TRATAMIENTO

DE LAS

ESTRECHECES URETRALES

POR LA DILATACIÓN PROGRESIVA.

TÉSIS

QUE PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN LA FACULTAD
DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS DE LIMA,
PRESENTA

MANUEL MONTERO

MÉDICO Y CIRUJANO.

LIMA

IMP. DE TORRES AGUIRRE, UNION 150

12-1896

Señor Decano:

Señores Catedráticos:

Entre los medios terapéuticos de que disponemos para combatir las estrecheces uretrales, la dilatación progresiva es el más antiguo, el más inocente y el más seguro.

Injustamente vituperado por algunos autores no han tenido otro reproche que hacerle, sino el ser de uso muy antiguo, sin fijarse que siempre necesitan de su auxilio para la ejecución de algunos de los otros métodos; porque, como sabemos, por la dilatación se principia y se termina sin excepción todo tratamiento quirúrjico indicado para la curación de las coartaciones uretrales, siendo por consiguiente ésto uno de sus méritos más resaltantes.

En el presente trabajo, señores, nada nuevo encontraréis, sino que dedicado por algunos años á la práctica de las enfermedades de las vías urinarias, quiero comprobar por medio de la observación clínica, el éxito que con tanta justicia se le atribuye á la dilatación progresiva cuando ésta es bien empleada; así como acostumbraba hacerlo mi maestro de práctica, el nunca olvidado profesor Dr. A. Alarco en su servicio de cirujía y á quién acompañé en mis últimos años de internado.

Este célebre cirujano imitando á los Thompson, Guyón y Curtis, rara era la estrechez uretral en la que no indicaba la dilatación; consistiendo su técnica operatoria en dejar la bujía, aunque fuese cinco minutos, en el canal uretral, reservando la uretrotomía interna solamente para los casos muy graves.

Consecuente con esta práctica y no siendo otro mi objeto que el hacer revivir entre nosotros el uso de la dilatación, es que me he decidido hacer la descripción de ella en todos sus detalles, indicando sus usos, ventajas, desventajas, etc., y todo lo relativo para su buena aplicación.

Pero no me atrevería á presentarme ante vosotros, señores Catedráticos, á acometer semejante empresa, si no confiara una vez más en la benevolencia que os distingue, resignándome á pasar por esta prueba solemne, á fin de merecer vuestra aprobación y obtener así, el último título de nuestra carrera científica.

I

Historia.

Antes de ocuparnos de describir la dilatación progresiva, permitidme, señores, haga una ligera reseña histórica de este tratamiento, para que tengamos un conocimiento perfecto desde su antigüedad pues este es el título más noble que posée.

Los antiguos romanos, ahora dos mil años, tenían ya conocimiento de la dilatación, pues se han encontrado en las ruinas de Pompeya, sondas de bronce y de cobre, lo que acredita que ellos hacían uso de estos instrumentos.

Celso, no solo habla de las sondas del mismo metal, sino que dá reglas sobre el cateterismo.

La escuela árabe, encabezada por Rhazes, y Albu-

casis, en los siglos 10 y 12, sustituyeron las sondas de cobre por las de plata, é inventaron las sondas flexibles y además dan detalles del modo como se ha de hacer el cateterismo en los casos difíciles.

Amediado del siglo 16, Aldereto, Amatus Lusitanus, Philippus y Andrea, Laguna, emplearon las bujías de cera de pequeño diámetro en la dilatación de las estrecheces.

Ambrosio Paré, titulado por la Escuela Francesa padre de la cirujía y dotado de un gran espíritu de observación, fué el que por los años de 1574 dió una descripción completa y exacta de la estrechez uretral; estableciendo los medios de combatirla y terminando por recomendar en todo caso, la introducción de sondas de plomo cada vez más gruesas, á medida que el paciente pudiese soportarlas.

En el siglo 17 y en el 18, aparecen: Colot, Tolet, Morgani, La Faye, Armand, Petit y Ledran; estos autores tienen nuevas concepciones á cerca de la enfermedad (estrechez); el objeto de ellos no es tan solo ocuparse del tratamiento de esta alteración uretral por la dilatación, sino llevar sustancias cauterizantes al sitio enfermo, más claro, destruír la carúncula como decian ellos; esto era aplicable solamente en las estrecheces franqueables. Pero en las infranqueables optaban otro tratamiento, cual era la botonadura perineal ó sea la incisión externa del periné. Existiendo pues desacuerdo entre ellos acerca del tratamiento de esta enfermedad, concluyen por declarar á la dilatación como el único tratamiento general de las estrecheces de la uretra.

En la obra de Sifilis publicada por el cirujano inglés Hunter, el año 1786, trata magistralmente de las estrecheces uretrales, y las considera en el caso de que sean ó no franqueables, siendo por consiguiente diferente el medio de que se vale para combatirlas. Además dice: que en todo caso debe emplearse la dilatación gradual ó permanente en tanto que el enfermo pueda soportarla, Hunter, fué el primero en opinar que

debian usarse bujías cada vez mas gruesas, fundandose en que estas no actuan á manera de cuña, sino que la presión de la sonda determina una acción del *principio vital*; lo que dió orígen á su teoría que hasta hoy la conserva la ciencia.

En Francia los cirujanos Desault y Chopart, por los mismos años que Hunter en Inglaterra, se declararon partidarios de la dilatación, empleando para ciertas estrecheces la dilatación permanente, tratamiento el más seguro é inofensivo según ellos.

Como se vé pues, la dilatación es conocida desde la más remota antigüedad y solo al terminar el siglo 18 es cuando se le asigna reglas é indicaciones fijas, haciéndola representar el papel de método de tratamiento.

Pero es,en el presente siglo, que en Francia se levanta uno pleyade de cirujanos notables, ardientes defensores de la dilatacion, y, para que tengamos una idea exacta de sus escritos, es necesario hacer un resúmen de las ideas profesadas por estos sabios, acerca de la aplicación metódica que han hecho de ella, en los diferentes casos de coartaciones uretrales.

Dupuytren—Este cirujano aplicaba indistintamente á toda estrechez la dilatación permanente y el éxito favorable que obtenia, lo explicaba por una acción doble, mecánica y vital que ejercia la sonda en contacto con la uretra enferma; esto dió lugar á que fundara su teoría: *mecanico-vital.*

Boyer—Partidario como Dupuytren de la dilatación permanente, no estaba satisfecho del todo con el procedimiento citado; le inculpaba algunos reproches como son la aparición de cistitis y la tardanza de la curación. En vista de lo cual Boyer se decide por la dilatación temporal efectuada por medio de una bujía ó sonda la que deja media hora ó más, en el canal uretral.

El ilustre Beniqué, el año de 1845 introdujo en la práctica de las enfermedades de las vias urinarias, el uso de las bujias de estaño que llevan su nombre. (1)

(1) Estas bujías estan graduadas á 1/6 de milímetro.

Este instrumento, que ha prestado y presta aún tan grandes servicios, para efectuar una dilatación gradual en las coartaciones uretrales, ha hecho imperecedero su nombre en la ciencia. Pero el mérito de Beniqué, no solo consiste en esto, sino que imitando á Boyer, formúla juiciosamente los preceptos científicos acerca de la dilatación temporal. La aplicación de sus bujías metálicas, al procedimiento nuevo y empleadas por él, para dilatar las estrecheces uretrales con tan buen éxito, le dan suficiente valor para conciderarlo como método expecial.

No nos resta sino tratar de tres hombres ilustres, reconocidos en el mundo científico, como defensores y sostenedores de la dilatación progresiva, como tratamiento general de las estrecheces uretrales.

Civiale—Apesar de ser el autor de la uretrotomía interna, le concede grandes méritos á la dilatación progresiva, expresandose el año de 1858 en los siguientes términos: «El tratamiento por este medio es simple, fácil y poco doloroso, dá resultados seguros y durables, á medida que se procede con más lentitud y cuidado.

Thompson—Especialista inglés de las enfermedades de las vias urinarias es también partidario decidido de la dilatación progresiva, pues en su admirable obra que trata de las estrecheces de la uretra se encuentran preceptos y concejos que están en todo conforme con los que ha dado Civiale.

Por último, el eminente profesor F. Guyon el que por muchos años se halla al frente de la enseñanza clínica de las enfermedades de las vías nrinarias en el hospital Necker, es el que por medio de sus lecciones clínicas acerca de la dilatación progresiva, ha corroborado lo dicho por Civiale y Thompson respecto á este tratamiento. Asi mismo ha hecho ver las modificaciones que eran necesarias introducir acerca de las indicaciones, contra-indicaciones, ventajas, & de los dos procedimientos que constituyen la dilatación progresiva. En una palabra es él quien ha dotado á este méto-

do de reglas fijas, seguras y demás condiciones necesarias para hacerlo figurar como tratamiento de elección.

Tal es, señores, á grandes rasgos, la marcha que ha recorrido la dilatación progresiva hasta nuestros dias, siendo proclamado hoy por Guyon y su escuela, como el tratamiento más inocente, seguro y rápido; no concediendole estos méritos á ninguno otro, sino á la uretrotomía interna; tratamiento que segun él, es el designado á compartir con el primero, la curación de las estrecheces uretrales.

II

Dilatación progresiva

DEFINICIÓN Y DIVISIÓN

1.—La dilatación progresiva es una operación, mediante la cual se destruye una estrechez uretral, por la introducción gradual y sucesiva de una série de instrumentos (bujías ó sondas), desde el principio hasta el fin del tratamiento.

Definida así, la dilatación progresiva, no la podremos confundir con los otros procedimientos de dilatación; por ejemplo, la dilatación súbita de Perreve, la dilatación mecánica de Holt, la divulsión de Voillemier, etc. Procedimientos que están basados, como sabemos, en la restitución del diámetro normal de una uretra estrecha, por una dilatación súbita hecha en una sola sesión. De aquí resulta que estos procedimientos no tienen otra analogía con el que se practica por medio de sondas ó bujías, en série ascendente, sino el nombre; por consiguiente, no deben conside-

rarse en la misma categoría. Además, esta definición nos sirve de fundamento para clasificar quirúrgicamente todos los procedimientos de dilatación en dos grupos: unos que tienen por objeto un tratamiento lento y gradual, es decir, la dilatación progresiva en sus diversas maneras, y otro, en el que el tratamiento es rápido ó forzado; tal es la uretrotomía interna, la dilatación rápida de Holt, la divulsión de Voillemier, etc.

2.—En toda estrechez uretral, cuando se introduce un instrumento cualquiera, dos son los hechos que se deben tener presente: el pasaje y la permanencia. Esta puede ser nula ó prolongada, según sea el tiempo que se deje la bujía en contacto con la estrechez. De aquí nace la división de la dilatación progresiva en dos procedimientos distintos: dilatación temporal y dilatación permanente; en la primera el instrumento es retirado inmediatamente que ha pasado sirviéndonos, cada vez que se repiten las sesiones, de instrumentos más gruesos; en la segunda, la bujía ó sonda se deja permanente en la uretra por uno ó más dias, siendo reemplazada al cabo de este tiempo, por otra más gruesa.

Por último, fundándonos en la mayor ó menor facilidad que tienen las estrecheces en su dilatación, admitimos un tercer grupo que denominaremos *mixto*; el cual consiste en dejar la bujía en contacto con la estrechéz algunos minutos ó una ó dos horas, para ser sustituida por otra de mayor grosor. Este procedimiento constituye para nosotros, la verdadera dilatación temporal; es la que aconseja, por regla general, el profesor Guyon, y le dá el nombre de *dilatación temporal progresiva*; tratamiento que se diferencia del preconizado por Thompson, que como sabemos no consiste sino en retirar la bujía inmediatamente que ha atravezado la estrechez.

La permanencia de un instrumento por 24 horas ó más en el interior de una uretra estrecha, nunca lo hemos empleado como tratamiento exclusivo, sino como preliminar en todos los casos difíciles, por esta razón forma también parte del tratamiento mixto.

III

Dilatación Temporal

PRECAUCIONES PRELIMINARES.—MANUAL OPERATORIO: (**a** INSTRUMRNTOS, **b** INTRODUCCIÓN DE ESTOS, **c** GRADUACIÓN Y DOSAGE DE LOS MISMOS).—RÉGIMEN.—MARCHA.—TERMINACIÓN Y CUIDADOS CONSECUTIVOS.

1.—Hoy es un hecho comprobado en cirujía que las precauciones de antisepsia y asepsia quirúrgicas, son los dos medios fundamentales que aseguran el éxito operatorio, ya sea en las grandes como en las pequeñas operaciones. La aplicación de estas precauciones á las afecciones quirúrjicas de las vías urinarias está pues justificada, y deben referirse al enfermo y al instrumento de que hace uso el operador, con el objeto de que se hallen libres de todo gérmen infeccioso.

En efecto, el glande y el pene de los enfermos deben ser lavados con una solución bórica al 5 %, lo mismo que se harán también inyecciones uretrales con la misma solución. La asepsia instrumental se hará del modo siguiente: los instrumentos de metal serán sometidos á la ebullición, y los de goma como son las bujías y sondas, serán depositadas en un baño maría por espacio de una hora; también los instrumentos para el uso del cateterismo serán engrasados con vaselina boratada al 5 % y por último en cuanto á la antisepsia general del enfermo, empleamos por la via digestiva el salol á dosis de 50 centígramos á 2 gramos, antes de las primeras sesiones de cateterismo.

Estas son las precauciones preliminares á las que deben someterse todos los enfermos; pues así lo acostumbraba hacer en su servicio de cirujía el pro-

fesor doctor A. Alarco y esta es hasta hoy la práctica seguida por mí.

2.—Al describir el manual operatorio de la dilatación temporal, tenemos que dar á conocer sucesivamente 1º los instrumentos de que nos valemos para efectuarla; 2º la introducción de estos en el canal uretral y 3º su graduación ó dosage.

(a)—Por regla general son las bujías los instrumentos que deben emplearse para ejecutar la dilatación temporal con preferencia á las sondas, porque estas últimas están acompañadas de ojos y presentan casi siempre asperesas más ó menos pronunciadas.

En el curso del tratamiento, no solo se emplean las bujías blandas, sino también las rígidas. La aplicación de estas últimas tienen lugar sobre todo en las estrecheces excesivas y difíciles de franquear, en cuyo caso se hace uso de las bujías filiformes de ballena; ó bién cuando la uretra ha adquirido cierto calibre, merced á la dilatación, terminándose entonces el tratamiento por el pasaje de las bujías métalicas de Beniqué.

Ahora bién, las bujías para que sean bien empleadas en el uso de la dilatación, deben tener ciertas condiciones: ser de goma, bien lisa y blanda, de forma cilíndrica simplemente ó cilíndrica con la extremidad cónica terminada en un ensanchamiento olivar.

La mayoría de los autores aconsejan el uso de esta bujía y le reconocen algunas ventajas sobre las cilíndricas, así dicen: que debido á su flexibilidad sigue las desviaciones del canal más fácilmente, insinuandose al travez de la coartación y rechazando suavemente sus paredes, y por su terminación olivar, la mucosa uretral se halla libre de ser desgarrada, aun en el caso de que la punta se enganche en algún repliegue ó salida de esta mucosa.

Apreciando desde luego, las ventajas de que están dotadas estas bujías, por mí parte diré que en nuestra práctica, no hemos hecho uso de otros instrumentos que los siguientes: bujías de goma, cilíndricas y blandas, ó en su lugar sondas cilíndricas de goma corrien-

tes; bujías filiformes de ballena y cilíndricas métalicas de Beniqué; la aplicación de estos instrumentos nos ha dado y nos dá, hasta hoy, muy buenos resultados.

(**b**)—El cirujano, antes de introducir un instrumento de cualquiera clase que sea (bujía ó sonda) en el interior de una estrechez con el objeto de instituir un tratamiento curativo, debe tener conocimiento prévio de los antecedentes del enfermo, de su estado general; haber explorado el canal uretral, según las reglas establecidas, por medio de los instrumentos apropiados (bujías exploradoras graduadas, bujías filiformes, &) los cuales nos harán conocer el número, sitio, clase y calibre de la coartación uretral. También debe conocer la mayor ó menor sensibilidad de la uretra y de la vejiga; lo mismo que la tendencia más ó menos grande que tengan estos órganos al espasmo y solamente después de todas estas informaciones, es que se procederá á prácticar la dilatación temporal.

Para que comprendamos bien el *modus operandi* de este procedimiento, supongamos primero, que se trata de un caso simple y fácil, para ocuparnos después de uno difícil.

Caso simple y fácil.—Lo primero que debe hacer el cirujano al frente de un caso tal, es determinar exactamente el calibre de la estrechez, y esto le servirá de punto de partida para el tratamiento.

En seguida procederá á examinar al enfermo: éste debe estar acostado en decúbito supino; el operador colocado á la derecha ó á la izquierda, toma con la mano izquierda el pene al nivel de la corona del glande, entre los dedos medio y anular; con el pulgar y el índice de esta misma mano, entreabre el meato y hace una lijera tracción vertical, de modo que la porción libre del canal se vuelva rectilínea y desaparezcan los pliegues que la mucosa uretral podría presentar. Inmediatamente con la mano derecha toma la bujía y la insinúa al través del meato, teniéndola lijeramente con las extremidades de los dedos, de modo de sacar el mayor provecho de la sensibilidad tactil.

A la entrada del canal uretral, debe tenerse mucho cuidado cuando se principie el cateterismo y tener la precaución de dirijir la extremidad de la bujía, hácia la pared inferior, á fin de evitar que tropiece con la válvula de Guerin, sobre todo cuando se hace uso de un instrumento delgado. Una vez atravezada la fosa navicular, se empuja suavemente la bujía, la cual avanza con facilidad, encontrando ella misma el camino, hasta llegar á la vejiga ó más allá de la porción membranosa. Pero hay estrecheces en que el trayecto de la bujía no se realiza con tanta facilidad, presentando inconvenientes que no la dejan progresar en su marcha, y éstos son debidos á las desviaciones que presenta el canal, ó que la punta de la bujía se ha insinuado en las cavidades que forman los falsos trayectos. No sucede lo mismo en las coartaciones libres de estos inconvenientes; la bujía no encuentra sino una lijera resistencia al franquearlas, la que es vencida por el empleo de una presión suave y contínua, que ejerce el operador sin recurrir jamás á la fuerza.

Ahora bien: ¿qué grado de fuerza debe emplearse en el cateterismo? Categóricamente no podemos responder á esta cuestión, porque no poseemos ningún medio de mensuración que pueda determinarla. Sin embargo, hay un medio práctico aconsejado, al menos, por algunos autores, y es el siguiente: «Siempre que las extremidades de los dedos que tienen una bujía, palidezcan bajo la influencia de la presión que ejercen contra este instrumento, se puede afirmar que el operador hace fuerza.» En conformidad con lo expuesto, deducimos que las bujías deben ser manejadas con mucha suavidad.

Para terminar con lo relativo á la introducción de las bujías, al travez de las coartaciones uretrales, diremos que puede suceder que estas hayan penetrado ó no hasta la vejiga con facilidad. En el primer caso, nuestra conducta consistirá en retirarla y reemplazarla inmediatamente por otra ú otras más gruesas, hasta haber alcanzado el límite impuesto por el calibre de la

estrechez y la resistencia de sus paredes. En el segundo, es decir cuando la bujía está apretada, otro es nuestro procedimiento, entonces lejos de reemplazarla por otra más voluminosa, la dejamos en contacto con la estrechez por algún tiempo, por ejemplo, media hora ó más en cada sesión; y si no observasemos esta indicación é hicieramos avanzar la dilatación; esta exigiria desde luego el empleo de la fuerza, exponiendonos tal vez á que sobrevengan accidentes sèrios, de los que nos ocuparemos más tarde.

Por otra parte, pueden presentarse casos en los qué, apesar de tratarse de estrecheces simples y fáciles la bujía se detiene en su marcha y tropieza con un obstáculo claro y manifiesto. A dos causas son las que pueden atribuirse estos inconvenientes: 1.° que la punta de la bujía puede estar delante del orificio de una estrechez anular y 2.° que la extremidad de esta se encuentre encajada en un falso trayecto. Para salvar estos inconvenientes nos valemos de los siguientes recursos; hacer una presión suave y continua hasta franquear la estrechez; ó bien retirar suavemente la bujía algunos milímetros, observando las sensaciones que se recojen durante esta maniobra; de suerte que si se siente resistencia al retirarla es porque está encajada en la coartación y por consiguiente marcha en buen camino; no sucede lo mismo cuando ha perforado el fondo de una laguna uretral ó un repliegue de la mucosa; en este caso no hay resistencia. Este es, pues, un medio de diagnóstico precioso para conocer cuando se está en un falso trayecto ó en plena estrechéz.

Conocidas las reglas de la dilatación temporal, para el tratamiento de una estrechez sencilla y facil, ó lo que es lo mismo para las coartaciones facilmente dilatables. Pasemos á ocuparnos ahora de este mismo procedimiento, pero aplicándolo á un caso dificil, es decir, cuando la estrechez es en apariencia infranqueable.

Caso difícil.—El cirujano, en presencia de un caso dificil de dilatación, la indicación más importante é

imperiosa que tiene que cumplir, es la introducción de una bujía al travez del canal, aunque el enfermo esté atacado de retención de orina; no oponiéndose la presencia del instrumento á la salida de este líquido. En todo caso esta introducción es la operación preliminar, ya sea que se continúe el tratamiento por la dilatación progresiva ó que se recurra á otro más rápido ó violento; como la uretrotomía interna, &.

¿Cómo se ejecuta esta operación? El operador, al proceder debe revestirse de mucha paciencia y ensayar las diversas maneras de hacer la tracción del pene, así como las manipulaciones de las partes blandas y periféricas de la uretra. En este acto no debe emplear la menor fuerza, aunque dure mucho tiempo el cateterismo; porque sucede con frecuencia que después de una sesión algo larga, el sentido muscular del cirujano pierde su delicadeza exponiéndole á cometer esta falta, inconcientemente. Además tendrá presente que solo en los casos de retención completa de orina, es que, están indicados los esfuerzos prolongados de cateterismo.

Pero, si se quiere someter al enfermo al tratamiento de la dilatación progresiva, y ha durado más de una hora la sesión de cateterismo, lo prudente será no insistir en esta operación y se le prescribirá entonces todos los cuidados generales y locales á fin de oponerse á la aparición de accidentes febriles y flegmásicos.

Si queremos llevar adelante la dilatación aún en el caso de que la introducción de la bujía haya sido difícil y laboriosa. ¿Debemos retirar este instrumento inmediatamente, exponiendonos talvez á que se repitan las dificultades con las que hemos tenido que tropezar al principio de la operación? No; esta es la opinión de la mayor parte de los autores, entre los que figura el profesor Guyón; el que hace fijar la bujía, ya sea de ballena ó de goma, uno ó dos días; es decir, que pone en práctica la dilatación permanente, y solo cuando por este medio haya aumentado el calibre de

la estrechez y se deje atravesar por bujías superiores á la filiforme, solamente así, se le podrá retirar y continuar el tratamiento intermitente según las reglas establecidas. Esta opinión es la aceptada por nosotros y es la que hemos puesto en práctica, reconociendo siempre sus méritos.

¿Qué haremos en el caso de que la estrechez es impermeable á los instrumentos más delgados como son las bujías filiformes y se oponga á todas las tentativas de cateterismo?

Distinguiremos dos casos: 1º que el enfermo, además de la estrechez excesiva que posee, está atacado de retención completa de orina y 2º que, apesar de tener retención de orina, esta no es completa y la vejiga espele algo todavía. La indicación urgente en el primer caso, es hacer la punción capilar de la vejiga, que como sabemos es inocente. Y para combatir el segundo, podemos acudir al recurso, aconsejado por el profesor Guyon; el cual, consiste en llevar hasta el sitio de la estrechez una bujía más gruesa que la filiforme y dejarla en contacto con ella durante una ó dos horas. Dos hechos ventajosos se obtienen con semejante procedimiento; 1º que el enfermo orina con chorro más grueso y 2º que la coartación se deja atravesar con más facilidad por una bujía apropiada á su calibre. Todo esto lo hemos empleado en nuestra práctica.

Finalmente otro de los recursos de que puede hacer uso el cirujano en el tratamiento de las estrecheces impermeables, sobre todo en aquellas que, además de ser excesivas, están ligeramente desviadas; es el empleo de bujías de formas caprichosas, enroscadas en la punta, ya sea en la forma de tirabuzón ó de balloneta, etc. El cateterismo, hecho por medio de estos instrumentos, tiene su fundamento; sabemos que la impermeabilidad de las coartaciones, no solo proviene de la excesiva estrechez, sino de la desviación de su orificio con respecto al eje teórico del canal; de suerte que, si empleamos una de estas bujías y después de algunas ten-

tativas de cateterismo, logramos encajar la extremidad de este instrumento en la luz desviada de la coartación y por consiguiente atravezarla, se le fijará por uno ó dos días hasta que desaparezca la desviacion uretral, para continuar con el tratamiento ordinario de la dilatación.

Leroy d'Etiolles fué el que introdujo esta clase de instrumentos en la práctica de las afecciones de las vías urinarias. Pero han sido después modificadas por el célebre profesor Curtis, consistiendo esta modificación en lo siguiente: introduce la extremidad de las bujías filiformes de goma, después de haberles dado la forma que se desea (de tornillo, balloneta, etc.), en un baño de colodión, haciendo esta inmersión dos ó tres veces al día, y dejándolas secar en seguida, conservan indefinidamente esta forma.

(c)—Para terminar la descripción del manual operatorio de la dilatación temporal, solamente nos resta tratar de las cuestiones siguientes: 1º el calibre de las bujías; 2º el tiempo que debe permanecer en contacto con la uretra estrecha; y 3º la frecuencia de las sesiones. Cuestiones de las que debe tener perfecto conocimiento el cirujano, siempre que quiera emplear, con provecho, un instrumento de esta clase; porque como dice el profesor Guyón, «el empleo de las bujías debe compararse al de las medicinas que se dan por medida y pesadas.»

Ahora bien· sabemos que el calibre de la bujía con la que debemos principiar el tratamiento, debe ser proporcional al diámetro de la coartación, lo mismo que el grado de resistencia opuesto por las paredes de la extrechez; todos estos datos los conocemos por la exploración inicial.

Para determinar el calibre de la bujía, el cirujano estará provisto de un juego de estos instrumentos, graduados conforme á la escala de Charrier, principiando desde el número cero ó sea 1/3 de milímetro, hasta el número treinta, que representa un centímetro de grueso, y sólo en casos excepcionales, se debe pasar de los

números 21 y 24, ó sea 7 ú 8 milimetros de diámetro, que es el calibre normal de la uretra.

Cuando estas bujías no están bien calibradas, dán lugar á que se observe muchas veces, que una coartación uretral que era franqueada facilmente por una bujía de un número conocido, rechaza el pasaje de otra de un número superior; inconveniente que se salva, con tal de que el cirujano gradúe él mismo sus bujías. Beniqué que había reconocido este hecho, imaginó una serie de bujías metálicas, las que llevan su nombre y están calibradas exactamente á 1/6 de milimetro.

Ocupemonos ahora del tiempo que debe permanecer la bujía en contacto con la estrechez uretral. A este respecto no están acordes los autores en sus opiniones.

Pero antes de abordar esta cuestión, debemos conocer el calibre máximun de la estrechez, que se puede obtener en una sola sesión de cateterismo por el pasaje de una ó más bujías. Y fundandonos en lo que aconseja el profesor Thompson, de que en todo cateterismo, el instrumento más delgado debe servir de ante precusor al más grueso, diremos que esta operación debe principiar siempre con lá última bujía que nos sirvió en la sesión precedente, reemplazandola en seguida por otra ú otras más gruesas, si su pasaje se realiza con facilidad, hasta encontrar resistencia; lo cual nos indica el limite maximun de dilatacion que podemos obtener; siendo suficiente en todo caso á lo más dos ó tres números de la hilera Charrier.

Sin embargo sucede algunas veces, que con el objeto de ganar tiempo, muchos cirujanos viendo que la estrechez es facilmente dilatable hacen pasar en una sola sesión, una série de bujías; olvidando el precepto que ya conocemos, cual es, el de la proporcionalidad que debe existir entre el grosor del instrumento y el calibre de la estrechez, dando lugar esta falta, á la aparición de accidentes que impiden continuar el tratamiento, por algunos dias.

Tratemos ahora del tiempo que debe quedar la bujía en contacto con la uretra.

¿Se le debe retirar inmediatamente ó dejarla permanente, y durante cuanto tiempo?

Los autores piensan de diverso modo acerca de este punto, así; Civiale, aconcejaba dejar la bujía de dos á cinco minutos; Beniqué, recomendaba retirarla inmediatamente; Thompson, piensa del mismo modo que Beniqué y además dice: «jamás debe dejarse la bujía por mucho tiempo en contacto con la coartación, porque esta permanencia no hará sino aumentar la irritación del canal lo cual se opone á la acción dilatante» Desde luego la irritación invocada por Thompson como consecutiva á la permanencia de la la bujía y aceptada por él como un inconveniente; no lo es para otros autores como Voillemier y Civiale, porque según ellos la permanencia del instrumento ejerce más bien una acción favorable que nociva, siendo de tal naturaleza que aceleraría la marcha de la dilatación; por otra parte, el mismo Thompson al explicar el mecanismo íntimo de la dilatación permanente le concede, al flujo proveniente de la irritación de la mucosa uretral, una acción coadyuvante en la marcha de la dilatación.

El profesor Guyon, es de opinión enteramente contraria á la de Thompson y se expresa así: «cuando la dilatación no avanza y se queda estacionaria, pasando una misma bujía durante varios días, siempre que no se emplee la fuerza, y se halle libre de los accidentes consecutivos, entonces se puede recurrir á otro medio; á la permanencia del instrumento en el canal uretral; estando convencido, que una permanencia de algunos minutos á media hora es suficiente para franquear rápidamente las etapas de la estrechez, lo que no se obtendría si se le retirase inmediatamente. Tenemos ejemplos numerosos de esta utilidad y sus ventajas pueden comprobarse el mismo día ó al día siguiente de haber retirado este instrumento.» Sin embargo el mismo profesor dice que la dilatación temporal, solo

es aplicable á ciertos casos como por ejemplo en las estrecheces fáciles y no inveteradas.

Finalmente el profesor Curtis, uno de los defensores más ardientes de la dilatación progresiva y conocedor de la técnica de este tratamiento, dice: ¿no es lógico admitir que asociando los dos elementos: *pasaje* y *permanencia* cualquiera que sea la idea que se tenga de la naturaleza íntima de su acción, no es lógico repite, admitir bajo la forma de procedimiento mixto, un medio operatorio que participe hasta cierto punto de las cualidades de los dos procedimientos tipos? ¿No es cierto que se puede tomar de la dilatación permanente algunas de sus ventajas, como son: la acción segura y rápida, para añadirla á las cualidades suministradas por la dilatación temporal, que como sabemos son: la inocuidad y la duración de los resultados adquiridos?

Expuestas así las diversas opiniones que versan sobre esta cuestión, diremos cual es la nuestra.

Por regla general, en toda coartación uretral, siempre hemos dejado la bujía permanente, por lo menos una hora; ya sea que se trate de estrecheces fáciles ó difíciles de franquear, no habiendo sobrevenido complicaciones, sino raras veces.

Por otra parte, esta práctica está en conformidad con las ideas del profesor Curtis y también es la que empleaba en su servicio el respetable profesor doctor A. Alarco.

En las observaciones clínicas que presento, tanto hospitalarias como personales se notará que en todos los casos hemos dejado la bujía permanente, aunque sea algunos minutos, obteniendo siempre con semejante práctica, muy buenos resultados; lo que por otra parte justifica la opinión de los tres últimos profesores más arriba citados.

Respecto al tiempo en que deben repetirse la sesiones de dilatación, lo mismo que al intérvalo que deben separarlas, existe también diversidad de opiniones. Para Civiale las sesiones deben ser diarias, Thompson

dice: «mientras que la operación no dé lugar á accidentes tales como dolores, hemorragias y picazon viva después de la mixión, la sesión debe hacerse cada dos ó tres dias y emplear los cuidados generales;» Guyon es de opinión, que las sesiones tengan lugar cada dos dias y que con raras excepciones se repita diariamente.

Ateniéndonos á nuestra práctica diremos, que hemos empleado diariamente las sesiones de cateterismo en casi todos nuestros enfermos y solamente las hemos alejado en caso de sensibilidad exajerada por parte de la uretra ó del organismo en totalidad.

3.—El enfermo sujeto á este tratamiento en la mayoria de los casos simples, no requiere ninguna medicación y observando una buena higiene, podrá entregarse á sus ocupaciones en los intervalos de las sesiones de la dilatación. Evitará el uso de las bebidas alcohólicas, el coito, los ejercicios violentos; en una palabra, todas las causas que puedan congestionar las partes enfermas.

Otro consejo muy prudente que deberán observar, no solo los enfermos sugetos á este tratamiento, sino todos aquellos que tengan necesidad de practicar el cateterismo con frecuencia es; no orinar sino después que ha pasado dos ó más horas de retirada la bujía, evitándose así la absorción de los orines y también las complicaciones.

Tal es el régimen á que deben someterse todos los enfermos que estan bajo la acción del tratamineto de la dilatación temporal.

4.—Sin ocuparnos de los accidentes que puedan sobrevenir durante el tratamiento por la dilatación progresiva, porque ésto seria objeto de un capitulo especial, repetimos, que la dilatación temporal en los casos simples, raras veces da lugar á accidentes; no sucede lo mismo en los casos dificiles ó complicados, como son las estrecheces refractarias, irritables, etc., en las que aparecen ciertos fenómenos que se oponen á la marcha del tratamiento, proscribiendo así el uso de la

dilatación. Según sea la naturaleza de estas complicaciones, tenemos dos medios para remediarlas: ó bien dejar reposar la uretra por algunos días, para insistir nuevamente en la dilatación, ó de nó recurrir á otro procedimiento más rápido, como la uretrotomía interna.

5.—Se considerará terminado el tratamiento por la dilatación temporal, cuando se haya logrado atravezar la uretra por una bujía ó sonda número 21 ó 24, lo que equivale á 7 ú 8 milímetros de diámetro, que es el calibre normal de la uretra y el que es suficiente para la mixión.

El cirujano para que termine su tratamiento es necesario que enseñe al enfermo á pasarse de tiempo en tiempo un sonda que sea blanda y de un diámetro uno ó dos números menos que la última con la que se ha terminado el tratamiento; porque, como sabemos, por muy bien que se haya practicado la dilatación, siempre las paredes del canal se estrechan algo, una vez que ha cesado este procedimiento. Otra precaución que deberá tener presente el enfermo, será no pasarse la sonda sino cada cuatro ó cinco días y después una vez por semana, ó una vez cada quince días y finalmente una vez al mes. Merced á estos cuidados y á los que estarán sometidos todos los enfermos, es que se asegurará un resultado de tanta duración como el suministrado por cualquier otro método conocido, para la curación de las coartaciones uretrales.

En nuestra práctica, tanto civil como hospitalaria, hemos cumplido con enseñar estas precauciones á los enfermos; de modo que es raro encontrar uno al que hayamos prestado nuestros cuidados profesionales, que no sepa él mismo hacerse el cateterismo.

IV

Dilatación permanente

TÉCNICA OPERATORIA—APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.—FENÓMENOS QUE LA ACOMPAÑAN—CONTINUACIÓN Y TERMINACIÓN DE ESTE TRATAMIENTO.

Hemos definido que la dilatación permanente, consiste en dejar una sonda ó bujia en contacto con la estrechez permanentemente, por un tiempo más ó menos largo.

Seremos breves en la descripción de este procedimiento, pués las reglas á que está sujeto, son las mismas que las de la dilatación temporal que ya conocemos; lo mismo qne los fenómenos que pueden sobrevenir á consecuencia de este procedimiento, son simples y poco numerosos.

1.—En el manual operatorio de este procedimiento, lo primero que tenemos que investigar es, conocer el instrumento apropiado para ejecutar esta operación. Algunos autores opinan porque este sea una sonda, fundandose en que el enfermo tiene que orinar conservándola fija en la uretra: El profesor Guyon aconseja una bujia, y dice, que la presencia de este instrumento no impide orinar al enfermo por apretada que se halle en el canal; al contrario facilita la salida de la orina, sobre todo cuando hay retención, escapándose entre la bujia y la pared uretral tan luego que ha llegado este instrumento á la vejiga.

Nosotros participamos de la opinión de este profesor, pues en nuestra práctica, siempre hemos empleado las bujias fijas, observando en todo lo aconsejado por Guyon.

Los instrumentos que se usan en la dilatación per-

manente deben llenar los requisitos siguientes: ser de un calibre inferior, con relación al de la estrechez, de modo que puedan jugar libremente en el interior del canal; además deben ser blandos, para que sean bien tolerados por la uretra, y por último, de buena fabricación, á fin de que puedan resistir á la acción corrosiva de las secreciones que la bañan.

Ahora bien: elejido el instrumento y conocido los requisitos que debe tener para llevar adelante la dilatación permanente. Solo nos falta conocer el medio del que nos serviremos para fijarlo permanentemente por veinticuatro horas ó más, que es el objeto verdadero de este procedimiento.

Varios son los medios que tenemos á nuestro alcance. Hay uno que consiste en amarrar la sonda ó bujia con un hilo que se arrolla en el pene; este es defectuoso, porque sucede que unas veces las vueltas del hilo estando flojas, resbalan por encima del glande y queda el instrumento libre; ó bien el hilo puede estar muy apretado y produce una inflamación del pene, razón por la que no lo aceptamos. Otro medio de fijar las bujias, es el que se hace con las tiras de esparadrapo, las que se arrollan al rededor del pene, por detrás de la corona del glande, sobre las extremidades del hilo que sujeta el instrumento. Finalmente hay otro, el inventado por el profesor Thompson, el cual se sirve del medio más sencillo; toma un cordón que lo fija á los pelos del pubis, después de haber dado una vuelta floja, al rededor de la corona del glande, y de haber abrazado la bujia.

Como vemos esta manera de fijar las sondas es excelente, porque el enfermo no sufre nada absolutamente. De suerte que para nosotros, este y el uso de las tiras de esparadrapo, son los que hemos empleado y empleamos siempre en nuestros enfermos con el mejor éxito.

2.—Para aplicar bien la dilatación permanente, no debemos olvidar jamás los preceptos que nos sirven de base, hasta su terminación y son: el instrumento

debe ser blando y de un volúmen menor que el calibre de la estrechez, de suerte que no llene completamente la luz del canal; además, la extremidad profunda del instrumento que se fije en la uretra, no sobrepasará el cuello vesical. Consejos dados por Thompson y Morel —Lavallé los que hemos observado siempre.

Segun esto, es la sonda, el único instrumento de que se hará uso para precavernos de la irritación vesical, lo mismo que la cistitis, ocacionada por la presencia de cuerpos extraños en la vejiga y cumplir así lo preceptuado por Morel—Lavalle. Y, para fijarla de un modo permanente, nos valemos en la práctica, del artificio siguiente: se observa la profundidad á la que há penetrado la sonda, para dar salida á la orina, se retira entonces el instrumento, y tan luego que este líquido deje de salir se le fijará. De suerte que cuando el enfermo quiera orinar, no hará más que empujarla, de modo que sus ojos vengan á sobre pasar el orificio del cuello vesical.

3.—La dilatación permanente está acompañada casi siempre de ciertos fenómenos que algunas veces suelen desaparecer, porque si persisten, impiden la continuación del tratamiento obligándonos á sustituirlo por otro de acción más rápida, como la uretrotomía interna, por ejemplo.

Entre estos fenómenos el dolor es uno de ellos, el cual puede ser nulo algunas veces, soportable otras y raras veces excesivo. Puede disminuir y aún desaparecer, amedida que los enfermos se acostumbren á contener la permanencia de la sonda; existiendo otros en los cuales aumenta y persiste este fenómeno, haciendo intolerable la presencia del instrumento.

El *espasmo uretral* que ocasiona algunas veces la dilatación permanente, modificando la sensibilidad y la contractibilidad de la uretra, es también otro de los fenómenos, aunque señalado por algunos autores, no tiene ninguna importancia práctica.

La aparición del *flujo muco-purulento* que casi siempre es debido á este tratamiento, es considerado como

otro de los fenómenos. Aunque el profesor Guyon dice, que muy bien puede faltar este flujo, sin que por esto la dilatación permanente sea ménos rápida y eficaz. El tiempo de su aparición es variable, del tercero al cuarto dia, según Civiale, despues de 24 á 48 horas, según Thompson.

No olvidemos qué mientras este flujo no tenga tendencias á propagarse á la vejiga y constituir así una verdadera complicación; no tiene para nosotros gran importancia.

4.—Durante el tratamiento de la dilatación permanente, es necesario cambiar el instrumento de que se hace uso, (bujía ó sonda) después que hayá permanecido en el canal uretral; de cuatro á seis días, según Civiale ó de dos á tres según Thompson y sobre todo cuando su permanencia en la uretra haya determinado la salida de un flujo muco-purulento. Las reglas á que está sujeta la introducción de la nueva bujía; son las mismas qne nos han servido para la primera, así debe ser blanda y de un diámetro menor que el de la coartación; no se crea que este precepto sea con el objeto de dejar un espacio entre el instrumento y las paredes de la uretra para dar paso á los orines; sino el evitar la influencia fatal que ejerce sobre la uretra y toda la economía la presencia prolongada de un instrumento que produzca una tensión más ó ménos fuerte en las paredes del canal, además, la sonda no debe ser introducida sino hasta el cuello de la vejiga, y nunca más allá, y por último es prudente hacer un lavado antiséptico de la parte anterior de la uretra, no solo cuando se cambien las sondas, sino durante la permanencia de estas en el canal uretral.

Si la permanencia de esta segunda sonda no ha ocasionado ningun accidente, la indicación precisa, por regla general; será retirarla y reemplazarla por otra de un número superior, y asi se continuará hasta alcanzar el límite máximun que convenga á la coartación, la cual se dejará permanente en la uretra.

Finalmente, despues de haber obtenido por medio de

la permanencia de estos instrumentos cierta dilatación en la estrechez, conviene dejar reposar al enfermo, uno ó dos dias, conforme lo aconseja el profesor Thompson

5.—Cuando aparece un accidente, febril ó flegmásico en el curso de la dilatación permanente; lo prudente es desistir de ella. Pero si no se presentan ninguno de estos fenómenos ¿se terminará la curación de la estrechez por este procedimiento? El profesor Guyon, dice: «jamás debe continuarse con la dilatación permanente hasta la terminación y cuando la estrechez haya obtenido un grado tal de dilatación, de modo que se deje atravesar por sondas ó bujías de 3 á 4 milímetros de diámetro, entonces debe ser sustituida por la dilatación temporal».

Nosotros hemos aceptado y seguido fielmente este sábio consejo, aplicándolo en los casos que hemos creido necesario obteniendo siempre muy buenos resultados.

V

Acción de las bujías en la dilatación progresiva.

Conocida la técnica operatoria en todos sus detalles, tanto de la dilatación temporal como de la permanente- conviene ahora que investiguemos, el mecanismo intimo de la acción de las bujias en el tratamiento de las estrecheces. Varias son las teorias expuestas á este respecto, por los autores que se han ocupado de la cuestion. Nosotros las clasificaremos en tres grupos conservando su terminología usual y son: la teoria mecánica; la teoria vital y la teoría inflamatoria.

1.—Teoria mecánica.—El defensor mas ardiente de esta teoria fué Reybard y la formuló asi: «La acción

que las sondas ejercen sobre las estrecheces es puramente mecánica y no tiene nada de vital.» Como vemos pues, según esta teoría, la bujía hace el oficio de una cuña la que penetrando en la estrechez, separa con fuerza sus paredes, dilatandolas y aumentando por consiguiente la circunferencia del canal. En contra de esta teoria están los hechos que destruyen en algo su valor, como vamos á verlo; basta recordar que cuando la dilatación progresiva, recurre á la estensibilidad de las paredes uretrales, su acción es mecánica y no progresa y sus resultados no son duraderos.

2.—*Teoria vital.*—Hunter fué el fundador de esta teoria, es una de las más antiguas y ha sido sostenida después, por Dupuytren. El fundamento de esta teoría es el siguiente: sus autores reconocen en la dilatación, una acción mecánica muy debil y una acción vital preponderante, actuando ambas ya sea despertando una fuerza de espansión ó determinando una secreción de mucosidades. Esta teoría en sí no explica absolutamente nada, razón por la que es dificil su refutación.

3.—*Teoría de la inflamación.*—Esta es la más racional, casi todos los autores la admiten y es la más aceptable. Voillemier es el fundador de esta teoria y dice: «doy el nombre de dilatación inflamatoria á un conjunto de fenómenos orgánicos, provocados en las paredes de la uretra, por la presencia de un cuerpo extraño y que tiene por resultado la reabsorción y la atrofia de las partes que constituyen la estrechéz.» En efecto, esta teoría está más en conformidad con lo que se observa en la clinica; así vemos que el contacto de la sonda determina en el tejido fibroso estrictural, un trabajo flegmásico, dando origen á un reblandecimiento y á un liquido puriforme más ó menos abundante; más claro, se realiza una especie de retrocesión al estado embrionario.

Ahora bien, para que estos cambios se produzcan no es necesario que el instrumento ejerza sobre la uretra una presión exéntrica, porque esta sería doloro-

sa y aún peligrosa, exponiendo al enfermo á contraer alguna complicación, como la ruptura de la uretra, la infiltración urinosa, &. La bujía no debe actuar, pues, sino por simple contacto y es por esta razón que debe ser más pequeña que el calibre de la estrechez; de suerte que pueda jugar libremente en el canal.

Pero se nos puede preguntar, cómo es que en tales condiciones la sonda ejerce una dilatación activa; á lo que responderemos, que lo que ella hace es más bien reblandecer el tejido indurado que dilatar la coartación.

En resumen, la teoría de Voillemier está fundada, del modo siguiente: 1o reblandecimiento inflamatorio por retrocesión embrionaria del tejido fibroso y después, formación al rededor de ella de una vegetación que la transforma en un canal regular y directo cuyo eje estaba desviado por esta alteración.

VI

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES—INDICACIONES Y CONTRA INDICACIONES—VENTAJAS É INCONVENIENTES DE LA DILATACIÓN PROGRESIVA.

1.—En el tratamiento de las estrecheces uretrales por la dilatación progresiva, pueden sobrevenir una série de accidentes ó complicaciones más ó ménos gráves, que nos es interesante conocer. No presentando estos accidentes la misma gravedad, hay unos que pueden desaparecer tan luego que se introduce alguna modificación en el tratamiento; al paso que existen otros que de suyo son tan graves, que obligan al Cirujano á desistir de él para reemplazarlo por otro de acción más rápida.

El *dolor*, es una de las complicaciones sérias que suele aparecer algunas veces en el uso de la dilatación

temporal, desde que se inicia este tratamiento, despertando sensaciones desagradables como son ardor y dolor. Pero cuando esta operación se practica suave y lentamente, por una mano ejercitada, es casi nulo este accidente.

No sucede lo mismo cuando se hace uso de la sonda permanente, entonces aparecen verdaderos sufrimientos, los que pueden desaparecer poco á poco y amedida que la uretra se acostumbra á la presencia del cuerpo extraño. Pero si el dolor aumenta hasta hacerse insoportable, se podrá explicar éste fenómeno, por la aparición de otra complicación adicional, cual es, la cistitis.

Por mi parte nunca he observado esta complicación tan exajerada en los enfermos que han estado sujetos á mis cuidados, hasta el extremo de haber tenido que recurrir á otro medio más activo que la dilatación; á no ser uno de mi práctica civil, cuya historia lleva el número 13; en el cual la permanencia de la bujía era intolerable por el dolor y el ardor que ocasionaba este instrumento; razón por la que tuve que recurrir á la uretrotomía interna.

El *espasmo uretral*, es otro de los accidentes que puede aparecer después del cateterismo, manifestándose por los siguientes fenómenos: disminución del chorro, algunas veces retención de orina y también por la constricción creciente que la uretra ejerce sobre la sonda.

Sin embargo, esta complicación en la dilatación permanente, no nos obliga á retirar el instrumento; pues su presencia favorece la salida de la orina. No sucede lo mismo en la dilatación temporal, en la que el espasmo puede ocasionar la retención de este líquido; accidente que á la verdad es pasajero.

El accidente de que nos ocupamos puede ser provocado por el cirujano, por no haber procedido con circunspección en la aplicación del tratamiento, empleando, tal vez, instrumentos muy voluminosos relativamente con el calibre y el grado de estensibilidad

de la coartación ó haber practicado frecuentes sesiones de dilatación.

Finalmente, la impresión del frío y el abuso de las bebidas alcohólicas, pueden determinar también este accidente.

La causa á que se atribuye, el espasmo uretral, lo mismo que la retención de orina que es su consecuencia, es la congestión de los tejidos mórbidos que constituyen la estrechez.

La *hemorragia*, es un accidente excepcional que puede sobrevenir en el curso de la dilatación; presentándose algunas veces, cuando se hace uso de la sonda permanente, lo que Thompson llama hematuria vesical. El precepto prudente para combatir esta complicación es retirar la sonda.

La *uretritis*, es más bien un fenómeno trivial que un accidente inflamatorio y á este respecto recordaremos lo que dice el profesor Guyon: «cuando la uretritis es moderada, no es una complicación seria, ni un elemento indispensable para el exito de la dilatación. Pero cuando se presenta con alguna intensidad se le puede remediar suspendiendo el tratamiento por algunos días.»

La *cooperitis*, accidente raro aunque posible, es proveniente del uso repetido de las bujías, dando lugar algunas veces á abcesos que impiden continuar el tratamiento por algún tiempo.

La *prostatitis*, es excepcional, ordinariamente es de poca intensidad y algunas veces es flegmonosa y supurativa; la indicación precisa será paralizar la dilatación para ocuparse de esta complicación.

La *cistitis*, es el accidente inflamatorio que sobreviene con mas frecuencia durante la dilatación permanente, aunque no es raro que aparezca tambien en el curso de la dilatación temporal. Siendo la sonda permanente la que ocasiona los dolores excesivos á los enfermos que estan sujetos á este tratamiento, la indicación precisa y suficiente será la suspención de la dilatación mientras exista esta complicación.

La *orquitis* accidente también de la dilatación se le observa con mas frecuencia en los viejos prostáticos y en los enfermos que han sufrido una ó mas sesiones de litotricia, que en los adultos que están sometidos á este tratamiento.

La supresión de la sonda permanente ha sido suficiente para hacer desaparecer esta complicación, asi lo hemos observado en nuestra práctica.

Fiebre uretral.—Esta peligrosa complicacion de las afecciones de las vias urinarias y en particular de la uretra, sobreviene muchas veces en el curso de estas enfermedades, asi como á consecuencia de las operaciones á que dan lugar.

Haciendo por el momento abstracción del estudio de la patogenia de la fiebre uretral que se conoce hoy mas bien con el nombre de *septicemia uretral.* por ser un punto ageno á nuestro objeto, no nos ocuparemos sino de las principales faces y detalles clinicos de esta complicación.

Está hoy fuera de duda, que la fiebre uretral resulta del conjunto de reacciones del organismo contra la invasión microbiana (Albarran).

Ahora bien, los accidentes febriles desarrollados bajo la influencia de las causas de la fiebre uretral, se manifiestan ya sea bajo la forma aguda ó bajo la forma crónica. Pero observemos que este proceso no solo admite estas formas, sino algunas otras que según sea su intensidad y su evolución, podremos clasificarlas en cuatro grupos ó formas, que son: *aguda, sobre aguda, subaguda y crónica.* El fundamento de esta clasificación es debido á muchos factores. 1º á la naturaleza misma del veneno séptico; porque el *bacterio piógenes* es entre todos los microbios urinarios, el agente infeccioso que ofrece mas peligro; 2º á la cantidad y calidad de orina absorvida, la que desempeña un papel esencial; y 3º á la resistencia vital del individuo, lo mismo que al estado patológico de sus riñones.

Forma aguda.—Se presenta bruscamente y con gran intensidad en los individuos que ofrecen una predispo-

sicion mórbida particular, y en aquellos que han sufrido una exploración uretral mal hecha, ó una operación de uretrotomía interna ó de divulsión; en una palabra siempre que haya habido ruptura ó solución de continuidad de la mucosa uretral y por último, en los enfermos cuyos riñones están alterados y dejan de funcionar (anuria).

Los síntomas que caracterizan esta forma, son: escalofrío intenso generalmente único, acompañado de elevación rápida de temperatura(39,° 40,° y 41) y seguida de sudores profusos; cefalalgia intensa; gran agitación y algunas veces delirio; además tiene el enfermo nauseas y vómitos; la lengua seca, áspera y fuliginosa; la orina es escasa ó nula y finalmente se haya atacado de lumbalgia

Apesar de la gravedad de estos síntomas es raro que sobrevenga la muerte. Muchas veces después de algunas horas, el cuadro sintomático mejora y el enfermo entra en el periódo crítico, el cual ha sido bien caracterizado por los antiguos; y en último análisis, no consiste sino en eliminaciones diversas, así la piél produce sudores profusos, el riñón recobra su función interrumpida y expele una orina cargada de sales, de materias extractivas y de microbios; la diarrea se establece y es serosa é infecciosa; la lengua se cubre de una capa blanca saburrosa; la temperatura desciende hasta 37o y el delirio desaparece.

Forma sobre aguda.—Esta forma está caracterizada por la exajeración de los síntomas precedentemente descritos y la rapidez de su evolución clínica. Es tan intensa que los síntomas son incompatibles con la vida y matan rápidamente al enfermo. Con mucha razon los antiguos la calificaban de *forma perniciosa*, por comparación con la fiebre palúdica que lleva este nombre.

Forma sub aguda.—Los síntomas que presenta esta forma son de menor intensidad, que los precedentes; los accesos se repiten muchas veces, la temperatura oxila al rededor de 38° con ligeras ascenciones (Gu-

yon). Cuando esta baja á 37° es un buen signo, sucediendo lo contrario cuando la defervecencia es mucho ménos rápida y completa, lo mismo que cuando la curva asciende de un modo rápido, ó se eleva cada dia progresivamente algunos décimos. (Guyon). La duración total de esta forma es de cinco á veinte dias, puede variar según el número de accesos y cuando estos se suceden á cortos intervalos el pronóstico es más grave que cuando el acceso es único.

Forma crónica.—La forma crónica es una fiebre ética del aparato urinario, que tiene algunos puntos de semejanza con la fiebre de los tuberculosos pulmonarios, sucede algunas veces á la forma aguda, y otras se desarrolla súbitamente.

La fiebre es el elemento más importante del cuadro clínico de esta forma, jamás la temperatura baja á 37° y ofrece oxilaciones irregulares durante el dia; entre estas, la de la tarde es constante, pues tiene lugar entre las seis y ocho de la noche.

Sin embargo hay casos en que los enfermos están apiréticos, siendo debido este fenómeno: 1º á la edad, así el viejo ofrece pocas reacciones febriles; cualquiera que sea la enfermedad infecciosa (1); 2.º al estado en que se halla la vejiga, ureteres y uretra desnudadas de su epitelio protector; 3.º á la existencia de cloacas en el periné de estos enfermos, por las cuales penetra la orina; y 4.º á la alteración de los riñones que no realizan bien su función eliminatriz. Condiciones todas, favorables para facilitar el pasaje de la orina á la sangre; determinando independientemente de la acción microbiana, una intoxicación química, una urinemia; cuyo resultado es el descenso de la temperatura, principalmente en los casos donde la orina contiene carbonato de amoniaco. Por otra parte los venenos químicos obrando sobre los centros nerviosos dan lugar á la hipotermia; esta contrabalancea á la hipertermia, la cual es producida por la infección microbiana; el pri-

(1) Charcot.—Maladies des vieillards.

mer fenómeno en su acción puede superar al segundo y en este caso, la temperatura baja, siendo menor de 37° (Hamonic.)

La caquexia uretral es el signo más importante de esta forma y se revela por perturbaciones gastro-intestinales; una dispepsia rebelde se apodera del enfermo; la lengua se presenta unas veces blanca y saburrosa, otras está roja y seca como la de los tíficos y por último, aparecen vómitos y diarrea cuyo caracter importante es contener uréa. Víctima de estos accidentes, el enfermo enflaquece, toma un color amarillo y muere por consunción.

La duración de esta forma es variable y depende de muchos factores, siendo los principales; el envenenamiento urinario, la abundancia de la reabsorción de orina, la insuficiencia renal, la resistencia del enfermo, la higiene y la medicación á la que está sometido.

Respecto al tratamiento de la fiebre uretral, la indicación más importante que debe ponerse en práctica, cualquiera que sea la forma que se presente, es la suspensión de la dilatación, si este ha sido el tratamiento instituido; así mismo se prescribirá los medios generales, como son los baños calientes, las bebidas sudoríficas, el sulfato de quinina y el salol. El tratamiento especial, varía según sea la intensidad de la forma. Por ejemplo, en la grave, la indicación precisa será la uretrotomía interna aunque persista la fiebre; porque mediante esta operación la orina tiene una salida amplia, eficaz y rápida. Este tratamiento no es perjudicial á los riñones, al contrario es favorable, porque suprime de golpe el obstáculo uretral que es la causa lejana de la degeneración renal. La historia número 13 trata de un enfermo que habiendo presentado todos los caracteres de una fiebre uretral gráve consecutiva á una estrechez irritable y dolorosa, me obligó á renunciar la dilatacion y recurrir á la uretrotomía interna; obteniendo por medio de esta operación una curación satisfactoria.

Pero si la fiebre uretral es benigna y los síntomas

agudos han desaparecido, hallandose el enfermo libre de esta complicación; se deberá insistir nuevamente en la dilatación. Porque, como la ha hecho constar, el profesor Guyon: «que el calibre de la coartación, permanece el mismo á pesar de haberse interrumpido el tratamiento, es decir, que lo único que ha perdido la dilatación es tiempo pero no terreno.» Esta observación es la que nos ha servido de fundamento, para que en casos semejantes prescribamos siempre, la dilatación.

2.—Pasemos á ocuparnos de las indicaciones y contra indicaciones de la dilatación progresiva en sus dos maneras de obrar.

(**a**)—La dilatación temporal, está indicada de un modo general en todos los casos de estrecheces simples, recientes y que se hallen libres de complicaciones.

No sucede lo mismo con la dilatación permanente, las indicaciones de este procedimiento son mas restringidas; pero su aplicación tiene lugar en las coartaciones irritables, en las que casi siempre fracasa la dilatación temporal. También es aplicable como tratamiento preparatorio, ya sea para continuar después con la dilatación temporal, procedimiento usado por nosotros; ó con el objeto de practicar cualquiera otra operación, como la uretrotomía interna por ejemplo; la cual necesita desde luego dejar una bujía permanente en contacto con la coartación uno ó dos dias para que aquella se realice con buen éxito.

(**b**)—En la dilatación temporal, las contra indicaciones pueden ser inmediatas y secundanrias. Las primeras son las que se imponen al cirujano inmediatamente después de haber hecho el diágnóstico y antes de instituir el tratamiento; siendo originadas casi siempre por la misma estrechez ó por las complicaciones que puedan sobrevenir. Las segundas, son provenientes de la impotencia del procedimiento empleado ó de los accidentes á que dá lugar.

Entre las contraindicaciones inmediatas, tenemos: la

la estrechez del meato; la dilatación es impotente contra esta forma de coartación; siendo el debrimamiento el único medio necesario al que debemos recurrlr. En las *estrecheces traumáticas*, está también contra indicada la dilatación, por la razón de ser siempre cicatriciales; sinembargo que algunas veces este medio quirúrgico, puede emplearse con éxito. Finalmente está contra indicada, en las estrecheces excesivas, pero no en todas sino en aquellas que son antiguas, induradas y que han sido operadas; lo mismo que en los enfermos que presentan un estado general deteriorado por los años de sufrimientos.

Hay otras complicaciones que sin ser inmediatas ni secundarias, hacen renunciar la dilatación, para recurrir á otro tratamiento quirúrgico más activo, como es la uretrotomia interna y estas son: 1o la incontinencia de orina, ocasionada por la dilatación pasiva de la uretra, detras de la estrechez; 2o la retención de orina crónica y parcial con cistitis crónica; alteración que dá lugar á la intoxicación urinosa y 3o cuando aparece la fiebre uretral especialmente cuando esta complicación está acompañada de alteración renal.

Respecto á la segunda complicaclón; tenemos que hacer una distinción importante, entre la retención de orina aguda, que es mas ó menos completa, de corta duración; y la retención crónica parcial. La primera puede aparecer á consecuencia de excesos alcoholicos ó por la influencia del frio; en cuyo caso la dilatación es el medlo indicado; no sucediendo lo mismo en la retención crónica en donde se necesita de un tratamiento más rápido.

Continuando con el estudio de las contra indicaciones secundarias, de la dilatación temporal; las estrecheces que dan lugar á estas contra indicaciones son aquellas que se caracterizan por ser refractarias á este tratamiento, estas son las que se conocen con el nombre de irritables y elásticas.

En las primeras la dilatación gradual no progresa se vuelve estacionaria y cuando se hace el fuerzo mas li-

gero para franquear la coartación, sobrevienen accidentes que necesitan un tiempo mas ó menos largo de reposo para su desaparición, ocasionando por último un retroceso en la estrechez. Las estrecheces elásticas que son las segundas; son conocidas por la tendencia que tienen á la recidiva; obligando al enfermo á emplear la dilatación por un tiempo indeterminado, con el objeto de impedir que se renueve la coartación. Un tratamiento más enérgico está indicado en esta clase de estrecheces y este no es otro que la uretrotomia interna.

La historia número 8 es un enfermo que tenia una estrechez elástica, refractaria á la dilatación; y fué esta razón suficiente para que el doctor A. Alarco, jefe del servicio, le hiciera la uretrotomia interna.

En la sala de San Juan de Dios perteneciente al servicio que estaba á cargo del doctor Odriozola, practiqué la uretrotomia interna con buen éxito, á un enfermo portador de una estrechez elástica y recidivante; en el que la dilatación era infructuosa.

Hemos dicho que hay dos complicaciones que pueden aparecer en el curso de la dilatación y pueden considerarse como contra indicaciones de este tratamiento; estas son: las cistitis y la fiebre uretral.

La cistitis, aparece muchas veces á consecuencia de la sonda permanente, por consiguiente este procedimiento está contra indicado mientras ella exista. Pero si al repetirse la dilatación, nuevamente aparece esta complicación, vale más decidirse entonces, por la uretrotomia interna, siempre que hayan desaparecido los fenómenos agudos. Así lo aconseja el profesor Guyon.

La fiebre uretral si aparece como complicación inesperada en el curso de la dilatación es también otra de las contra indicaciones que debemos conocer. La indicación en este caso será la suspensión de este tratamiento, hasta la desaparición de todos los fenómenos agudos y que el enfermo haya recobrado su estado general; comprobándose además que no presente signo alguno de alteración renal. Reasumiendo pues, diremos que dos son las indicaciones formales para com-

batir esta complicación; aguardar que la uretra se acostumbre al contacto de los instrumentos tomando todas las precauciones debidas y realizado esto, someter nuevamente al enfermo á la dilatación; pero si este además de presentar todos los fenómenos de la fiebre uretral grave, tiene una alteración renal; la operación indicada será la uretrotomía interna.

(**c**)—La dilatación permanente tiene también sus contra indicaciones y estas són ocacionadas casi siempre, por los accidentes que determina la presencia permanente de los instrumentos en el canal uretral; la uretrotomía interna es la operación preferida en semejante caso que nos libra de estos accidentes.

3.—Dos son las principales ventajas que presenta la dilatación temporal: inocuidad y libertad de acción.

(**a**)—En efecto la dilatación temporal, ejecutada conforme á las reglas establecidas, es la operación más inocente y sencilla, siendo muy raro que se produzca la muerte a consecuencia de ella. La libertad es otra de las ventajas que tiene este procedimiento, pues los enfermos sometidos á este tratamiento pueden entregarse á sus ocupaciones, después que han sufrido una sesión de dilatación. Esto há sido comprobado por mí en los enfermos cuyas historias llevan los números 11 y 12, ambos comerciantes y no disponían de otro tiempo que la noche, pues este era el momento en que se sometían al tratamiento.

La dilatación permanente no deja también, de tener sus ventajas, y són la rapidez y la eficacia de su acción. Si es cierto que no podemos negar esta cualidad de que está dotado este procedimiento; hay sin embargo casos en donde su acción rápida está compensada por su poca duración. La eficacia es otra de las ventajas con que cuenta este procedimiento; así hemos visto en las coartaciones irritables, lo mismo que al principiar la dilatación de cualquiera estrechez, por difícil que sea; desplegar á la bujía permanente una acción eficaz.

(**b**)—Entre los inconvenientes que algunos autores

atribuyen á la dilatación temporal, figura la lentitud en su manera de obrar. Este á la verdad no nos parece un inconveniente; porque la dilatación actúa con tanta rapidez como cualquiera otro tratamiento destinado para la curación de las coartaciones uretrales; así lo comprueba la práctica diaria y el éxito que hemos obtenido en todos los enfermos que han sido sometidos á este tratamiento. El único inconveniente que se le puede atribuir es, el que por su intervención no se puede vencer rapidamente el obstáculo que se opone á la salida de la orina; pero este no es un verdadero inconveniente, porque para llenar este objeto el Cirujano, tiene otros médios de qué disponer. De donde concluímos diciendo, que la dilatación temporal es un medio curativo, unicamente elejido como tratamiento de las estrecheces simples y faciles.

La recidiva es considerada por algunos, como otro de los inconvenientes que presenta la dilatación temporal. Esto no es cierto, porque sabemos muy bien, que cualqniera que haya sido el método operatorio empleado en el tratamiento de una coartación así sea el más elogiado; si despues de la operación no se guardan ciertas precauciones, es decir si no se continua dilatandola; la recidiva es inminente, esto está comprobado por la observación de un gran número de casos. No sucede lo mismo con la dilatación cuando es bien aplicada, sus efectos son mas duraderos; de suerte que este tratamiento no es inferior á ninguno de los conocidos. Por último este inconveniente es tambien atribuido á la dilatación permanente cuando esta es únicamente empleada. porque la ventaja que se obtiene por su rapidez de acción está contra balanceada con el inconveniente de recidivar. De donde, los prácticos han formulado la siguiente ley á este respecto: la resi-diva de una estrechez está en razón directa con la rapidez de la dilatación.

Conclusiones

1.—La dilatación progresiva, tal como nosotros la empleamos, es decir dejando la bujía ó sonda en contacto con la coartación algun tiempo, por ejemplo cinco minutos á una hora; produce en las estrecheces moderadas simples y sin complicaciones, los resultados más satisfactorios.

2—Este procedimiento operatorio, tiene la ventaja de no condenar al enfermo á hacer cama; siendo sobre todo aplicable en los momentos de descanso en aquellos que durante el dia están ocupados en sus asuntos; pero tengase presente que no surtirá efecto la dilatación temporal si las estrecheces son excesivas, antiguas ó presentan alguna complicación.

3.—La dilatación progresiva no conviene en los casos en que es urgente restablecer el curso de la orina. Otro tanto decimos de las estrecheces irritables y elásticas; en las que habiendo fracazado aun la dilatación permanente, están bajo la acción de la uretrotomía interna.

4.—La dilatación progresiva empleada en las estrecheces simples, según las reglas establecidas es el tratamiento más inocente; siendo nocivo en los casos que hay complicación flegmásica ó que exista alguna alteración renal crónica.

5.—La dilatación permanente debe ser empleada siempre desde el principio del tratamiento, en cualquiera estrechez; pero nunca se terminará la curación por este procedimiento; sinó que se alternará con la dilatación temporal, una vez que la uretra haya adquirido un diámetro de cuatro á cinco milímetros; es decir, que empleamos un tratamiento mixto para la curación de cierto grupo de estrecheces, como son las excesivas y difíciles. También la dilatación permanente se

emplea muchas veces como tratamiento preparatorio en la ejecución de cualquiera de los otros métodos de curación, como por ejemplo la uretrotomía interna.

6.—Este procedimiento mixto, tiene la ventaja de producir una dilatación segura y rápida de la coartación, en particular en las que son difíciles de franquear.

7.—Finalmente, la duración del tratamiento de las estrecheces por la dilatación progresiva, varía según sean ellas; así, en las simples, en las que están libres de complicaciones, es de veinticinco á cuarenta días y en otros casos puede pasar aún de noventa, incluyendo en este período, el tiempo empleado en los cuidados preparatorios y consecutivos.

Manuel Montero.

Vº Bº

Armando Vélez.

Historia No. 1

Félix Ibarra indio de 31 años de edad, buena constitución, jornalero, ocupó la cama Nº 117 a de la sala de San Andrés el 2 de Junio de 1889; servicio del doctor Aurelio Alarco.

Antecedentes.—El año 84 siendo militar padeció de blenorragia, enfermedad de la que no curó, el año 86 vuelve á tener el mismo sufrimiento descuida de su curación y solo hace uso de remedios caseros. A partir de esta fecha observa que orina con dificultad.

Actualidad.—Durante la visita tuvimos ocación de observar lo que sufría este enfermo para orinar, lo mismo que notamos la alteración de la forma del chorro, el cual era delgado y filiforme.

Antes de proceder á la exploración de la uretra, hicimos un lavado de todo el aparato genital externo con una solución debil al 5 °/₀ de ácido fénico y con otra de ácido bórico al 5 °/₀ tambien inyecciones uretrales. (1)

Inmediatamente después, con nna bujía Nº. 3 (Charrier) suficientemente aséptica se procede á explorar el canal uretral, esta rrecorre con facilidad una parte, deteniéndose al nivel del bulbo donde se nota alguna resistencla, la cual es vencida después de una presión suave y contínua hasta llegar á la vejiga.

Consecuente con el tratamicnto de la dilatación progresiva, se deja solamente la bujía dos horas y se le ordena al enfermo como régimen interior el sulfato de quinina á dosis de veinte centígramos tres veces al día.

Junio 3.—Se repite el cateterismo con la misma bujía del día anterior la cual pasa con facllidad y se le rermplaza por el Nº 4 y se le deja dos horas; no hay fiebre.

(1) Esta precaución la hemos observado en todos nuestros enfermos.

Junio 4.—Bujía No 5 se le deja el mismo tiempo, el enfermo sigue apirético.

Junio 5.—En este día la uretra se ha dejado atravezar fácilmente por las sondas Nos. 6 y 7 (Charrier).

Empleando el mismo procedimiento y avanzando cada día ó cada dos días un número de la escala; el 12 de Junio se logra pasar la sonda No 21, Charrier, con esta misma sonda se continúa haciendo el cateterismo cuatro días más, no habiéndose presentado ninguna complicación durante todo el tiempo de la dilatación. Ultimamente se le hace cada dos días sesiones de cateterismo con las bujías metálicas de Beniqué Nos 34 á 37 hasta el día de su salida que fué el 4 de Agosto del mismo año.

Historia No. 2

Valentín Florez.— de 25 años de edad, jornalero, ocupó la cama No 30 de la sala de San Andrés, el 7 de Octubre de 1890. Servicio del doctor A. Alarco.

Entre sus antecedentes cuenta que á la edad de 18 años tuvo una blenorragia muy fuerte, la misma enfermedad le repitió á los veinte años tan intensa como la primera, notando después que, cada vez que orinaba asomaba una gota blanca y tenía mucha dificultad para cumplir esta nececidad, sobre todo cuando hacía uso de bebidas alcohólicas.

Se procede á la exploración de la uretra con una sonda corriente No 3, Charrier, esta es detenida al nivel del bulbo y se reconoce la presenaia de una estrechez, se logra franquear este obstáculo y se deja la sonda dos horas. El enfermo está apirético, en buenas condiciones, salvo ligera exitación.

Octubre. 8.—Continúa la dilatación con la misma sonda y la dejamos el mismo tiempo que el día anterior.

Octubre 9.—No encontrando ninguna dificultad en su paso la sonda No 6, la dejamos tambien dos horas.

Octubre 10.—Continúa apirético; las sondas Nos. 7, 8 y 9 pasan facilmente y se deja la última, dos horas.

Octubre 11, 12, y 13.—Se ha llegado á pasar hasta la sonda No 15. El enfermo orina mejor.

Octubre 15 al 23.—La uretra se ha dejado atravesar con facilidad por los Nos. 16 al 20. siguiendo la misma conducta que en los dias anteriores, en cuanto al tiempo de contacto con la estrechez.

En los dias siguientes hasta el 28 dia en que se le dió su alta, se consiguió pasar y dejar por dos horas sondas mas gruesas, finalmente hicimos una sesión de dilatación con las bujías metálicas de Beniqué del 30 al 34. La coartación ha sido dilatada y la uretra ha adquirido un diámetro de 7 milimetros.

Historia Nº 3.

Quiñones, indio, jornalero, de 27 años, ocupó la cama Nº 36 de la sala de San Andres, el 18 de Febrero de 1889, Servicio del Dr. A. Alarco.

Ha padecido varias veces de blenorragia, tiene gota militar y orina con dificultad á chorro delgado.

Explorada la uretra con una sonda Nº 5 Charrier, se reconoce una estrechez al nivel del bulbo.

Febrero 19.—Se comienza el tratamiento dejando la sonda dos horas en contacto con la coartación; el enfermo está apirético y en buenas condiciones·

Febrero 20.—Se reemplaza esta sonda por la del Nº 7 la cual pasa con facilidad y se le deja el mismo tiempo.

Marzo 20.—Continuando este tratamiento y habiendose pasado en una misma sesión hasta dos números de la hilera Charrier. hemos obtenido un éxito feliz, pues hoy la uretra se deja atravezar por una sonda Nº 24.

Por último se hace una sesión de dilatación con las bujías Beniqué Nos. del 30 al 34, las cuales en su pasaje no se nota dificultad. El enfermo pide su alta el 25 y orina bien.

Historia Nº 4

Pastor Santistevan, de 25 años, sastre, y de buena constitución, ocupó la cama Nº 9 de la sala de San An-

drés, el 22 de Agosto del año 90. Servicio del doctor A. Alarco.

Antecedentes.—Antigua blenorragia y de costumbres alcohólicas.

Actualidad.—Reconocida la uretra con una bujía Nº 12 esta se detiene al nivel del bulbo, pero si, se deja atravezar por una del Nº 9 la cual se deja dos horas.

Se continúa en los dias siguientes la dilatación de la coartación en el mismo órden, hasta el 25 de Setiembre en que la uretra es atravesada por una sonda Nº 23 Charrier.

El 27 de Setiembre despues de haber hecho una sesión de dilatacion con las Beniqué 36 á 38, se le dió su alta.

El enfermo de esta observación, como los precedentes, no ha presentado complicación alguna durante el tratamiento, orina bién y con chorro grueso.

Historia Nº. 5

Juan Ceferino, indio, de 47 años, jornalero; entró á la sala de San Andres, servicio del Dr. A. Alarco, el 2 de Diciembre de 1889, y ocupó la cama Nº 13.

De antecedentes blenorragicos, sufre mucho para orinar y el chorro es delgado.

La exploración uretral nos hace reconocer una estrechez al nivel del bulbo; la bujía Nº 3 es la que franquea la coartación con alguna facilidad, la que se deja en contacto con esta, dos horas.

Empleada la dilatación con el mismo orden como en los enfermos anteriores; dejando solamente la bujía dos horas diarias.

La estrechez fué destruida y se dejaba franquear por una sonda Nº 23 Charrier y el enfermo pidió su alta el 30 del mismo mes.

Historia Nº 6

Domingo Gonzales, indio de 30 años, jornalero, ocupó la cama Nº 33 de la sala de San Andrés, el 28 de Enero de 1889; servicio del Doctor A. Alarco.

Antecedentes.—Durante cuatro años ha padecido de blenorragia con alternativas de mejoría; sin embargo de que él notara que el chorro era mas delgado y que tenía pujo para orinar, no hacía caso de su enfermedad, siendo atacado por último de retención de orina.

Actualidad.—Mediante una exploración metódica con algunas bujías, se reconoce la presencia de una estrechez en la porción bulbar y después de una sesión trabajosa, la bujía Nº 3 atravezó la coartación; como observasemos la dificultad del cateterismo y temerosos de que se repitiese la retensión de orina, adoptamos por fijar esta bujía veinte y cuatro horas; como régimen interior se prescribe al enfermo el sulfato de quinina o'10 con salol o'30, cada dos horas; apesar de esto el enfermo en la tarde sigue febril.

Enero 29.—La vejiga está vacía, la bujía juega libremente en la uretra, en vista de lo qué resolvimos cambiarla por una sonda Nº 3 y fijarla por 24 horas más; pero antes de hacer este cambio, hicimos un lavado intra uretral con una solución de acido bórico al 5%; el enfermo está apirético; régimen interior el mismo del día anterior.

Enero 30.—El enfermo está apirético. La sonda Nº 4, se le cambió por otra del Nº 6 y se le deja 24 horas. Interiormente salol o'50 en alterna.

Enero 31.—Sonda Nº 7 se fija 24 horas; no hay fiebre.

Febrero 1º Se avanza tres números de la escala, es decir que se llega hasta el Nº 10 Charrier.

Febrero 2.—Sonda Nº 11 pasa con facilidad y se le deja solamente dos horas en la uretra. Apartir de este día reemplazamos la dilatación permanente por la temporal. El enfermo está apirético.

Febrero 6.—Sonda Nº 13.

Marzo 15.—Empleando la dilatación temporal progresiva durante todo este tiempo hasta el 15 de Marzo, la uretra del enfermo llegó á dilatárse dejando pasar fácilmente una sonda Nº 24 y sin haber tenido ninguna complicación, salvo ligera uretrites ocasionada por la presencia de la sonda.

Historia No. 7

Ezequiel Meza, zambo de 27 años. fogonero, ocupó la cama Nº 25 de la sala de San Andrés, el 23 de Junio de 1889. Servicio del Doctor A. Alarco.

Antecedentes.—Blenorragia muchas veces, la última fué la más gráve orinando sangre y quedando en muy mal estado, por último hacía mucho esfuerzo para orinar.

Actualidad.—Está apirético y se le reconoce una estrechez excesiva y difícil al nivel del bulto, esta se deja atravesar por una bujía Nº 2. la cual se fija 24 horas.

Junio 24. El enfermo está bien, se continúa el tratamiento de la dilatación permanente hasta el día 28.

Junio 28.—Hasta esta fecha no había presentado accidente alguno, pero en presencia de una orquitis tuvimos que suspender el tratamiento cuando ya la coartación se dejaba atravesar por una sonda Nº 10. Charrier.

Julio 6.—Desaparición total de la orquitis; repetimos nuevamente el cateterismo con la sonda Nº 10 que fué la última qne atravesó la coartación y se le deja en contacto con esta solamente dos horas.

Como continuara bien el enfermo adoptamos el tratamienta de la dilatación temporal y merced á él, obtuvimos á mediados del mes de Agosto, el maximuu de dilatación. El 30 del mismo pidió su alta.

Historia No. 8

Dámaso Oqueña, indio de 35 años de edad, oficio sastre, ocupó la cama Nº 1 de la sala de San Antonio el 24 de Octubre de 1889. Servicio del Doctor A. Alarco.

Antecedentes.—Oqueña había sido curado el año 88. en este servicio de una estrechez uretral, con fistulas escrotales habiendose empleado en este enfermo solo el tratamiento de la dilatación progresiva. El no haber cumplido con los consejos que se le dieron en esa ocación, de no dejarse de pasar sonda cada cierto tiempo, hace recidivar la estrechez; ingresando á este servicio por segunda vez.

Actualidad.—Reconocida la estrechez, esta no se deja franquear ni por la bujía filiforme de ballena, sino que se detiene y se insinúa en ella, razón por la que la dejamos una hora en este sitio. Además el enfermo presentaba otros síntomas como son: pujo al orinar, chorro delgado y filiforme. Su estado general era bueno y estaba apirético.

Durante los días 25, 26 y 27 el paso de la bujía no puede realizarse y se le deja como al prineipio, solamente dos horas Interiormente se le prescribe el sulfato de quinina á dósis de o'20 en alterna.

El 28 es franqueada la estrechez con la misma bujía y se le fija por 24 horas.

Durante los días siguientes hasta el 13 de Noviembre y haciendo uso de la dilatación permanente por 24 horas unas veces y otras solamente dos se llega á avanzar hasta el Nº 12, Charrier.

El día 14, la dilatación no puede continuarse por la aparición de orquitis; el enfermo está febril con 39° 3/5, interiormente sulfato de quininu o'10 cada dos horas.

Día 24, desaparición de la orquitis, se renueva la dilatación con la sonda Nº 10 y el enfermo está apirético.

Hasta el 2 de Diciembre muy poco se ha avanzado, apenas se llega á pasar el Nº 14, apesar de haberse continuado con la dilatación permanente.

El 3 de Diciembre el enfermo presenta uretritis y está febril con 39° 3/5; interiormente se le prescribe el salol o'50 en alterna y exteriormente lavados intra uretrales con una solución de ácido bórico al 5 °/₀

El 4, 5, 6 y 7 apesar de haber desaparecido la uretritis el enfermo está febril.

En vista de la tenacidad de la estrechez y de las complicaciones á que dió lugar; el doctor Alarco se decide á practicar la uretrotomía interna.

Diciembre 11 se practica la operación empleando la lámina cortante Nº 23 y dejando después una sonda Nº 21, Charrier, permanente por 24 horas. Interiormente salol o'20 tres veces al día.

El 12 se retira la sonda, pero antes se le hace lavados con una solución de ácido bórico al 5 °/₀ tanto vesicales como uretrales. Está febril 38° 3/5 y continúa tomando sa'ol o'15 tres veces al día.

El 13 el enfermo ha orinado bien sin sonda; está ápirético; interiormente salol o'30 tres veces al día.

El 20 de Diciembre se le hace una sesión de cateterismo con las bujías de Beniqué Nos. 35, 36 y 37; continúa orinando bien y está apirético

El enfermo pide su alta el 2 Enero de 1890; después de haber aprendido á hacerse el cateterismo.

Historia No. 9

Venancio Suarez, indio de 53 años, jornalero; ocupó la cama No 7 de la sala de San Antonio el día 10 de Junio de 1890. Servicio del doctor A. Alarco.

Ha padecido de blenorragia muchas veces y nunca se ha curado bien, ahora un año tuvo dos chancros blandos y últimamente orinaba con mucha dificultad.

El 11 de Junio que fué el primer dia que vimos al enfermo lo primero que notamos al examen exterior fué una extensa tumefacción en la región perineal; la cual estaba dolorosa, rubicunda y pastosa; orinaba con mucho esfuerzo, febril con 39° 1/5 y agitado.

La exploración uretral hecha con método nos hizo reconocer una estrechez en la porción bulbar; la cual se dejaba atravezar por una bujia filimorme No 3, esta se le fija por 24 horas. Interiormente o'50 salol 3 veces al día.

Junio 12,—Febril 38° 3/5 continúa la bujia permanente, se le hace un debridamienuo al nivel de la zona inflamatoria y despues de dar salida al pus se le cura antisepticamente

Junio 13 —Apirético en la mañana, la noche la ha pasado mas tranquila, en la tarde 38°, la bujia anterior se le reemplaza por otra del No 5 la que se fija 24 horas y se renueva la curación, interiormente o'50 de salol 3 veces al dia.

Junio 14.—Apirético mañana y tarde; sonda No 6 Charrier, permanente por 24 horas; curación antiséptica; é interiormente extracto blando de quina 1 gramo 3 veces al dia.

En los dias siguientes hasta el 10 de Julio se ha conti-

nuado el mismo método; es decir el empleo de la bujía ó sonda permanente por 24 horas, habiendose avanzado hasta el Nº 15. El enfermo está en buenas condiciones, la herida perineal en vía de cicatrización.

Julio 25.—Cicatrización completa; la uretra admite el Nº 18, el enfermo orina bien, siempre apirético; á partir de este dia empleamos la dilatación temporal tan solo dos horas diarias; continuando asi conseguimos dilatar la uretra hasta llegar á pasar una sonda de 7 milímetros de diámetro ó sea el Nº 21. El enfermo se encuentra bien y pide su alta el 19 de Octubre.

Historia Nº 10

Bartolomé Cáceres, zambo de 32 años, cocinero ocupó la cama Nº 9 de la sala de San Antonio el 26 de Enero de 1889, servicio del doctor A. Alarco.

Ha tenido blenorragia en tres ocasiones habiendo sufrido por mucho tiempo de esta enfermedad, orinaba con dificultad y ultimamente fué atacado de retención de orina.

Lo primero de que se quejó este enfermo tan luego como lo vimos, fué el no poder orinar y efectivamente su vejiga estaba llena y hacía eminencia en el hipogastrio; ademas la uretra se encontraba ensangrentada á consecuencia de un cateterismo mal hecho.

Estaba febril con 39° 2/5 y agitado. Sin embargo del falso trayecto que existía procedimos á hacer una exploración uretral con una bujía filiforme Nº 3 Charrier, la cual despues de mucho trabajo pudimos hacer atravezar; se le fija inmediatamente por 24 horas, los orines comienzan á escurrir por entre las paredes de la uretra y de la bujía, hasta dejar vacia la vejiga. Prescribimos interiormente el salol o'50 tres veces al dia.

Enero 27.—Febril 38° 2/5; la orina se evacua bien por medio de la bujía; el enfermo se queja de un dolor fuerte en la región perineal esta se presenta pastosa y muy sensible. Se hace un debridamiento al nivel del rafé perineal y se dá salida á una cantidad de pus; curación antiseptica y se fija la sonda Nº 6; interior mente el mismo régimen.

Enero 29.—Apirético mañana y tarde, curación antisep-

tica, sonda Nº 6 permanentemente; interiormente quinina o'20 tres veces.

Enero 30.—El enfermo no tiene novedad, sonda Nº 8 permanente 24 horas; extracto blando de quina o'50 tres veces.

Febrero 4.—La herida se encuentra en buenas condiciones; sonda Nº 10 permanente 24 horas; interiormente el mismo réjimen.

Febrero 10.—La herida en vía de cicatrización; sonda Nº 15 permanente; extracto blando de quina interiormente.

Febrero 15.—Cicatrización completa de la herida, sonda Nº 17 permanente.

Febrero 22.—Sonda Nº 20, sólamente se le deja dos horas.

Así se continúa la dilatación tomporal progresiva hasta obtener franquéar la uretra con una sonda Nº 25 Charrier, dandose por terminada la curación el día 2 de Mayo en que el enfermo pide su alta.

Historia Nº 11

(Personal.)

El 24 de Mayo de 1893 fuí llamado por el señor Victor V. . . ; blanco de buena constitución, de 54 años de edad y de profesión comerciante; para asistirlo de una enfermedad de la orina.

Entre los antecedentes que me dió, dice haber padecido por muchos años de blemorragia, sin haber obtenido una curación completa, apesar de haberse medicinado. Que también ha tenido retensión de orina, habiendo sido asistido esa vez por el Doctor Maurtua, del Callao.

Examinado al enfermo, lo primero que me llamó la atensión fué el esfuerzo tan grande que hacía para expeler la orina, la cual salía bajo la forma de un chorro muy delgado, espidiendo, además un olor amoniacal. Estaba febril 39° 3/5 y algo agitado.

Enterado de sus antecedentes procedí á hacer una exploración metódica de la uretra por medio de la cual reco-

noci la presencia de una coartación al nivel de la porción bulbar; después de este examen y en la misma sesión hice pasar una bujía filiforme la que costó algún trabajo y la fijé durante 24 horas. Además de esta prescripción, ordené se le diera un semicupio algo caliente, y como régimen interno 1 gramo de salol 3 veces al día.

Mayo 25.—La noche ha sido más tranquila, pues la orina ha salido en gran cantidad, merced á la bujía permanente, ésta es reemplazada por otra del Nº 5 Charnier, la que se fija también por 24 horas. Temperatura 38°; régimen interior salol o'50 alterna.

Mayo 30.—Hasta este día hemos continuado con el mismo tratamiento- es decir la dilatación permanente, habiendo logrado atravezar la estrechez con una sonda Nº 12 Charrier; pero hemos desistido de continuar adelante con este procedimiento por la aparición de uretriris; resolviendonos por esta razón continuar con la dilatación temporal.

Junio 2.—No hay uretritis. Insistimos nuevamente en la dilatación con el últtimo número que se había franqueado estrechez, la cual se deja solamente 2 horas. Apirético y orina con más facilidad. Interiormente trementina una perla en alterna.

Junio 10.—Durante estos días no ha habido novedad, se ha avanzado en la dilatación hasta el Nº 15 dejando solamente 2 horas. Orina mejor. Réjimen interiór trementina una perla en alterna.

Junio 20.—Sonda Nº 18. Interiormente el mismo réjimen.

Junio 26.—Sonda Nº 21. orines claros.

Junio 30.—Sonda Nº 23. Durante todo este tiempo no ha tenido fiebre su estado general está bien; orina con chorro grueso y sin dificultad.

La dilatación permanente primero y después la temporal, han sido suficientes para la curación de esta estrechez, sin haber tenido más complicación que la uretritis.

Haré notar además, que habiéndo enseñado al enfermo á hacerse el mismo el cateterismo, desde el día 18 de Junio se hacia esta operación solamemte de noche que era el tiempo disponible para él, pues durante el día estaba en sus ocupaciones. En vista de lo cual y encontrando al enfermo en tan buenas condiciones, me retiré considerandolo como curado y aconsejandole que no descuidara el cateterismo aunque fuese una vez por semana.

Historia No. 12

(Personal)

El señor Daniel C . . . . . natural de Ica comerciante, de 24 años, y de constitución regular; fué asistido por mí el 16 de Abril de 1895.

De los anamnésticos que hemos obtenido de su enfermedad, sabemos pues, que en años anteriores había padecido de gonorrea, enfermedad que curó aparentemente merced á los balsámicos, tratamiento aconsejado por un médico.

El año 95 fué nuevamente atacado por esta enfermedad, y no habiéndose curado como en la vez anterior le quedó como vestigio lo gota milifar, así estuvo por algún tiempo en que cada día orinaba con más dificultad y con mucho esfuerzo, hasta el extremo que el 16 de Abril en la noche tuvo una gran exitación que no le dejó dormir; fué en este estado que se hizo ver por mí.

En vista de tales datos convine con el enfermo, en hacerle una exploración uretral, la que efectivamente hice con una bujía de goma Nº 4 Charrier; esta nos hizo conocer la existencia de una extrechez al nivel del bulbo; la cual era fácilmente dilatable y de pequeña extensión; opté pues por emplear en este enfermo la dilatación temporal progresiva.

Principié la dilatación con la sonda Nº 4 Charrier, ordenándole la tuviera dos horas solamente y además como régimen interior sulfato de quinina o'20 tres veces al día.

Debo hacer notar que teniendo el señor C . . . . que hacer frente á sus ocupaciones durante el día solo la noche era el tiempo para su curación, pues fué tan fácilmente dilatable la coartación que todas las noches se avanzaba un número de la hilera hasta haber llegado á pasar el Nº 21 con facilidad.

Por último, enseñé al enfermo á hacerse el cateterismo con su propia mano y le aconsejé que repitiera esta operacion por la ménos una vez por semana. Tal fué el resultado de la dilatación temporal progresiva en este caso. No habiendo tenido complicación ninguna durante el tiempo que ha estado sometido á él.

Historia No. 13

(Observación Perosnal)

Adrian M, natural de Piura, de 35 años de edad, de constitución fuerte y de oficio zapatero.

Este nos declara que no ha padecido de ninguna enfermedad y no recuerda sino el haber contraído el año 8ı una fuerte blenorragia, enfermedad que á pesar de haber tenido asistencia médica no quedó curado.

El año 90 le repite la misma enfermedad no se asiste con ningún médico, el mismo se cura haciendo usos de remedios caceros tampoco quedó bién; se establece en él, la gota militar, el chorro se altera y hace grandes esfuerzos paaa orinar; asi permanece por algún tiempo, empeorándose cada vez que hace uso de bebidas alcoholicas, hasta el extremo de retenérsele la orina.

El 10 de Marzo del año 93, fué atacado nuevamente de retención de orina, apenas puede espeler pequeñas porciones de este liquido con grandes esfuerzos; tiene fiebre 39° 2/10 y gran agitación. En esta situación fuí llamado por el enfermo.

Teniendo en cuenta los antecedentes y el estado actual del paciente, me decidí hacer una exploración uretral, pero antes de proceder, hice un lavado antiséptico, tanto exterior como interior. Principié por introducir una sonda de goma No 3 Charrier esta se detiene por delante del bulbo y como no pudiese penetrar mas allá; hago uso entonces de las bujias filiformes convenientemente asépticas y reconozco asi la presencia de una estrechez fibrosa al nivel del bulbo y no pudiendo conseguir, atravezar esta, me resuelvo á dejarla en el sitio en que se insinua, recomendandole al enfermo no se la retire sino despues de una hora. Interiormente le ordené el salol á dosis de 1 gramo tres veces al dia y exteriormente un semi-cupio algo caliente.

Insiste nuevamente en franquear la coartación con la bujia filiforme y despues de un trabajo laborioso consigo mi objeto; la fijo recomendando al enfermo no se la retire hasta el dia siguiente. Régimen interior el mismo.

En la tarde del mismo dia fuí llamado urgentemente por el enfermo y encuentro que se habia quitado la bujía, porque no podia resistirla; febril 39 8/10 gran agitación; len-

gua seca, y sumamente exitado. Vuelvo á fijarle la bujía y no puede soportarla, sino á lo mas: una hora.

Dia 12, la noche la pasó mal, mucha exigencia para orinar y con grandes esfuerzos; febril 38 5/10, lijero delirio; fijo nuevamente la bujía y no puede contenerla. Régimen interior el mismo, mas una poción antiespasmódica. En la tarde es atacado de un gran escalofrio, temperatura 40°, tiene delirio y la uretra muy excitable.

En vista de este estado, tan alarmante le aconsejo verlo en consulta con el doctor Castillo, Catedrático de Patología Interna. El cual despues de haber oido la historia que le hice del enfermo y hecho le notar además la gran exitabilidad uretral, lo mismo que los síntomas generales tan alarmantes; opinaba por emplear un medio mas rápido que la dilatación; la uretrotomia interna por ejemplo. El doctor Castillo aceptó desde luego mi opinión.

Resuelta esta disposición el dia 13 en compañía del mismo doctor procedimos á operarlo.

Previa antisepsia, tanto del enfermo, como del instrumental, principiamos por introducir la bujia del uretrotomo, de Maissoneuve, la cual pasó con algún trabajo; inmediatamente introducimos el conductor y luego la lamina cortante Nº 23; retirada esta despues de hecha la incisión lo mismo que el conductor, hicimos pasar una sonda de goma Nº 21 Charrier, abierta en sus dos estremidades, la cual la dejamos permanente durante 24 horas é hicimos por último inyecciones vesicales con una solución de acido bórico á 5%.

El enfermo no sufrió mayormente durante la operación y por consejo del doctor Castillo, prescribimos además del salol una poción de Bromro de potacio; la noche fué tranquila, temperatura 38°.

Dia 13. en la mañana apiretico; febril en la tarde 38°, continua con la sonda permanente, lavado, vesical é intrauretral con la solución de ácido bórico á 5 % y el mismo régimen interior.

Los dias 15, 16, 17, 18, 19 y 20 se encuentra bien sin fiebre orina sin sonda á chorro grueso.

El 21 hago uso de las bujias metalicas de Beniqué, principiando por el Nº 36 y en una misma sesión hago el catelerismo en los Nos. 37 y 38. Como régimen interno, tonicos.

En los dias siguientes hasta el 25, le pasaba una sonda

de goma No 24 la cual la dejaba solamente dos horas diarias concluyendo por enseñar al enfermo que el mismo se haga el cateterismo.

En resúmen doce dias han sido suficientes para la curación de esta estrechez por la uretrotomia interna, con buen éxito. Era precisamente este el caso en donde la dilatación progresiva era impotente y no hubiera producido tan buen resultado como la uretrotomia interna; por la razon de ser el enfermo tan excitable hasta el extremo de no poder soportar una bujía filiforme y si á esto se agrega, los síntomas alarmantes de infección que ya se presentaban estaba pues, muy bien indicada la uretrotomia interna.

Manuel Montero.

CUESTIONARIO

Anatomía Descripsiva Origen real del Neumogástrico.

Física Médica é Higiene Profilaxis de la fiebre amarilla.

Historia Natural Médica . . . . . Leguminosas empleadas en Medicina . . . . . .

Química Médica . . . . Investigación de la Glucosa en la orina.

Anntomía General y Patológica . . . . Linfa y Linfadenona.

Farmacia . . . . . Agua destilada de laurei cerezo: dosificación y ensaye.

Fisiología General y Humana . . . . . Nervio facial.

Patología General . . . Endoscopia.

Bacteriología y Técnica Micróscopica . . . . Meningoco—Gonococo.

Nosografía Médica . . Formas clínicas de la Grippe.

Nosografía Quirúrgica Topografía de los flemones de la región del cuello.

Terapéutica y Materia Médica . . . . . Bromuro de Potasio.

Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria . . . . . Talla hipogástrica.—Región Perineal.

Obstetricia y enfermedades puerperales . . . Hidramnios.

Medicina Legal y Toxicología . . . . . Identidad.

Clínica Quirúrgica (Hospital del «Dos de Mayo») Absceso de las glándulas de Cooper.

Clínica Quirúrgica (Hospital de Santa Ana . . . Antisepsia en el aparato genital de la muger.

Clínica Médica (Hospital «Dos de Mayo») . . . . Ammonuria.

Clínica Médica (Hospital de Santa Ana) . . . . . Erisipela de la cara

Clínica Obstetrical . . . Versión por maniobras externas.

El Secretario.

M. C. Barrios

Vo Bo—Vélez.