedimiento: se proteje el gland con un aparato en forma de lira, se corta el prepucio que sobre y se regulariza la superficie de sección con las uñas, se saca el aparato protector y se recubre el pene con algodón impregnado en agua de Pagliari ó percloruro de hierro.

Los autores hoy no están de acuerdo respecto á la edad en que conviene operar las fi-

mosis congénitas. Algunos creen que debe hacerse de los cuatro á los seis años y otros, Trelat entre ellos, alrededor de los veinte años, edad en que comienzan las relaciones sexuales. A nuestro juicio toda fimosis congénita debe ser operada cuando no existan probabilidades de curación expontánea.

Ricord es el primero que emplea un procedimiento científico. Es autor de la pinza que lleva su nombre y que Panas modifica armándola de dientes para fijar mejor la mucosa, modificación que no ha sido aceptada. El procedimiento que aconsejamos es el siguiente: Antisepsia de la región y ámplio lavaje antiséptico de la cavidad prepucial. Es una buena precaución practicar los dos ó tres días que preceden á la operación un lavaje de dicha cavidad. Comprobación con una sonda insinuada en la cavidad de la existencia de adherencias balano-prepuciales; si existen y son laxas, se destruyen con la misma sonda, si son resistentes se cortan con un bisturí ó tijera delgados. No síempre esto es posible y para estos casos describiremos el método operatorio que creemos conveniente. En seguida se procede á marcar la linea que la incisión seguirá en el prepucio; para esto fijamos el limbo con dos ó tres pinzas de Kocher y hacemos sobre él una ligera tracción mientras un ayudante tira la piel del pene hacia su base; estas precauciones tienen por objeto evitar uno de los peligros de la circuncisión cual es la excesiva exición de piel. Á un centimetro más ó menos hacia adelante de la corona del

gland y paralelamente á ella se traza con la tintura de yodo la línea de incisión. Marcada esta procedemos á la anestesia haciendo sobre dicha línea una inyección de solución de cocaina al uno por ciento, dos centimetros cúbicos de esta solución son generalmente suficientes; la anestesia de la mucosa la completamos con una inyección de una solución al 5 por ciento hecha en la cavidad prepucial con la geringa instiladora de Guyon ú otra cualquiera. Con las mismas precauciones que tomamos para el trazado de la línea se coloca la pinza que generalmente es la de Ricord, pero que puede ser reemplazada por una de Kocher ó un clamps pequeño, teniendo cuidado cuando empleamos la de Ricord de que la ranura corresponda á la línea trazada y cuando hacemos uso de la Kocher ó del clamps que esté colocada por encima de ellos. Hay que tener la precaución de no aprisionar el gland entre las ramas de la pinza. La sección se practica con un bisturí insinuado en la ranura de la pínza cuando es la de Ricord ó que pasa por encima de ella cuando es cualquiera de las otras dos. La sección hecha retiramos la pínza y constatamos las condiciones en que ha quedado el orificio prepucial; generalmente la porción de piel exindida es suficiente pero con la mucosa no siempre pasa lo mismo. En los casos en que una mayor cantidad de esta sea necesario exindir, hacemos sobre su cara dorsal una incisión antero-posterior que llegue á un centimetro del surco y los dos colgajos laterales triangulares que resultan se

exinden siguiendo una línea que parte de la extremidad superior de la incisión dorsal y termina en la extremidad anterior del frenillo. La sutura se practica con catgut fino comenzando por la parte inferior y haciendo coincidir el rafe medio con el frenillo, diez á doce puntos son suficientes. Se aplica una curación antiséptica que se renueva todos los días hasta la cicatrización completa. Si la reunión se hace por primera intención, á los ocho días la cicatrización es completa, sí supura puede tardar de quince á veinte días. Cuando el frenillo se corta conviene tratar de ligar los vasos que contiene y colocar un punto de sutura. Louneau aconseja en estos casos colocar en la sección central una pinza durante 24 horas.

Hay autores que no suturan, es un error, pues no solo se alarga el periodo de cicatrización sino también que la línea de unión no es tan regular y los peligros de infección mayores. Langlebert emplea en lugar de puntos de sutura serre-fins que deja 24 horas ó menos.

Entre las diferentes modificaciones propuestas citaremos la de Ricord y la de Ravatón. He aquí como procede Ricord:

Toma el prepucio del limbo y atrae hacia adelante del gland la parte de él que va á exindir, en el límite posterior de esta porción atraviesa dos agujas, la una dirigida del dorso á la cara inferior, la otra perpendicularmente á esta, cada aguja con su hilo correspondiente. Por detrás de ellas hace una atadura que tiene no solo un fin hemostático sino también anestésico; — secciona

después toda la porción que está por delante de las agujas, quita la atadura y término el pasage de aquellas. El hilo que estas llevan, es seccionado en la parte media y las cuatro porciones que resultan se atan, quedando los cuatro puntos cardinales del nuevo orificio prepucial suturados; puede completarse la sutura con puntos intermediarios.

Ravatón hace una incisión dorsal de tamaño variable y practica separadamente la sección de la piel y de la mucosa. Cuando hay adherencia imposible de seccionar, el procedimiento que hemos aconsejado no es posible aplicarlo por cuanto al traccionar el prepucio, este arrastra inevitablemente al gland, el que sería seccionado junto con aquel al practicarse el corte. El procedimiento de Ravatón es en estos casos donde tiene su mejor aplicación; la sección dorsal practicada permíte descubrir el gland en parte y seccionar á cielo abierto las bridas que existan.

Peligros y *complicaciones de la circuncisión*:— La circuncisión ritual por las malas condiciones en que se la practica, es la que más expone tanto á complicaciones inflamatorias como á deformaciones consecutivas.

La inflamación más ó menos intensa puede llegar en ciertos casos hasta el flemón. Es después de ella también, que se forman esas pequeñas cavidades que quedan entre los restos del prepucio y el gland y en las que el esmegma se acumula y da lugar á frecuentes balano-postitis. Son debidas á las heridas del gland que se hacen al

regularizar con las uñas la superficie de sección del prepucio y que supurando conjuntamente con esta, dán lugar á adherencias que son el origen de dichas cavidades.

De los peligros de la circuncisión uno de los más temibles es la exisión exagerada de piel que en un caso citado por Mauriac llega hasta la denudación completa del pene. Se evita este peligro tomando las precauciones indicadas al hablar de la circuncisión.

Otro de los inconvenientes es dejar mucha mucosa porque esta expone á recidivas.

Procedimiento de le Fort:—Este procedimiento lo mismo que los que á continuación describiremos hacen exisiones parciales, su objeto en la mayor parte de ellos es ahorrar tejidos y de allí su aplicación en las formas atróficas.

Le Fort, marca con tintura de yodo un colgajo en forma de V sobre el dorso del prepucio al que exinde después. Cuando la línea de sección de la mucosa no corresponde por la retracción consecutiva de la piel á línea de incisión de esta, se completa aquella, por una incisión dorsal longitudinal, que llega hasta el ángulo de sección de la piel, haciéndose después la sutura cutáneo-mucosa.

Operación de Leduc:—Se exinde con galvano cauterio en la cara inferior un colgajo triangular que tiene por base un tercio del borde orificial inferior del prepucio y por vértice la raiz del frenillo. No se sutura ni aún en los casos en que la temperatura del galvano no es apro-

piada á la hemóstasis y á la reunión inmediata. El autor asigna al procedimiento un rol profiláctico con relación al chancro sifilítico, pues exinde la porción de mucosa en que generalmente se inocula.

Exisión de un colgajo triangular dorsal: — Este procedimiento es muy antiguo y consiste en lo siguiente: Se retrae la piel del pene hasta su base y se marca sobre el prepucio una especie de V curva invertida, cuyo vértice sitúa al nivel de la corona y cuyas dos ramas van á terminar en la cara inferior al nivel de la extremidad anterior del frenillo. Fijado el limbo con una pinza y siempre retraida la piel se corta con una tijera sobre la línea marcada se regulariza y sutura.

Procedimiento de Petrivalski:—Es de los métodos de exisión que conserva el prepucio el que mejor llena su fin. El autor lo aplica indistintamente á todas las formas de fimosis y en su primera publicación cita ocho casos en que los resultados son inmejorables.

En el servicio de vías urinarias del Hospital Rawsón hemos aplicado este procedimiento en dos casos de fimosis atróficas que es donde creemos se haya indicado. En las formas hipertróficas no hay á nuestro juicio en la actualidad, operación que reemplaze á la circuncisión, pero en las atróficas donde se combate únicamente la estrechez del limbo prepucial la operación de Petrivalski está perfectamente indicada.

Por otra parte la escasez de tejidos hace más posible al practicar la circuncisión la exisión

excesiva de piel, peligro que como sabemos es ne cesario evitar.

En los dos enfermos en que hemos aplicado el procedimiento, los resultados han sido buenos. La cicatrización se hace completa en el primer enfermo á los nueve días, en el segundo á los ocho. El gland queda en parte descubierto y el prepucio desliza con facilidad sin provocar dolor alguno. En el primer enfermo que vimos dos meses después pudimos comprobar la excelencia de los resultados alejados; el gland se habia hecho más voluminoso y el prepucio deslizando siempre con facilidad presenta su orificio más regular y la línea de sutura tendiendo á desaparecer.

He aquí como el autor describe el procedimiento: Se tiende bien el prepucio hacia atrás hasta presentar bien su orificio; el primer tiempo consiste en la exisión del borde del anillo muy estrecho; de cada lado, á un centimetro más ó menos del frenillo se toma dicho borde con pinzas se hace una incisión de dos milímetros en los puntos citados y en sentido antero posterior y se exinde el colgajo dorsal intermediario.

Sobre la cara dorsal se hacen también dos incisiones antero posteriores que comprenden solamente la piel y á una distancia de un centimetro la una de la otra; la porción de piel que estas incisiones encierran se diseca y se invierte. La mucosa sub-yacente se incinde en la línea mediana.

Se redondea el colgajo cutáneo y se une su vértice por dos puntos separados á la escotadu-

ra mediana de la incisión mucosa, continuándose á los costados la sutura cutáneo-mucosa. El largo de las incisiones cutánea y mucosa en la porción dorsal está en relación con la estrechez del orificio. Según el autor la recidiva por el hecho de la restauración plástica del anillo es imposible.

Observaciones personales

Observación N. 1

N. N., argentino, diez y siete años de edad. Ingresa al consultorio de vías Orinarias del Hospital Rawsón por una fímosis congénita atrófica, un mes proximamente antes de su ingreso á continuación de un coito, sobreviene una balano-postitis que aún persiste. El gland está libre de adherencias y el orificio prepucial tiene como un centimetro de diámetro. La micción es poco dolorosa, las erecciones hasta antes de sobrevenir la balano-postitis no eran dolorosas pero se hicieron una vez esta establecida.

Se trata la balano-postitis con lavajes de permanganato de potásio al 1/2 por 1000 practicados tres veces al día y se indica al enfermo coloque su miembro en posición vertical. Quince días después habiendo desaparecido ya la balano-postitis se opera el enfermo según el procedimiento de Petrivalski. A los nueve días la cicatrización se ha hecho y se puede comprobar los buenos resultados de la intervención. El orificio prepucial presenta en su parte dorsal una ligera escotadura que dos meses después cuando volvimos á ver al enfermo iba haciéndose ya poco notable. El gland aparentemente un poco más voluminoso desliza con facilidad.

Observación N. 2

Aquí también se trata de una fímosis atrófica congénita sin adherencias que es operada por el mismo procedimiento. La cicatrización se hace también con rapidez y ocho días después el enfermo es dado de alta.

DANIEL MIROLI.

Buenos Aires, Octubre 6/908.

Nómbrase al Sr. Consejero doctor T. Susini, al profesor titular doctor P. Benedit y al profesor suplente doctor B. Maraini, para que constituidos en comisión revisadora determinen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la ordenanza sobre exámenes.

E CANTON.

R. S. GÓMEZ,
Secretario.

Buenos Aires, Octubre 10/908.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta Nº 1912 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN.

R. S. GÓMEZ
Secretario

Proposiciones accesorias

DIABETIS y FIMOSIS

T. Susíni.

¿Deben operarse los fímosis inflamatorios originados por el chancro blando?

P. Benedit.

COMPLICACIONES DE LA FIMOSIS

B. Maraini.