

CONSIDERACIONES

SOBRE EL
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

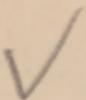
DE LAS ESTRECHECES DE LA URETRA

Y

MODIFICACIONES DE ESTE TRATAMIENTO.

TÉSIS

PRESENTADA AL JURADO DE CALIFICACION



POR

F. FORMENTO Y LANZ



MÉXICO

IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON

Calle de Lerdo número 3.

—
1882

AL SEÑOR DOCTOR

DON RAFAEL LAVISTA

CONSIDERACIONES

SOBRE

EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ESTRECHECES DE LA URETRA

Y

MODIFICACIONES DE ESTE TRATAMIENTO

El tratamiento quirúrgico de las estrecheces de la uretra consiste hoy en las diversas uretrotomías seguidas del uso de la sonda permanente. Estas estrecheces son siempre antiguas, de ordinario orgánicas y complicadas de fistulas y anomalías del tejido perineal ó escrotal. Estos son los caracteres generales que forman la base de las indicaciones del tratamiento quirúrgico mencionado. Pero de una manera especial, este último puede ser modificado ventajosamente no sólo en su detalle manual y en su curacion consecutiva, sino tambien en esas indicaciones, y entonces reuniendo ó practicando separadamente la uretrotomía interna y externa, se observa un buen éxito y un buen pronóstico que son indudablemente más seguros y más frecuentes que lo que se ha observado hasta hoy.

Procediendo de ese modo fueron seguidas de éxito las uretrotomías internas que se van á relatar, á pesar de tener todas varios años de existencia, y de ser debidas algunas á chancros. En efecto, la operacion se modificó ó más bien se suprimió el tratamiento consecutivo á ésta, es decir, el uso de una sonda permanente, á pesar de que todos los autores la recomiendan. Esta recomendacion ha sido justa hasta cierto grado en otro tiempo, pero no lo es actualmente, porque las razones que la habian engendrado han desaparecido. En efecto, si el nombre de la operacion no ha variado, la uretrotomía interna tal como se practica unánimemente hoy, difiere notablemente de la que dió origen al uso de la sonda permanente. Se usaban instrumentos que no sólo se han perfeccionado, sino que han cambiado tambien de objeto; en efecto, los uretrótomos de Maison-neuve, Charrière y otros, generalmente en uso, deben y pueden solamente producir una incision principalmente longitudinal, proporcionada á la extension de la estrechez y perfectamente apreciable. El tejido morbosos es atravesado tambien en todo su espesor, y apénas si el tejido esponjoso sano de la uretra es interesado. Esta incision superficial es muy diferente de la que se deseaba obtener y se conseguia por medio de los antiguos uretrótomos, bastante imperfectos. El tejido esponjoso uretral era interesado en casi todo su espesor, y en la misma extension que la mucosa; era imposible limitar la incision al tejido morbosos y respetar completamente la mucosa sana. Además de esto, la incision se hacia algunas veces en la parte membranosa de la uretra, situada entre el bulbo y la parte prostática. En tales condiciones es muy natural que se tratara de impedir el contacto de la orina con la herida. Es indiferente saber si el medio para conseguir este objeto era eficaz. Pero la operacion ha cambiado

y se puede dudar de la necesidad é inmunidad de la sonda; á causa de esto, y por razones que serán expuestas más adelante, no fué aplicada á los cuatro operados de uretrotomía interna, cuyas historias trascribimos á continuacion.

I

Juan López, de unos cuarenta años de edad, nacido en Ajapuco, Estado de México, entró á ocupar la cama núm. 5 de la sala de Cirugía Mayor el 14 de Octubre de 1881: el enfermo tiene el oficio de cargador. Refiere que en su niñez padeció de variola, y que ha tenido una neumonía; es de costumbres alcohólicas y padeció en el mismo tiempo de chancros múltiples en el prepucio y de bubones en las ingles, los cuales supuraron. No hay antecedentes sifilíticos de ninguna naturaleza. Como á los diez y ocho años de edad, el enfermo tuvo una gonorrea, la cual se cambió en gota militar. A los seis ú ocho años de estar padeciendo de esta blenorrea, el enfermo observó que necesitaba orinar á menudo, no expulsando cada vez sino algunas gotas de orina, pero esto sin dolores. Este estado se prolongó con pocas variaciones, hasta hace año y medio, cuando por la primera vez se hincharon las bolsas de una manera muy notable; la hinchazon no provocó, segun se nos refiere, sino una reaccion general de poca importancia, y se terminó por resolucion, no habiendo resultado fistula alguna; se puede uno cerciorar de la exactitud de este último dato. El enfermo vino al hospital para curarse de su estrechamiento.

La constitucion es buena, el tejido adiposo está bastante abundante, pero la musculatura está poco desarrollada. Se nota en la piel y en las mucosas, un color de bronce que no parece ser normal; es más pronunciado en la mucosa buco-labial que en cualquier otra parte. El enfermo no parece estar tuberculoso y no presenta trazas de escrofulosis; niega haber tenido dolores epigástricos ó abdomino-lumbales en estos últimos tiempos; tampoco ha padecido de basca* ó de vómitos y no ha tenido síncope. El enfermo es incapaz de suministrar otros datos etiológicos, aunque sus facultades mentales, sin estar muy desarrolladas, sean normales. Hay un catarro crónico de la vejiga.

El 21 de Octubre se hizo la uretrotomía interna. El único estrechamiento que presentaba la uretra, era casi infranqueable y estaba situado en su parte cavernosa. Durante los ocho días que siguieron á la operacion, hubo una reaccion febril de poca importancia.

10 de Noviembre. Hace ocho días que el enfermo fué sondeado con una sonda de plata, por la primera vez, con el objeto de mantener el canal permeable. Al día siguiente se quiso repetir la misma maniobra con una sonda de goma elástica; y no pudiéndose atravesar el lugar estrecho, se desistió en seguida de este intento. En la noche misma, el enfermo tuvo calosfrio, fiebre y sudores; estos accidentes se prolongaron durante cinco días consecutivos. El calosfrio era bastante violento y duraba toda la mañana; los sudores eran poco abundantes. Bajo la influencia de estos accidentes, el enfermo se debilitó bastante. La introduccion de las sondas no habia producido uretritis. Desde la última vez que queda mencionada no se ha vuelto á sondear al enfermo.

20 de Noviembre. Se ha puesto la sonda cuatro veces en estos últimos días. El chorro de la orina sale bien.

El 30 de Noviembre el enfermo fué dado de alta, orinando ya perfectamente. Su estado general subjetivo y objetivo son exactamente los mismos que el día de su entrada al hospital. Durante mes y medio que ha pasado el enfermo en la sala, se ha podido observar en él una lasitud física, característica del mal de Addison, aunque él mismo no sabe explicarla y parece ignorarla. Por esta razon y por la falta de cualquier otro dato etiológico, es imposible precisar la época en que principió esta astenia, siendo el estado general del enfermo el mismo desde el día de su entrada. Ni una sola vez ha bajado al patio del Hospital, y nunca abandonó la cama, sino con el objeto de atender á sus necesidades más precisas.

II

José Belem Guerrero entró á esta sala el 17 de Octubre de 1881. Es de 35 años de edad, panadero. El enfermo ha tenido dos gonorreas, la primera en 1867, la cual desapareció por completo, fué complicada de hemorragia uretral. En 1868 tuvo la segunda, la cual se volvió crónica. Desde el mes de Mayo último, el enfermo ha obser-

vado que un depósito amarillento se forma en el fondo del vaso en que orina. Quince días ántes de la fecha de entrada empezó á hincharse sin sensación especial ni causa aparente, el escroto, pues nunca hubo disuria, retención ó deformación del chorro de la orina, y el enfermo niega haber cometido algún exceso que explicara ese accidente.

18 de Octubre. El enfermo es anémico, de costumbres alcohólicas, de constitución débil; se encuentra ya debilitado por la enfermedad y tiene fiebre. El volúmen del escroto es lo doble que normalmente; éste está difusa y parejamente edematoso, pero poco indurado, y presenta en su parte antero-inferior un trecho gangrenado de dos dedos de ancho y cuatro de largo. Este trecho corresponde á la mayor parte del testículo derecho y pasa un poco del rafé. El escroto presenta, además, dos pequeñas incisiones, pues el día anterior, además de haber sido sondeado el enfermo, el tejido gangrenoso fué ligeramente desbridado y eliminado en el consultorio de este hospital. Un chancro indurado ocupa la circunferencia del meato y lo estrecha considerablemente; la supuración que se deja exprimir de la uretra es abundante. El enfermo necesita orinar muy á menudo, saliendo la orina gota á gota; de esto hace quince días.

Este mismo día se procedió á la operación. Una candelilla no penetró sino con dificultad en el meato. Después de operado el estrechamiento de este lugar cuyas dimensiones pasaban de un centímetro en el sentido longitudinal de la uretra, se encontró otro fácilmente franqueable en la parte bulbo-cavernosa, y se le operó. Se desbridó al escroto en la parte gangrenada ya mencionada, exprimiéndose bastante orina. La herida fué curada con bálsamo negro fenicado y se mandó el uso de un suspensorio. En la tarde la temperatura subió á 38°5.

22 de Octubre. El estado general es todavía malo, aunque la temperatura no ha pasado de 38°6 en estos últimos días. No hay apetito. Ha habido varias deposiciones. Se desbridó más ampliamente al escroto y se vació un foco de pus situado hácia abajo y atrás del testículo derecho, cuyas tunicas fibrosa común y vaginal se han fundido casi completamente en la supuración.

8 de Noviembre. La temperatura ha sido normal desde el 22 hasta el 30 de Octubre; el 31 subió á 39°5, volviendo á ser normal después de ese día hasta el 4 de Noviembre, en que ascendió á 38°2; el día 5 el termómetro marcó 38°5. La fiebre ha desaparecido desde que se abrió un abscesito prominente, cuyo diámetro en la base sería el de una

pieza de dos reales, y que se encontraba inmediatamente arriba del testículo derecho, el cual habia ya procido ligeramente de la herida escrotal, y se habia cubierto de granulaciones en la parte procidente, despues de la operacion hecha el 22 de Octubre. Esta procidencia fué más marcada despues que se hubo abierto el dia 5 el absceso mencionado. Las granulaciones invadieron inmediatamente el resto de la superficie testicular puesta á descubierto. La supuracion es abundante, pero de buena naturaleza. Se respeta al fungus aplicándole una planchuela de hilas con bálsamo negro fenicado. La paresia de la vejiga ha sido muy notable desde que el enfermo se encuentra en la sala; se le ha sondeado por consiguiente, cinco ó seis veces en estos últimos dias, para retirar la orina. El cuello de la vejiga es muy sensible; segun el enfermo los dolores provocados por la sonda son atroces. El chancro del meato supura abundantemente. El pus se encuentra todavía en gran cantidad en la orina, pero el estado general se ha mejorado.

17 de Diciembre. Hasta fines de Noviembre, el fungus del testículo, aunque benigno, ha presentado un aspecto malo, gangrenoso. A principios de Diciembre, sin embargo, este último no procidia ya tanto como anteriormente y la cicatrizacion del escroto adelantó rápidamente, no quedando ya hoy sino una abertura de unos cinco milímetros de ancho y dos centímetros de largo, limitada por los bordes del escroto, cubiertos de buenas granulaciones, habiéndose retirado el testículo completamente dentro del escroto. El enfermo orina bien y sin dificultades; el catarro de la vejiga ha disminuido de intensidad y el estado general está excelente. El enfermo sale del Hospital.

III

Francisco Ocampo, natural de Querétaro, cargador de profesion, entró á ocupar la cama núm. 2 el 1.º de Agosto de 1881, para curarse de un estrechamiento de la uretra y de una infiltracion de orina. El enfermo refiere que de jóven ha padecido de gonorrea, de chancros y de bubones supurados. Ha comenzado á tener las primeras dificultades para orinar durante el mes pasado; necesitaba orinar á menudo, no saliendo cada vez sino una muy pequeña cantidad de orina que le causaba dolores muy fuertes al pasar por la uretra. El 29 de Julio notó

que se hinchaban el escroto y la piel del pene y pudo sentir una induración circunscrita en el perineo.

El enfermo es de buena constitución; en la ingle izquierda se notan dos pequeñas cicatrices. Todo el escroto y la piel del pene están edematosos y son de consistencia blanda. Hay una fistula situada en la línea média del perineo, inmediatamente detrás del bulbo. Existe un catarro crónico de la vejiga.

El 2 de Agosto se hizo la uretrotomía interna; la estrechez estaba situada en la parte bulbo-membranosa de la uretra. Hubo una ligera reacción febril de tres días de duración.

Como la gangrena por la infiltración de la orina había progresado en los dos días que el enfermo llevaba de encontrarse en el Hospital, el 3 de Agosto se desbridó ampliamente el escroto, retirándose con la mano algunos colgajos de tejido gangrenado. Pero la gangrena siguió progresando y el día 5 del mismo mes se hicieron otras incisiones exprimiéndose alguna orina y retirándose algunos colgajos. Como la piel del pene no se necrosó, no se le hizo ninguna incisión. La curación, aplicada sobre el testículo y el escroto, consiste, como en los otros casos, en una planchuela de hilas, con bálsamo de Perú fenicado.

25 de Agosto. El escroto marcha rápidamente hacia la cicatrización. El estado general del enfermo es bueno.

3 de Octubre. El escroto está completamente cicatrizado. Se ha sondeado al enfermo cuatro ó cinco veces durante el mes pasado. Recibe su alta, pudiendo orinar perfectamente por la uretra, y no saliendo ya ninguna orina por la fistula perineal, pues se ha cerrado.

IV

Manuel Carrasco, natural de Cuajimalpa, de 50 años de edad, jornalero, entró á este Hospital el 15 de Agosto de 1881. Hace un año que pudo observar una hinchazón y un endurecimiento del perineo, teniendo hacia esa misma época ganas frecuentes de orinar y ardores al hacerlo. Desde esa época se han ido abriendo sucesivamente cuatro fistulas en el perineo, por las cuales sale orina. Hace seis meses le escurria un flujo purulento de la uretra, tuvo una úlcera en el prepucio y se le hincharon los ganglios de ambas ingles, sin llegar á supurar.

—El perineo presenta dos fistulas de cada lado de la línea média. Casi toda la orina sale por estas fistulas, provocando fuertes dolores.—El 26 de Agosto se hizo la uretrotomía interna; no se puso sonda permanente despues de esta operacion. El 24 de Setiembre el enfermo fué dado de alta, no quedando permeable sino una sola de las fistulas, por donde escurre una muy pequeña cantidad de orina. Esta sale casi en entero por la uretra, formando un buen chorro.

Estos enfermos fueron operados solamente de uretrotomía interna, y reunidos á otros dos enfermos que ocuparon las camas núms. 27 y 08, y cuya historia no trascribimos porque está incompleta, forman un total que permite un juicio sobre el pronóstico de la uretrotomía interna abandonada á sí sola, y libre de la influencia de la sonda permanente. Es tambien el total de los enfermos así operados y tratados durante todo el trascurso del año pasado, en la sala de Cirugía Mayor del Hospital de San Andrés. De estos enfermos los dos últimos presentaban fistulas completas, y el segundo una infiltracion de orina reciente en el escroto. Dos veces la uretrotomía interna fué acompañada de la desbridacion del escroto. En el segundo enfermo, la fiebre orinosa existia desde su entrada al Hospital, y tenia cierto carácter de gravedad, pero desapareció pocos dias despues de la operacion. La reaccion febril que tuvo el primer enfermo fué poco marcada y duró tres ó cuatro dias. Lo mismo se pudo observar en los otros. La reaccion general no fué por consiguiente de gravedad en ningun caso, y el resultado de la operacion fué bueno en todos.

Resulta de esto, que se puede dejar impunemente la herida expuesta al contacto de la orina, cuando existen ciertas condiciones que hacen este contacto más ilusorio que real, más indiferente que nocivo. En efecto, la operacion facilita en extremo la

elasticidad perdida de la uretra; ésta se deja entónces dilatar con la mayor facilidad por la orina que ha recibido la impulsión ordinaria de la vejiga y de otros músculos, áun cuando la primera se encuentre en un estado parético bastante adelantado, porque las condiciones anatómico-fisiológicas del canal, estando restablecidas á un grado muy parecido al de la uretra sana y la vejiga, y los otros músculos recobrando muy pronto sus funciones cuando las habian perdido en parte, la orina por su propio peso é impulsada por ellos sale con facilidad. No hay pues riesgo que la orina se detenga ó se estanque, y como la fuerza de impulsión tiene lugar en un sentido oblicuo, ó más bien paralelo á la superficie del canal, el contacto es muy incompleto. Además de esto, la extension de la herida es relativamente pequeña comparada con la superficie del canal que entra en contacto con la orina en mismo tiempo que ella; no es por consiguiente toda la masa de la orina, sino una muy pequeña parte de ésta que ejerce una influencia nociva. Pero esta influencia se encuentra disminuida por la poca aptitud que tiene el tejido infiltrado á causa de su pobreza en vasos sanguíneos, para reabsorber los materiales de la orina, y por la situacion de la herida en la pared anterior y superior del canal cuando se emplea el nuevo uretrótomo de Maisonneuve, que lleva el cuchillo en la concavidad del cateter: los enfermos cuyas historias preceden, fueron operados con ese instrumento.

En efecto, la influencia general de la orina se reduce á una fiebre de poca intensidad y corta duracion, como la que se ha observado en los cuatro operados, durante veinticuatro ó cuarenta y ocho horas; rara vez pasa de 39° . Como se ve, la reabsorcion de orina, única causa de esta fiebre, no es grande, porque además de las condiciones que han sido enunciadas, quiere de-

cir, de las particularidades de la uretrotomía interna actual, y de las condiciones de la uretra operada, la operacion se hizo en los enfermos citados, por estrecheces poco extensas aunque bastante pronunciadas y antiguas; pero la reabsorcion no solamente tiene lugar en pequeña cantidad, sino que se prolonga apénas durante veinticuatro horas, pues la herida es lineal, hecha con instrumento cortante y los vasos se obliteran muy pronto. Por consiguiente, este accidente no tiene mucha importancia, y ésta se encuentra disminuida, cuando el catarro de la vejiga que complica de ordinario á la estrechez, no es muy antiguo ó abundante y no ha debilitado al enfermo de una manera notable. Cuando esto no es, se lava ampliamente la vejiga para disminuir en alguna manera los inconvenientes de la reabsorcion.

La irritacion local de la orina se reduce á poca cosa, porque no siendo continua, se calma en el intervalo, aunque corto muchas veces, que separa la salida de la orina, y la herida se cicatriza sin inconveniente muy pronto.

En las mismas condiciones que ésta se encuentran las ulceraciones y las aberturas fistulosas de la mucosa, sin hablar de la disposicion especial que suele presentar la mucosa, protegiendo contra la orina y obturando la entrada de las fistulas. La influencia de la orina no es la misma que ántes de la operacion, y como ella no ha producido las fistulas y las ulceraciones sino indirectamente, desapareciendo la estrechez, el canal recobra su elasticidad y permite el paso libre de la orina, la cual no tendrá ya tendencia á mantener ó provocar las fistulas.

A lo que precede se reduce la influencia de la orina sobre el organismo y sobre la herida uretral, en el caso de uretrotomía interna tal como se practica hoy. El contacto de la orina con la uretra operada no presenta, por consiguiente, los peli-

gros que se le han atribuido, y puede tener lugar sin gran inconveniente.

Más adelante se verá, á propósito de la ojalera perineal, que es la orina la que, impulsada convenientemente por la vejiga, mantiene la permeabilidad de la uretra de un modo decisivo.

La hemorragia despues de la operacion no es seguramente frecuente; no se presentó en ninguno de los operados ya citados ni en los que siguen. Como precaucion bastará tener presente su posibilidad, y si tuviera lugar, se aplicará una sonda. Este procedimiento tendrá una explicacion en su eficacia.

El caso que precede es el único en el cual puede y debe aplicarse una sonda; ésta es inútil en cualquiera otra ocasion, porque por las razones expuestas, el contacto de la orina no ofrece los inconvenientes que se trataba de evitar con su uso, pero principalmente porque como se sabe muy bien, no impide este contacto. En efecto, el cuello de la vejiga y la mucosa uretral se dilatan muy pronto bajo la presion continua de la sonda, y la orina penetra entre esta última y las paredes de la uretra. Más adelante se verá que tampoco es necesaria para mantener la estrechez desbridada en un estado de dilatacion continua. Pero la sonda permanente no es solamente inútil; expone á menudo á inconvenientes y complicaciones sobre los cuales se debe llamar la atencion.

Para la dilatacion lenta y progresiva en casos de estrechamiento de la uretra, se ve recomendar á menudo la permanencia ménos prolongada que sea dada, no sólo tratándose de las bujías y sondas metálicas, sino tambien de las elásticas, relativamente blandas, porque áun encontrándose ya la uretra acostumbrada hasta cierto grado á la violencia á la cual se le somete, suele haber una reaccion. Conocer la verdadera causa

de esta influencia desfavorable producida por el cuerpo extraño, ofrece poco interes para el objeto que nos proponemos en este trabajo. Sea cual fuere ésta, pero sobre todo si la buscamos en una sensibilidad especial que se traduce por un acto reflejo, parece lógico pensar que esa sensibilidad será mayor cuando se trate de sorprender violentamente á la uretra, como sucede en efecto al aplicar una sonda permanente despues de la uretrotomía interna. En efecto, en el primer caso se respeta y atiende á una ley importante de fisiología, y en el otro no se toma en consideracion esa misma ley del organismo que ha sido acostumbrado, lenta y progresivamente, á sufrir alguna violencia, á cumplir con otra funcion. Además de esto, la uretra se encuentra naturalmente, despues de la uretrotomía interna, en condiciones especiales, que facilitan y provocan la aparicion de cualquier fenómeno ó accidente, al cual le faltaba solamente el último impulso. Esas condiciones especiales persistirán más ó ménos tiempo, pero se encontrarán en su máximum de intensidad durante el tiempo en que se recomienda la permanencia de la sonda. Tenemos dos ejemplos de la sensibilidad anormal que presenta algunas veces la uretra en estado apénas patológico, en las historias núms. 4 y 5. En estos dos enfermos, las heridas hechas por el uretrótomó estaban cicatrizadas, cuando se pasó ó se trató de pasar por dos veces una sonda limpia y especial á la sala, en el espacio de veinticuatro horas. En el primero, los accidentes febriles intermitentes tuvieron un carácter verdaderamente grave; en el segundo la intermitencia fué más marcada, los accidentes duraron ménos tiempo que en el otro y no presentaron el mismo grado de intensidad. Esta complicacion suele durar solamente algunos dias; desaparece bajo la influencia de la quinina. Esto es de regla, pero puede presentarse una excep-

cion deplorable. No se puede prever el resultado que hubiera dado la permanencia de la sonda en el primer enfermo, aunque ésta no hubiera durado sino algunas horas.

La sonda puede provocar otro accidente, otra enfermedad que interesa al organismo entero. Se debe tener siempre presente la posibilidad de una septicemia, cuando la uretra herida por el uretrótomo presenta las condiciones más favorables que se puedan imaginar, para absorber y dejar penetrar en la circulacion todo gérmen propio á engendrar esa enfermedad. Es inútil insistir sobre el peligro de esta disposicion especial: la herida es fresca, la mucosa, rica en vasos sanguíneos, está recorrida por una red estrecha de éstos; el tejido esponjoso se encuentra en relacion directa con la circulacion; además de esto, se ve á menudo escoriada y ulcerada la mucosa arriba de las estrecheces, de lo que resulta una comunicacion directa entre el exterior y el sistema linfático. Sin embargo, es muy fácil evitar ó prevenir la septicemia, al aplicar una sonda permanente; pero la gravedad que le es inherente, la posibilidad de que venga á complicar una operacion verdaderamente inocente, hacen desconfiar del mejor método preventivo é imponen una gran reserva á propósito de un tratamiento que puede facilitar ó provocar su aparicion.

Los accidèntes intermitentes febriles son una complicacion frecuente, y si la septicemia es rara, hay una tercera complicacion que no hace falta nunca. El catarro crónico de la vejiga existe en mayor ó menor grado en todos los enfermos operados de uretrotomia interna por estrechez antigua. La sonda que permanece durante algun tiempo en la vejiga, empeorará necesariamente este catarro; si el empeoramiento no es siempre muy marcado y no se traduce bajo la forma de una exacerba-

cion sub-aguda, no por eso deja de existir. Es téóricamente necesario, y la experiencia y la observacion demuestran su presencia constante. Para evitar este inconveniente se recomienda de vigilar constantemente la sonda; ésta debe pasar apénas de un centímetro el cuello de la vejiga y quedar completamente inmóvil. Pero todo esto es difícil. Se debe naturalmenue evitar cuidadosamente y por el medio más seguro el empeoramiento del catarro vesical, principalmente cuando el individuo está ya debilitado ó extenuado por la supuracion de la vejiga, por la fiebre urinosa ó por otra enfermedad. No se debe aplicar la sonda sobre todo en estos últimos casos, frecuentes por cierto.

En otra época se hacia la recomendacion, verdaderamente extraña, de tapar la sonda y de abrirla segun las necesidades. Uno de los inconvenientes de este modo de proceder, consistia en la estancacion de la orina en la vejiga. Cuando se aplica la sonda permanente, se obtiene algunas veces involuntariamente este resultado, porque la sonda suele ser obturada por el pus de la vejiga ó por un coágulo de sangre. La reabsorcion de la orina ó de sus materiales tóxicos por las paredes de la vejiga, es seguida muy pronto del envenenamiento del organismo. Si la obliteracion de la sonda es completa y relativamente instantánea, conociéndose el peligro, se le podrá evitar en tiempo oportuno; pero su obturacion puede ser lenta ó quedará incompleta, ó se repetirá á menudo en el espacio de tiempo que esté aplicada, y en todos estos casos, ó se ignora el peligro, ó el enfermo ha sido expuesto á él repetidas veces y la reabsorcion tiene lugar. La cantidad de orina que llega en el recipiente no es naturalmente un criterio suficiente para guiarse, porque la reabsorcion de ésta y la intoxicacion del individuo no dependen exclusivamente de la cantidad del líquido estancado.

La sonda irrita el cuello de la vejiga; esta irritacion suele traducirse algunas veces bajo la forma de dolores muy fuertes que imposibilitan su presencia.

Pero la permanencia de ésta en el cuello tiene otro inconveniente muy grande; puede provocar una complicacion verdaderamente grave, que no se puede prever sino dificilmente, y cuyas consecuencias serán fatales la mayor parte de las veces. Estando aplicada la sonda, no se puede saber con seguridad á ningun momento, si se producirá ó no una perforacion.

Una sonda queda relativamente inmóvil en la uretra operada, durante las primeras horas. Despues de este tiempo, á los inconvenientes que ofrece su presencia, se reunen los del frotamiento que acompaña necesariamente á su movilidad. Esta es una causa más de peligro, de complicacion ya mencionados que debe llamar la atencion. Grandes inconvenientes hubiera tenido este frotamiento en los enfermos números 5 y 6, cuyas uretras estrechadas en la mayor parte de su extension, presentaban naturalmente despues de la uretrotomía interna, una herida poco apta para quedar indiferente bajo la doble influencia de la presencia y del frotamiento de la sonda. Es sobre todo en estas condiciones que la reunion por primera intencion es imposible; la herida supurará siempre en mayor ó menor extension y la uretritis será necesariamente abundante. Se obtiene por consiguiente un resultado enteramente opuesto al que se ha buscado, porque la pérdida de sustancia y la nueva infiltracion de tejido morbozo aumentan la estrechez y producen una cicatriz muy diferente de la que hubiera resultado de la incision abandonada á sí sola: esta cicatriz puede ser viciosa, al grado de provocar más tarde una obliteracion del canal. Parece inútil insistir sobre este inconveniente.

La herida hecha por el uretrótomo no es la única parte del canal que es irritada especialmente por el frotamiento de la sonda. De igual manera lo son la mucosa reblandecida arriba de la estrechez, y las escoriaciones, ulceraciones y aberturas fistulosas que rara vez hacen falta.

Se ve por lo que precede, que el paso libre de la orina por la uretra ofrece la ventaja de asegurar el éxito de la operacion, y no tiene ningun inconveniente sério; que la sonda permanente, además de no impedir el contacto de la orina y de ser inútil para mantener el canal permeable y los bordes de la herida separados, porque la orina y la elasticidad de las fibras circulares de la uretra bastan para ello, provoca numerosas complicaciones que no se pueden prever en cada caso especial. Varias de éstas ofrecen un pronóstico grave. El único modo de evitarlas, consiste en renunciar al uso de la sonda, como se hizo en los casos precedentes.

Esta regla se observó tambien en tres casos de ojalera perineal acompañada de uretrotomía interna. Las historias de otros dos enfermos tratados del mismo modo y con el mismo buen éxito, están incompletas y no se encuentran aquí, á causa del poco interes que ofrecen por esta razon. Además de estos cinco enfermos, curados ya ó notablemente mejorados, hay otros dos que se encuentran en la sala, en via de curacion, y que han sido recientemente tratados del mismo modo. Estos siete enfermos han sufrido una doble operacion, acompañada en algunos de ellos de la desbridacion del escroto gangrenado; todos se han repuesto prontamente.

Como estos han sido los únicos que se han presentado y se han operado durante el año pasado, debe buscarse y explicarse la razon de la benignidad de la uretrotomía membranosa que

resulta del buen éxito observado. Esta tiene su explicacion en un procedimiento especial de la operacion. La incision se hace en la línea média del perineo, principia desde la extremidad del bulbo y tiene una extension de tres centímetros. En el primer tiempo, la incision penetra inmediatamente hasta la aponeurosis mediana del perineo. En el segundo y en el tercer tiempo, el bisturi dirigido por el dedo que ha reconocido la situacion del cateter, penetra en la canaladura de este último, é incisa la parte membranosa de la uretra detrás del bulbo. La operacion dura un instante porque como es imposible desviarse de la línea média, el cateter con la uretra se presentan de sí solos. De este modo, la reabsorcion de orina no puede tener lugar de un modo peligroso ó abundante por el tejido perineal, á causa de la naturaleza misma de la ojalera que se encuentra situada exactamente en el rafé, y forma por consiguiente, una especie de canal natural y declive que favorece ampliamente la salida de la orina. Además de esto, los bordes de la herida son netos, y los vasos se cierran pronto, impidiendo que el contacto de la orina sea de consecuencia: durante las primeras veinticuatro horas se aplica un tubo de canalizacion al cuello de la vejiga. Así es que en los operados mencionados, se observó una reaccion febril de pocos dias de duracion y de carácter traumático como urinoso.

Al practicar la operacion no se produce naturalmente hemorragia, y ésta no tuvo lugar en ninguno de los operados.

La herida no predispone tampoco á la pio-hemia ó á la septicemia. La primera no se ha observado en ningun enfermo; la segunda se observó una vez, y el enfermo se restableció. Como estē fué el único caso, se debe suponer que existieron otras condiciones para su produccion, que las que se podrian buscar en la operacion misma.

Pero una de las condiciones necesarias, para que la ojalera presente las ventajas mencionadas, consiste en el uso de un conductor. Sólo uno de los últimos enfermos presentó una obliteracion de la uretra; no hubo ninguna estrechez infranqueable, á pesar de que todas eran antiguas, algunas extensas ó muy pronunciadas; pero todas dejaban pasar alguna orina. Así es que en todos los enfermos, ménos uno de los últimos, cuya uretra no dejaba pasar una gota de orina, se pudo introducir un conductor, despues de la uretrotomía interna. Para practicar esta última operacion, se consiguió en la mayor parte de los casos, introducir la candelilla del uretrótomo; otras veces se venció la dificultad, sirviéndose del cateter del instrumento, provisto de su boton, ó de un cateter ó sonda de diámetro mayor. Para hacer penetrar estos últimos instrumentos hasta el cuello de la vejiga, sin pasarlo, y matenerlos allí, es preciso usar muchas veces de paciencia, mantenerse en la línea média, y seguir la pared superior del canal, dirigiendo el instrumento con los dedos aplicados detrás del escroto; en último caso se hace una incision superficial al perineo, en el rafé, y la uretra, privada del apoyo notable que tenia, cede, cuando su resistencia no proviene de la pérdida de la elasticidad y retraccion propia, sino de la presencia de pliegues mucosos. Procediendo del modo indicado, se consiguió llenar ese requisito, uno de los más necesarios de la operacion.

El pronóstico de la uretrotomía membranosa es más benigno todavía, cuando el perineo se encuentra endurecido y cicatricial á causa de una infiltracion de orina anterior, como en el enfermo del núm. 6.

Modificada como se ha visto, se hizo la uretrotomía membranosa en los tres enfermos siguientes:

V

Tranquilino Pérez, de 35 años de edad, zapatero, nacido en Irapuato, entró á ocupar la cama núm. 21 el 4 de Octubre de 1881. En 1867 tuvo una gonorrea que parece haber continuado como gota militar hasta 1879, año en que tuvo una exacerbacion de la enfermedad. Desde 1879 hasta hoy, ha padecido varias veces de frios y calenturas. En 1867, poco despues de la primera gonorrea, aparecieron cuatro ó cinco úlceras en el prepucio, y supuró un bubon de la ingle izquierda. El enfermo tiene á menudo ganas de orinar, saliendo la mayor parte de la orina por el ano, lo que le provoca ardores; hace seis meses que esto tiene lugar, habiendo observado el enfermo despues de un exceso alcohólico y sin ningun signo precursor, que la orina acompañaba á la defecacion.

El enfermo es de buena constitucion; la piel presenta un ligero tinte ictérico. El prepucio está reemplazado en toda su extension por un tejido cicatricial, y dos pequeñas cicatrices ocupan la ingle izquierda. Existe una gota militar. Por el traqueo rectal se observa que la mucosa está húmeda, hinchada, reblandecida y muy sensible al menor contacto. Un cordon prominente y cicatricial de forma semicircular y de unos 3 centímetros de largo ocupa la mucosa en el sentido longitudinal y en la pared anterior del recto. Inmediatamente abajo de la extremidad inferior de este cordon y arriba del esfíntero externo, se encuentra la única abertura fistulosa. La orina contiene pus en abundancia.

El 11 de Octubre de 1881 se hizo al enfermo la uretrotomía interna. El meato presentaba una estrechez muy notable; en la parte cavernosa de la uretra se encontraban dos otros estrechamientos, y la parte bulbo-cavernosa presentaba uno extenso y muy pronunciado. En seguida se hizo la uretrotomía externa, encontrándose al perineo completamente normal. Se pasó entónces una sonda flexible de plata por la abertura rectal de la única fistula urinosa, encontrándose esta abertura inmediatamente arriba del esfíntero externo y la abertura uretral en la parte membranosa, ya desbridada. Se aplicó un tubo de caut-

chouc al cuello de la vejiga. El día de la operacion en la tarde, la temperatura fué de $39^{\circ}3$. Al día siguiente, 12 de Octubre, se quitó el tubo de canalizacion, y la temperatura ascendió á $39^{\circ}0$ en la mañana, y $39^{\circ}3$ en la tarde. El 13 de Octubre la temperatura fué de $37^{\circ}0$ y $39^{\circ}0$.

24 de Octubre. La temperatura no ha vuelto á ser febril en estos diez días. El estado general del enfermo es bueno.

26 de Diciembre. Desde fines del mes pasado ya no sale orina por el ano, acompañando ó no á la defecacion. La cantidad de orina que sale por la uretra ha aumentado progresivamente, y hoy es mayor que la que sale por la ojalera. Para acabar de restablecer el canal, se ha introducido varias veces una sonda en la estrechez. Cada nueva introduccion ha producido una uretritis abundante, la cual fué acompañada las dos primeras veces, de accidentes febriles de carácter intermitente, con calosfrio, fiebre y sudores, y cuya duracion fué la primera vez de tres dias, y la segunda de veinticuatro horas. Una tercera vez ha habido, sin causa aparente, un acceso de fiebre muy parecido á los primeros. El enfermo permanece en la sala, notablemente aliviado, esperando que se cierre por completo la ojalera.

VI

Francisco Ortega, de 45 años de edad, carretero, natural de Toluca, entró á la sala el 31 de Octubre de 1881. A los 16 años tuvo una gonorrea, la cual degeneró en gota militar; á los cuatro años de padecer de esta enfermedad observó que la orina no salía con buen chorro de la uretra; esto duró con pocas variaciones hasta hace cinco meses, cuando sin síntomas subjetivos de ninguna especie apareció á derecha en el perineo, un tumor del tamaño de un huevo de paloma. Cinco ó seis días despues de la aparicion de este tumor, el escroto se hinchó, resultando despues de otros cinco dias una fistula en la parte média del bulbo; desde entónces se han abierto otras fistulas, las cuales se han cubierto de excrecencias. Refiere el enfermo que la hinchazon del escroto fué muy dolorosa y que la orina ha provocado siempre fuertes dolores al pasar por las fistulas. El escroto se gangrenó y fué desbridado, resultando tres cicatrices irregulares.

La mitad inferior y más declive del escroto está enormemente endurecida é hipertrofiada, siendo el espesor de las paredes probablemente de 2 centímetros. La mitad superior está también indurada é hipertrofiada, pero en menor grado. Además de las cicatrices irregulares y algo longitudinales ya mencionadas, el escroto presenta cuatro aberturas fistulosas, situadas una arriba y las tres otras en las partes más declives. La orina sale en parte, pero sólo gota á gota por la uretra y por la fistula situada arriba, en el punto de reunion de la piel del escroto con la piel de la parte cavernosa de la uretra. Hay un catarro crónico de la vejiga.

El 8 de Noviembre fué operado el enfermo. Se hizo la uretrotomía interna, y se observó que la uretra estaba estrechada en el meato, en la parte cavernosa y principalmente en la parte bulbo-membranosa. Al hacer despues la uretrotomía externa, se notó que el perineo estaba sumamente indurado, resistente y cicatricial en todo su espesor; el bisturí crujía al atravesar ese tejido. Se puso un tubo de canalizacion al cuello de la vejiga.

15 de Noviembre. La reaccion febril provocada por la operacion duró tres dias pero la temperatura no pasó de 38° 6.

26 de Diciembre. El estado general del enfermo es bueno. No sale ya ninguna orina por las fistulas; ésta sale principalmente por la abertura perineal, y en menor cantidad, pero con buen chorro, por la uretra.

VII

Pedro Navarro, natural de Irapuato, de 40 años de edad, conductor de carros, entró á ocupar la cama núm. 14 el 8 de Agosto de 1881. El dia de su entrada en la sala, se le habia desbridado la piel del pene y el escroto por estar infiltrados de orina en alto grado y gangrenados. En seguida se hizo la uretrotomía externa é interna. La uretra estaba principalmente estrechada en su parte bulbo-membranosa, no franqueándose la estrechez sino con alguna dificultad. Habia una dilatacion notable arriba de ésta, en la cual se enrollaba la candelilla: se venció sin embargo esta segunda dificultad. El tejido perineal estaba normal. La cavidad en la cual se habia enrollado la candelilla al principio, es-

taba situada en la próstata misma, cuyo tejido se habia fundido por supuracion.

Al dia siguiente se recogieron los datos anamnésicos algo incompletos á causa de la imposibilidad en la cual se encontraba el enfermo para darlos. Habia estado cinco dias en una sala de Medicina del Hospital, curándose de una pleuresía que habia extenuado sus fuerzas y cuyo pronóstico era malo. En los cinco dias que llevaba de estar en esa sala, el enfermo no habia llamado la atencion sobre la afeccion uretro-escrotal.

16 de Agosto. El estado general del enfermo no se mejoró, conservando la pleuro-neumonía el mismo carácter de gravedad que al principio. El escroto supuró con abundancia, pero la supuracion no era de mala naturaleza. El dia 15 de Agosto el enfermo falleció. La autopsia no se hizo.

A pesar de la extension y del alto grado de las estrecheces que presentaban los dos primeros enfermos, se ve que sin usar de sonda, la cantidad de orina que pasaba por la uretra, aumentaba á medida que se cerraba la ojalera, y llegaba muy pronto á ser mayor que anteriormente á la operacion. La destruccion del canal en el primer enfermo era notable, y á pesar de esto, no sólo se puede hacer constar que la permeabilidad de la uretra ha aumentado notablemente, saliendo hoy casi toda la orina por ella, sino tambien que la fistula uretro-rectal ha desaparecido por completo. Esta clase de fistulas es de ordinario muy rebelde, y el buen éxito que se ha observado en el caso especial que nos ocupa, habla en favor de la operacion. El segundo caso de uretrotomía externa é interna que trascribimos es tan interesante como el precedente. Hace tiempo que el enfermo tiene las fistulas; las aberturas externas escrotales son numerosas, y la induracion del escroto es tan pronunciada que con razon se debe suponer que éste presenta un verdadero

sistema de canales en su interior con paredes resistentes y poco flexibles. Sin embargo el chorro de la orina ha aumentado; las fistulas son impermeables y la induración del escroto ha disminuido notablemente. El buen resultado obtenido en estos enfermos se observó en los dos otros mencionados.

De esto resulta no solamente que la operación es benigna, si se considera á los casos citados y á las razones emitidas, sino tambien que es eficaz; por consiguiente no puede estar indicada exclusivamente para ciertos casos rebeldes ó especiales. Sus indicaciones son más numerosas, y se presentan frecuentemente en la práctica de hospital.

En efecto, se observan á menudo estrecheces antiguas complicadas de fistulas numerosas escrotales y perineales, las cuales han quedado abandonadas y nunca han sido sometidas á un tratamiento. En estas condiciones se conoce el resultado poco satisfactorio que se obtiene de la uretrotomía interna sola ó acompañada de la incisión de los trayectos fistulosos; esto es exacto aun cuando la orina sale en bastante cantidad por la uretra. En estos casos la uretrotomía membranosa está indicada, á pesar de que hasta ahora muy pocos han reconocido esta indicación.

La necesidad de la operación ha sido mejor reconocida para las fistulas úretero-rectales, porque se ha llegado á tener la convicción que cualquier otro tratamiento es inútil; pero se han hecho sentir los peligros que ofrece, aumentándolos naturalmente de dimensiones.

La contracción dolorosa y antigua de la parte membranosa de la uretra, es, segun Dolbeau, la única en la cual está indicada la operación, porque de este modo se combate directamente el mal con éxito. La infiltración y reabsorción de la orina com-

plicarian segun este autor frecuentemente la operacion, la cual, por esta razon, debe ser reducida á la indicacion mencionada. Ya se ha visto que la orina no tiene los inconvenientes que se le han atribuido; pero además de esto, los limites que Dolbeau traza á la operacion son dificiles de respetar, porque la contraccion dolorosa de la parte membranosa de la uretra llega siempre á producir los síntomas de las estrecheces orgánicas y no se podria distinguir de estas últimas sino con mucha dificultad. Pero esto es indiferente, pues ya se ha visto que las indicaciones de la ojalera perineal no se limitan á esta afeccion.

Para este último caso la ojalera sola debiera bastar; pero á causa de su rareza y de la poca seguridad del diagnóstico es preferible practicar tambien la uretrotomía interna, siempre que no sea en la porcion libre de la parte bulbo-cavernosa. Las fistulas habiendo cerrado y las infiltraciones desaparecido, se hace esta operacion para curar definitivamente la estrechez, aunque esto no es necesario cuando la primera uretrotomía interna, hecha con el objeto de poder introducir un conductor para facilitar la operacion de la ojalera, deja el canal permeable de una vez, lo que es debido al pronto y abundante paso de la orina por él.

Se debe preferir naturalmente que la primera uretrotomía interna no dé un resultado definitivo, á emplear una sonda permanente cuyos inconvenientes serian mayores que de ordinario, pues vendria á complicar la operacion. Además de esto, no se puede asegurar con ella de una vez la permeabilidad del canal, porque su influencia sobre éste desaparece por completo poco tiempo despues de aplicada, cuando está móvil. La herida hecha longitudinalmente se cicatrizará en este sentido y el diámetro corto del canal, el único que interesa, queda respetado por la

cicatrizacion. Esto lo demuestra con evidencia la uretrotomía externa hecha en cualquier punto del canal; entónces se produce una cicatriz, cuya marcha y caracteres fáciles de apreciar confirman la exactitud de esta suposicion.

De esto y de lo que precede, parece lógico concluir que se debe abandonar por completo la costumbre de emplear la sonda permanente despues de la uretrotomía interna.

Que la ojalera perineal, modificada como queda explicado y hecha con conductor, está indicada en las estrecheces complicadas de fistulas antiguas, ya sean uretro-rectales, perineales ó escrotales, provenientes de una estrechez orgánica ó de la contraccion dolorosa de la parte bulbo-membranosa.

Estas son las modificaciones del tratamiento quirúrgico de las estrecheces de la uretra, que se han recomendado aquí y cuyo buen fundamento se ha tratado de comprobar con los datos y con las observaciones del presente trabajo, que fué inspirado y patrocinado por el Sr. D. Rafael Lavista.

