



Año 1914

Núm. 2762.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DERIVACIÓN ALTA TEMPORARIA DE ORINA
EN EL
TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS PERINEALES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN CORREA MORALES

Practicante menor externo del Hospital San Roque
(1910 - 1912)

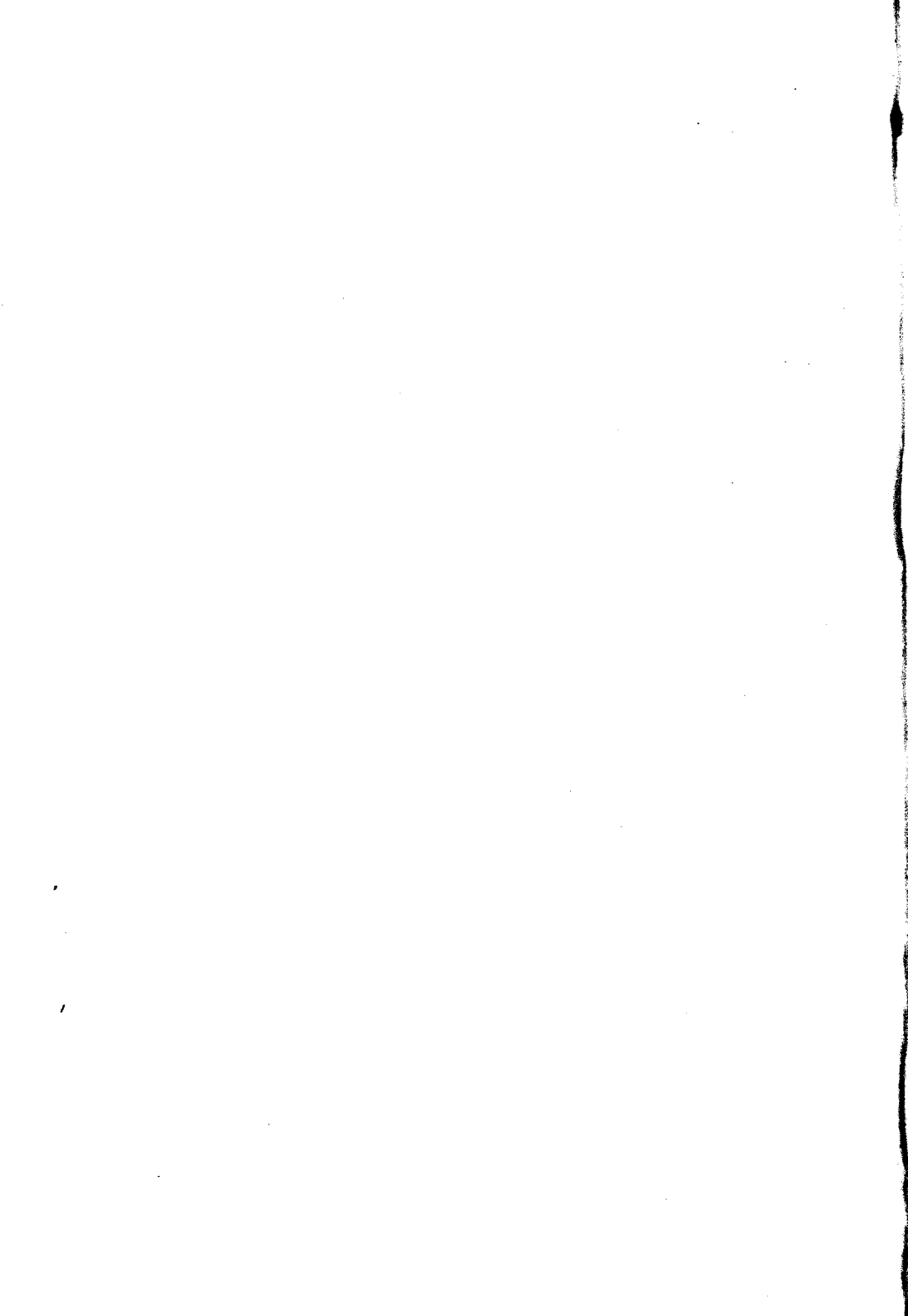
Practicante menor y mayor interno del Hospital San Roque
(1912 - 1914)



LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"
CASA EDITORA É IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI
2070. CORDOBA, 2080. BUENOS AIRES

Mic. B. H. S.

DERIVACIÓN ALTA TEMPORARIA DE ORINA
EN EL
TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS PERINEALES



Año 1914

Núm. 2762.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DERIVACIÓN ALTA TEMPORARIA DE ORINA
EN EL
TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS PERINEALES

==

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN CORREA MORALES

Practicante menor externo del Hospital San Roque
1910 - 1912.
Practicante menor y mayor interno del Hospital San Roque
1912 - 1914.

==



LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA É IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI
2070, CÓRDOBA, 2080 BUENOS AIRES

Handwritten notes:
1914
1912
1910

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

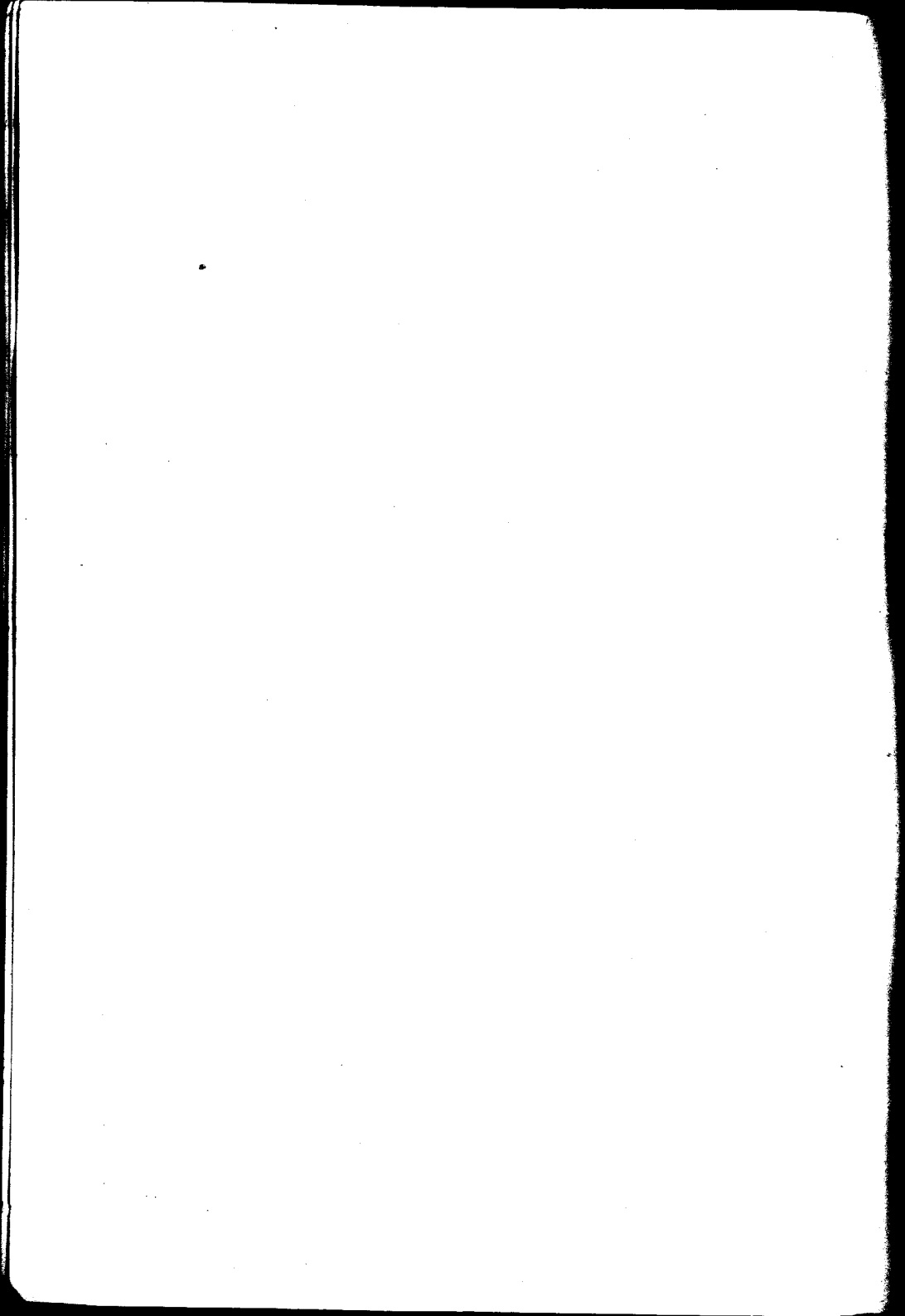
DR. D. LUIS GÜEMES

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
3. » » EUFEMIO UBALLES
4. » » PEDRO N. ARATA
5. » » ROBERTO WERNIGKE
6. » » PEDRO LAGLEYZE
7. » » JOSÉ PENNA
8. » » LUIS GÜEMES
9. » » ELISEO CANTÓN
10. » » ENRIQUE BAZTERRICA
11. » » ANTONIO C. GANDOLFO
12. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
13. » » DANIEL J. CRANWELL
14. » » HORACIO G. PIÑERO
15. » » JUAN A. BOERI
16. » » ANGEL GALLARDO
17. » » CARLOS MALBRAN
18. » » M. HERRERA VEGAS
19. » » ANGEL M. CENTENO
20. » » DIÓGENES DECOUD
21. » » BALDOMERO SOMMER
22. » » FRANCISCO A. SICARDI
23. » » DESIDERIO F. DAVEL
24. » » DOMINGO CABRED
25. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » DESIDERIO F. DAVEL

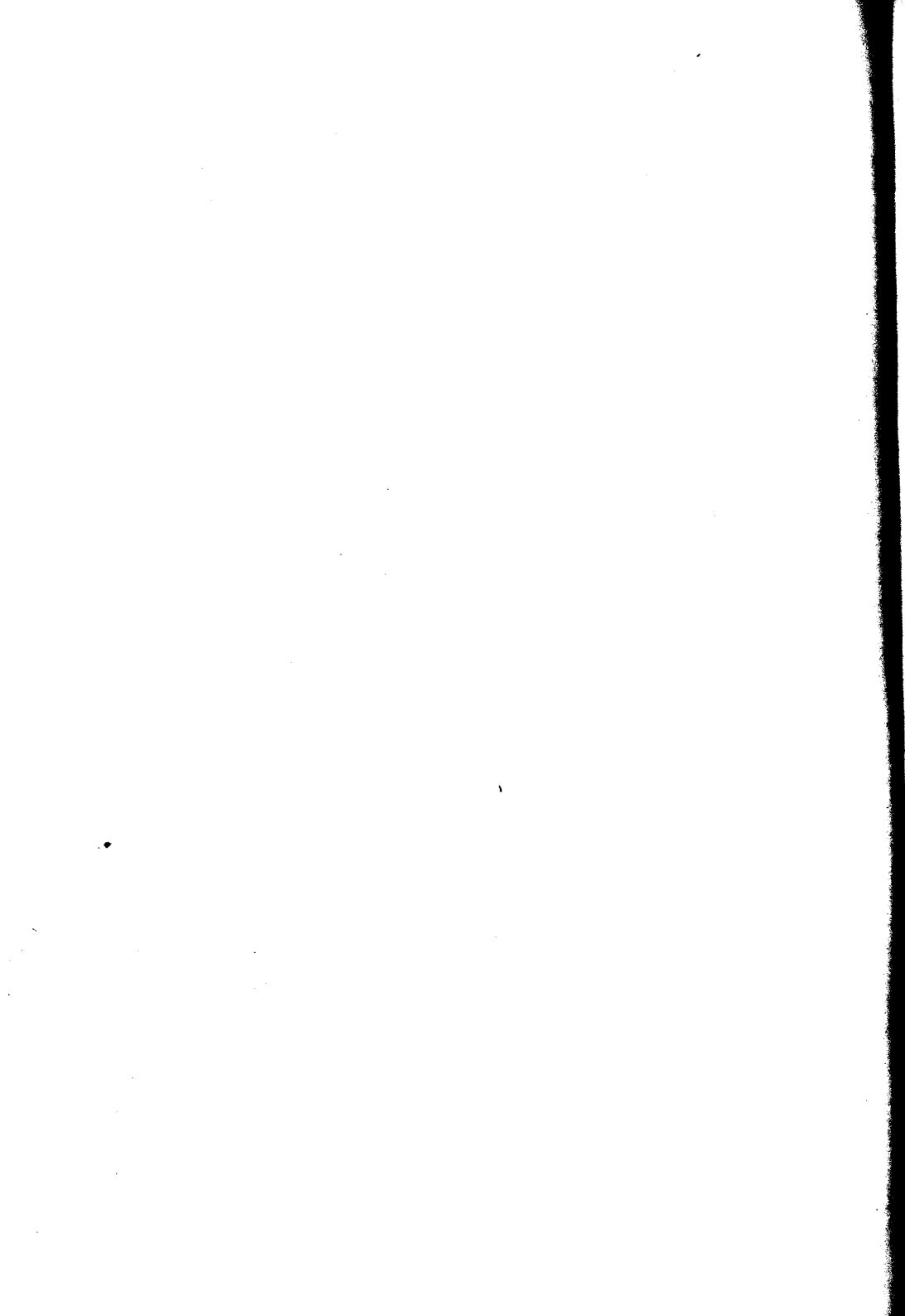


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. » » TELEMACO SUSINI
3. » » EMILIO R. CONI
4. » » OLHINTO DE MAGALHANS
5. » » FERNANDO VIDAL



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

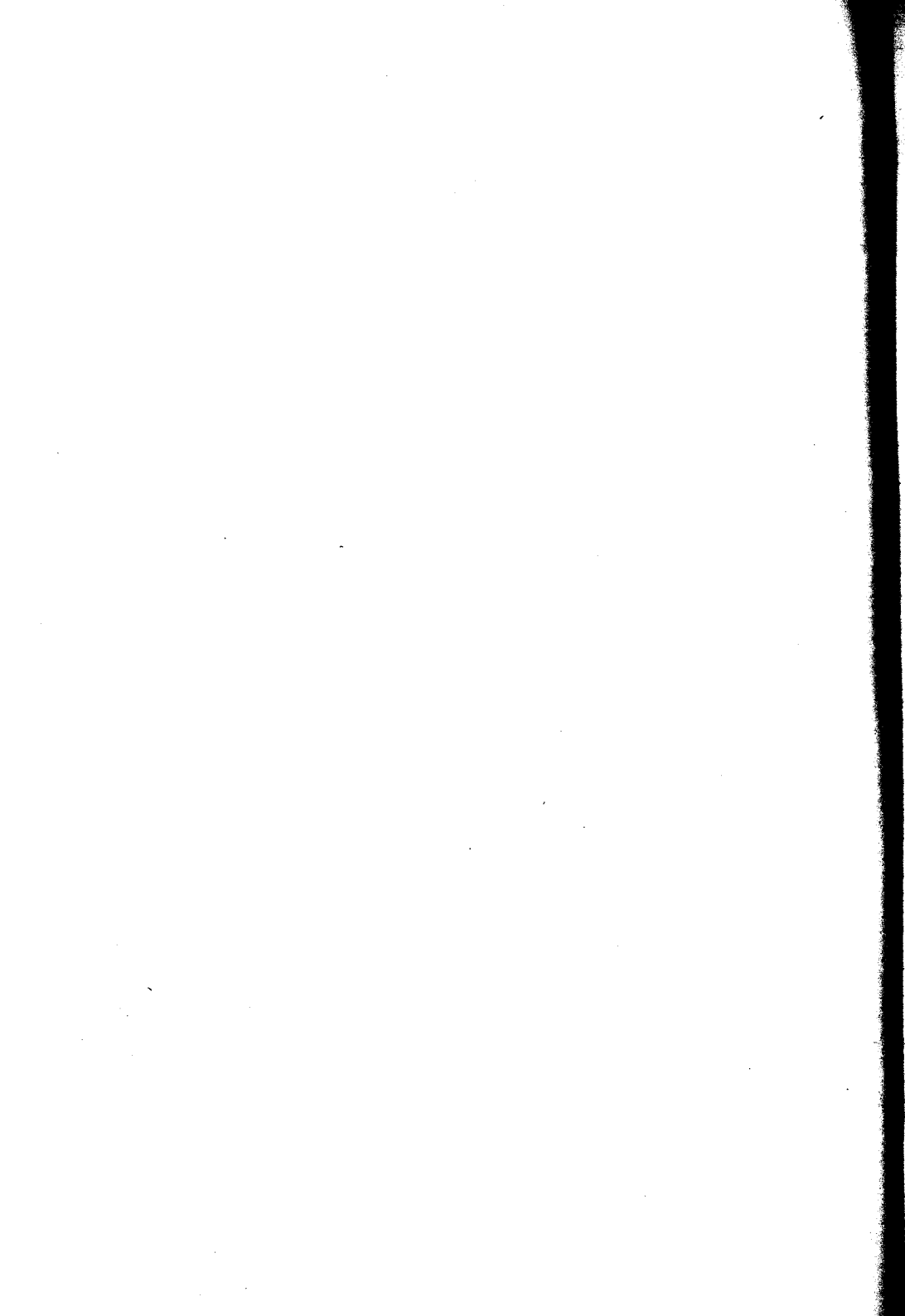
DR. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » DOMINGO CABRED
» » ANGEL M. CENTENO
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SIGARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NIGASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » J. A. BOBRI (Suplente)
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » JOSE ARCE

Secretarios

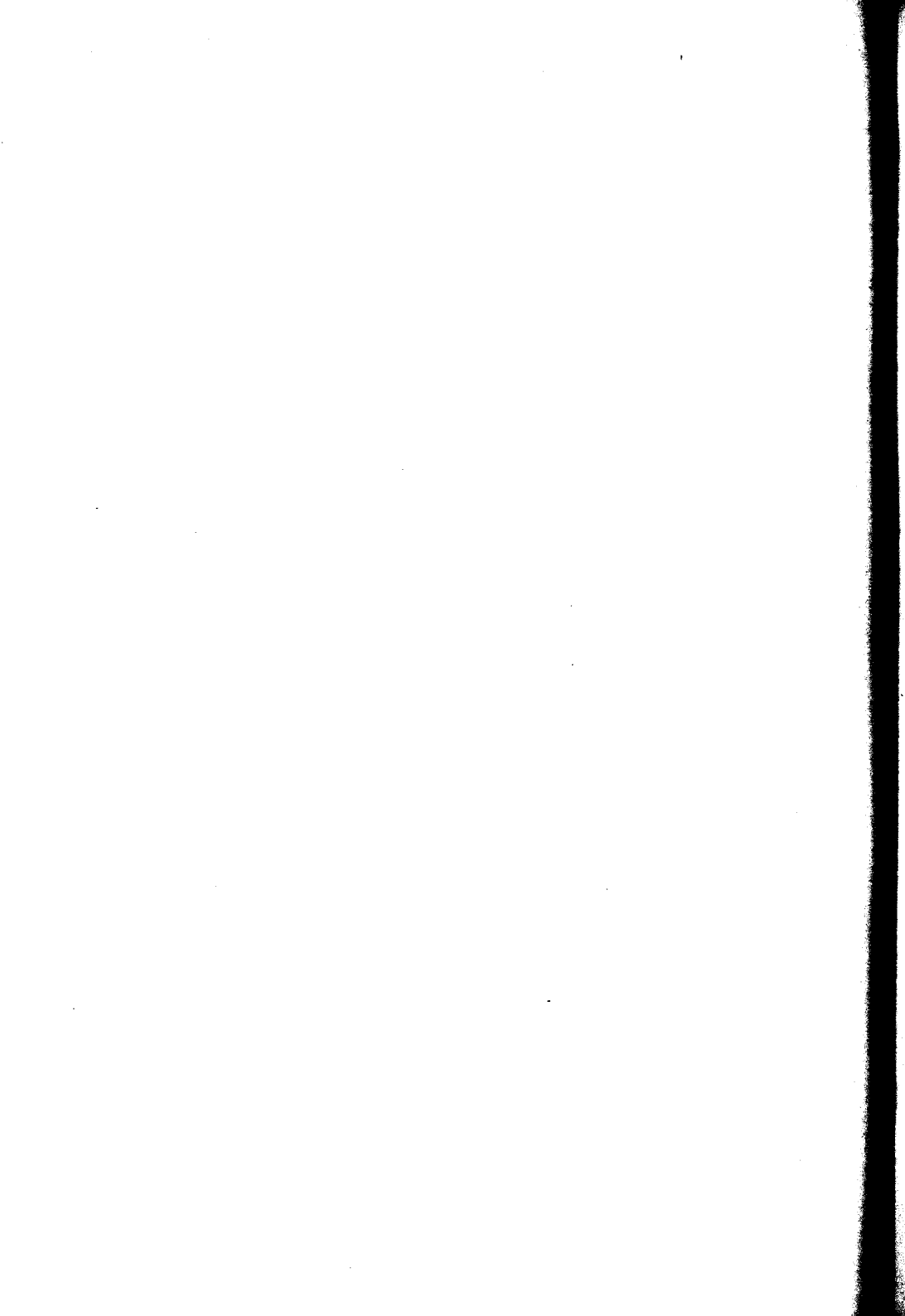
DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

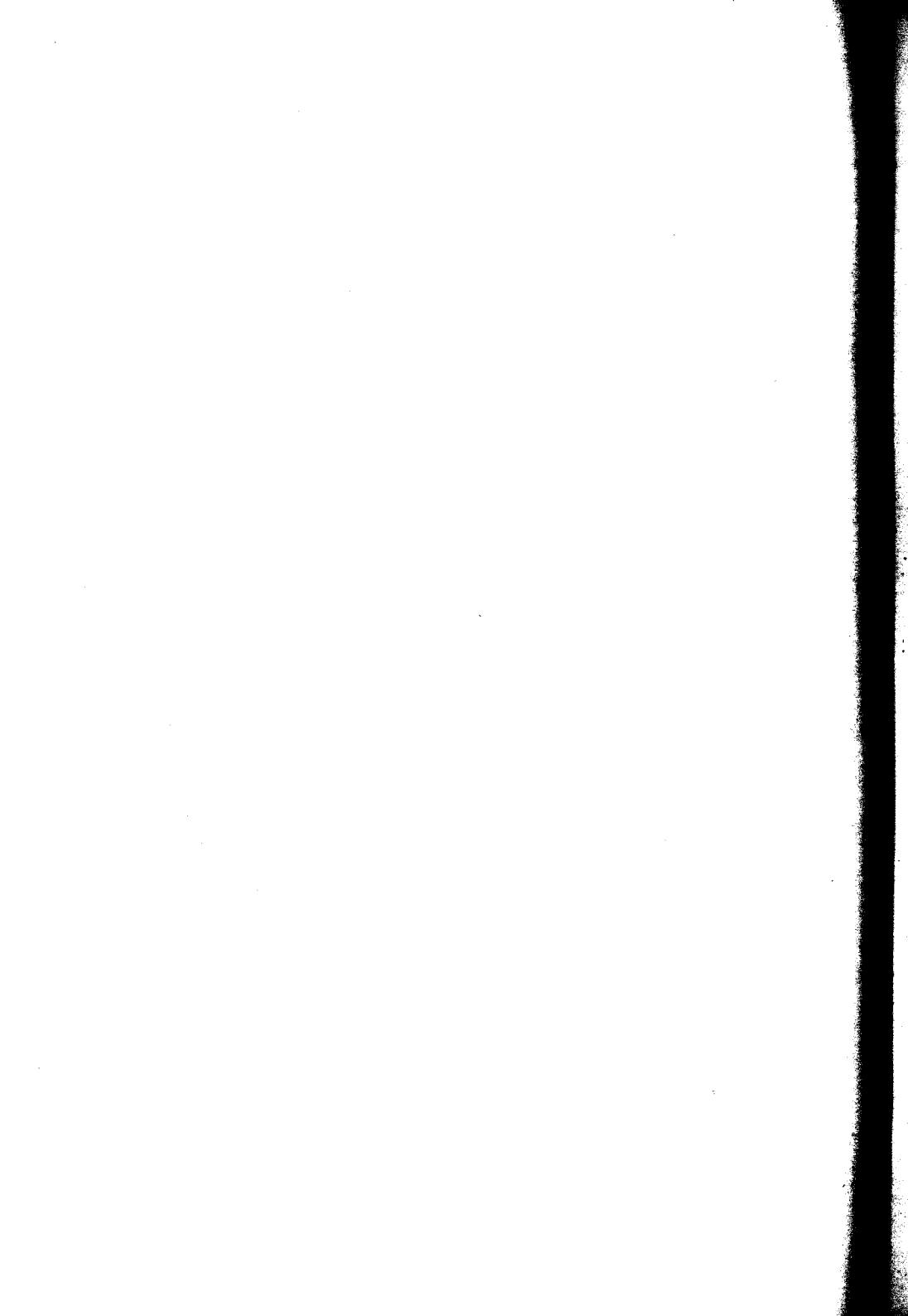
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JOSÉ T. BACA
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » P. N. ARATA
- » F. DE VEYGA
- » ELISEO CANTON
- » JOSÉ MA. RAMOS MEJIA



ESCUELA DE MEDICINA

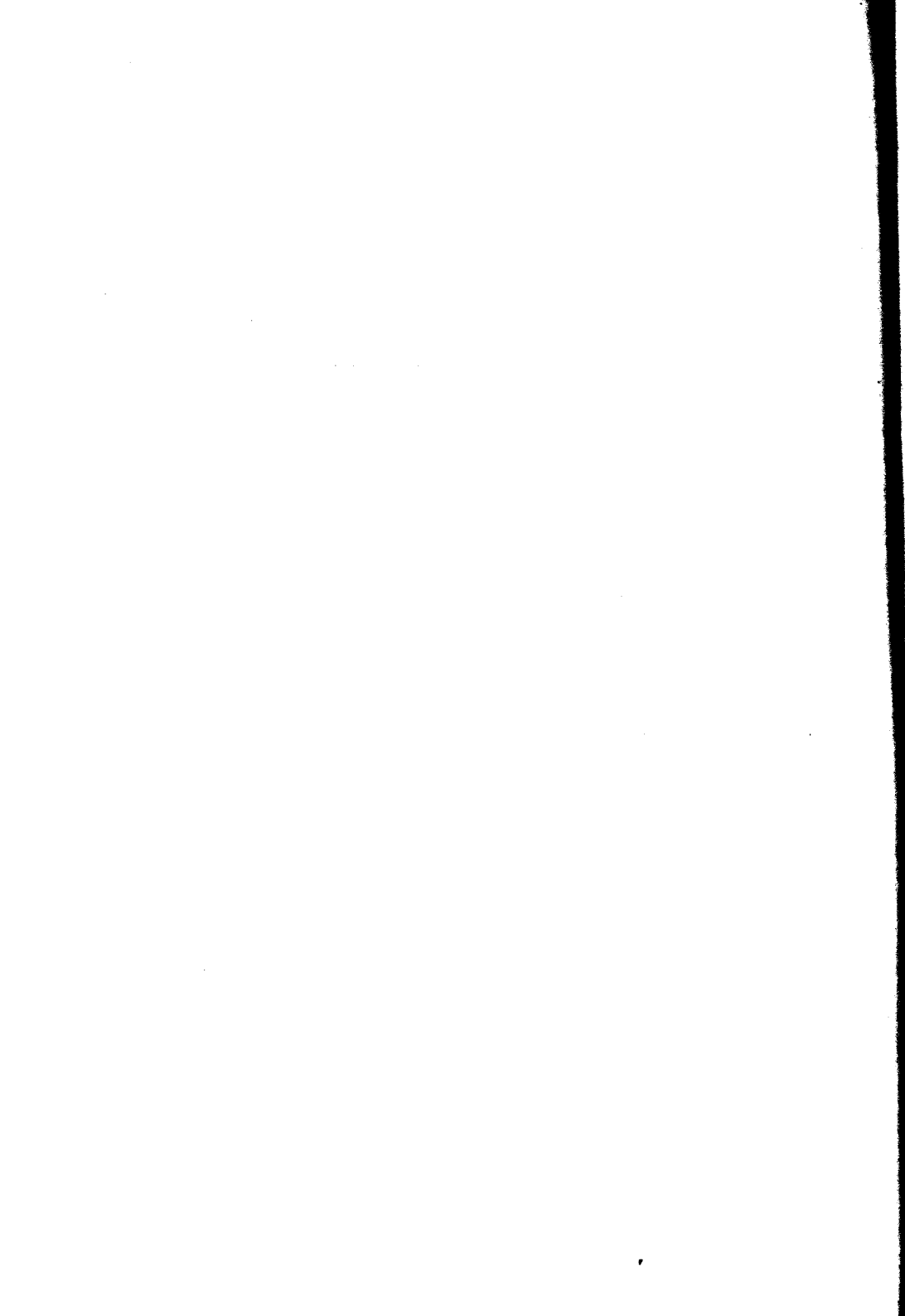
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	{ » GREGORIO ARAOZ ALFARO
	{ » DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	{ » MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediatría.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

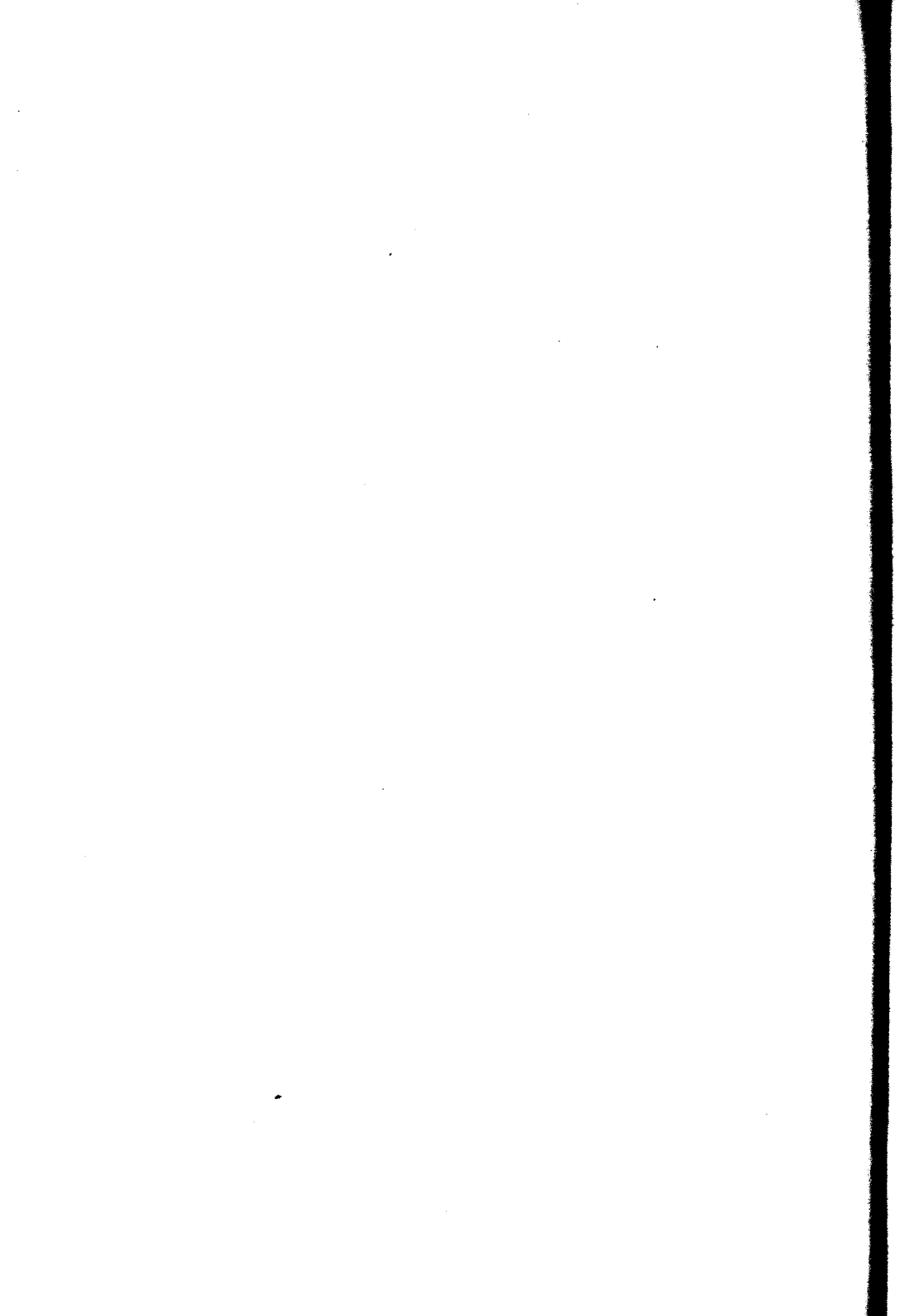
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	„ JUAN CARLOS DELFINO
„	„ LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	„ JOSÉ BADIA
„	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Ginecológica.....	„ ENRIQUE ZARATE (en ejerc.)
„	„ PATRICIO FLEMING
Clínica Médica.....	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Dermato-sifilográfica.....	„ JOSÉ R. SEMPRUN
„	„ MARIANO ALURRALDE
Clínica Neurológica.....	„ BENJAMÍN T. SOLARI
„	„ JOSÉ T. BORDA
Clínica Psiquiátrica.....	„ ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Pediátrica.....	„ FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica.....	„ RICARDO COLON
Patología interna.....	„ ELISEO V. SEGURA
Clínica oto-rino-laringológica.....	„



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	" PEDRO BELOU
Botánica Médica.....	" RODOLFO ENRIQUEZ
Histología.....	" JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología.....	" FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	" FELIPE JUSTO
Semiología y ejercicios clínicos.....	" MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	" ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapéutica.....	" CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria.....	" JOAQUÍN LLAMEÍAS
Patología externa.....	" JOSÉ MORENO
» Dermato-sifilográfica.....	" PEDRO CHUTRO
» Genito-urinaria.....	" CARLOS ROBERTSON
Clinica Epidemiológica.....	" NICOLÁS V. GRECO
Patología interna.....	" PEDRO L. BALIÑA
Clinica Oftalmológica.....	" BERNARDINO MARAINI
» Quirúrgica.....	" JOAQUÍN NIN POSADAS
	" FERNANDO R. TORRES
	" PEDRO LABAQUI
	" JORGE L. FACIO
	" ENRIQUE B. DEMARIA
	" ADOLFO NOCETTI
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" JOSÉ ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" JOSÉ MA. JORGE (hijo)
	" MIGUEL SUSSINI
	" LUIS AGOTE
	" JUAN JOSÉ VITÓN
	" PABLO MORSALINI
Clinica Médica.....	" RAFAEL BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" MANUEL A. SANTAS
Clinica Pediátrica.....	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" JAIME SALVADOR
Clinica Ginecológica.....	" TORIBIO PICCARDO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
Clinica Obstétrica.....	" ALBERTO PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONGÉ
Medicina legal.....	" V. JOAQUÍN GNECCO



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada.....
 Botánica y Mineralogía.....
 Química inorgánica aplicada.....
 Química orgánica aplicada.....
 Farmacognosia y posología razonadas....
 Física Farmacéutica.....
 Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....
 Técnica farmacéutica.....
 Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....
 Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....

Catedráticos titulares

DR. ANGEL GALJARDO
 » ADOLFO MUJICA
 » MIGUEL PUIGGARI
 » FRANCISCO C. BARRAZA
 » JUAN A. BOERI
 » JULIO J. GATTI

 » FRANCISCO P. LAVALLE
 » J. MANUEL IRIZAR

 » FRANCISCO P. LAVALLE

 » RICARDO SCHATZ

Asignatura

Farmacognosia.....

Catedrático Extraordinario

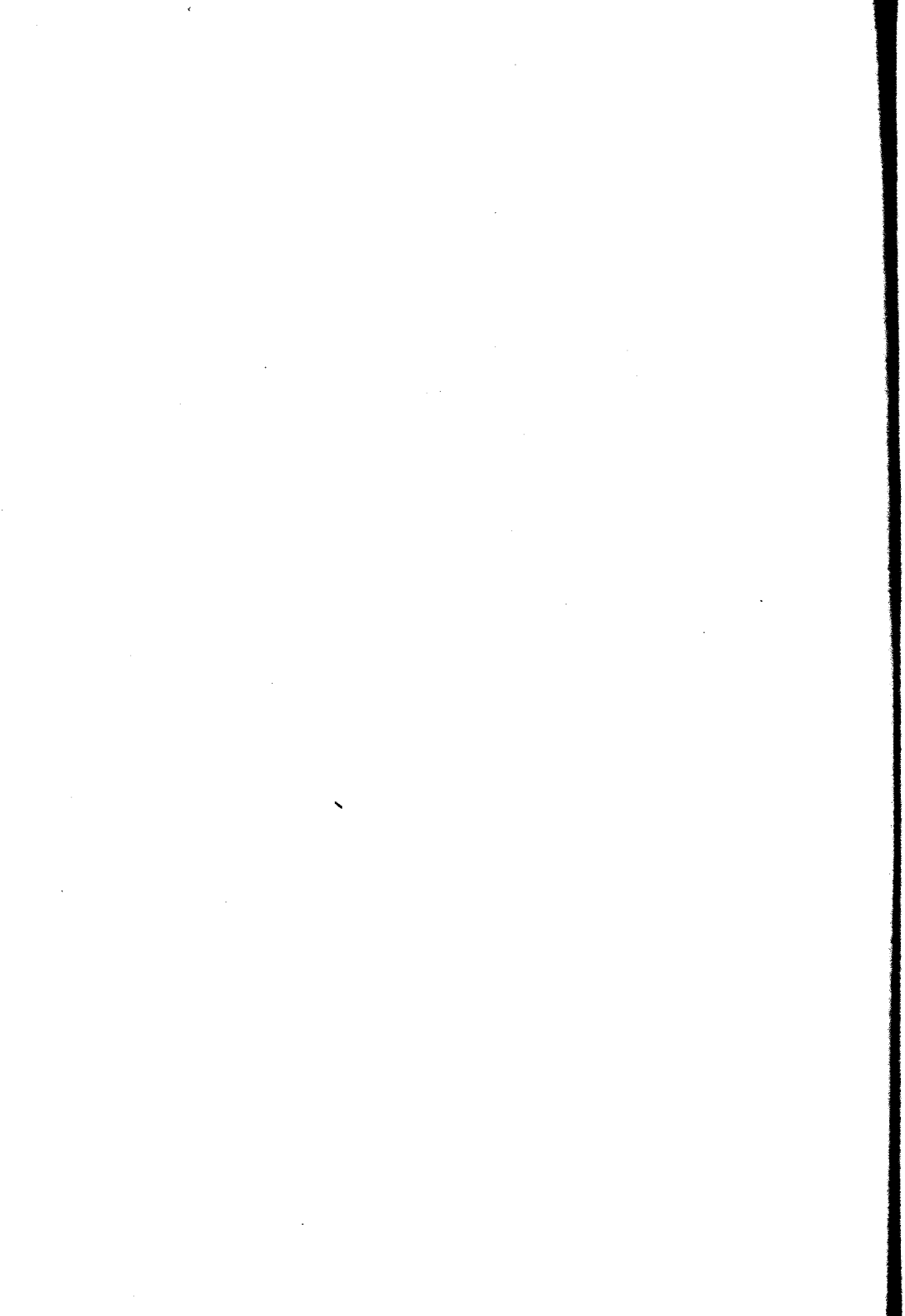
SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Asignaturas

Técnica farmacéutica.....
 Farmacognosia y posología razonadas....
 Física farmacéutica.....
 Química orgánica.....
 Química analítica.....
 Química inorgánica.....

Catedráticos sustitutos

{ SR. PASCUAL CORTI
 „ RICARDO ROCCATAGLIATA
 „ OSCAR MIALOCK
 DR. TOMÁS J. REMÍ
 SR. PEDRO J. MESIGOS
 „ JUAN A. SANCHEZ
 DR. ANGEL SABATINI



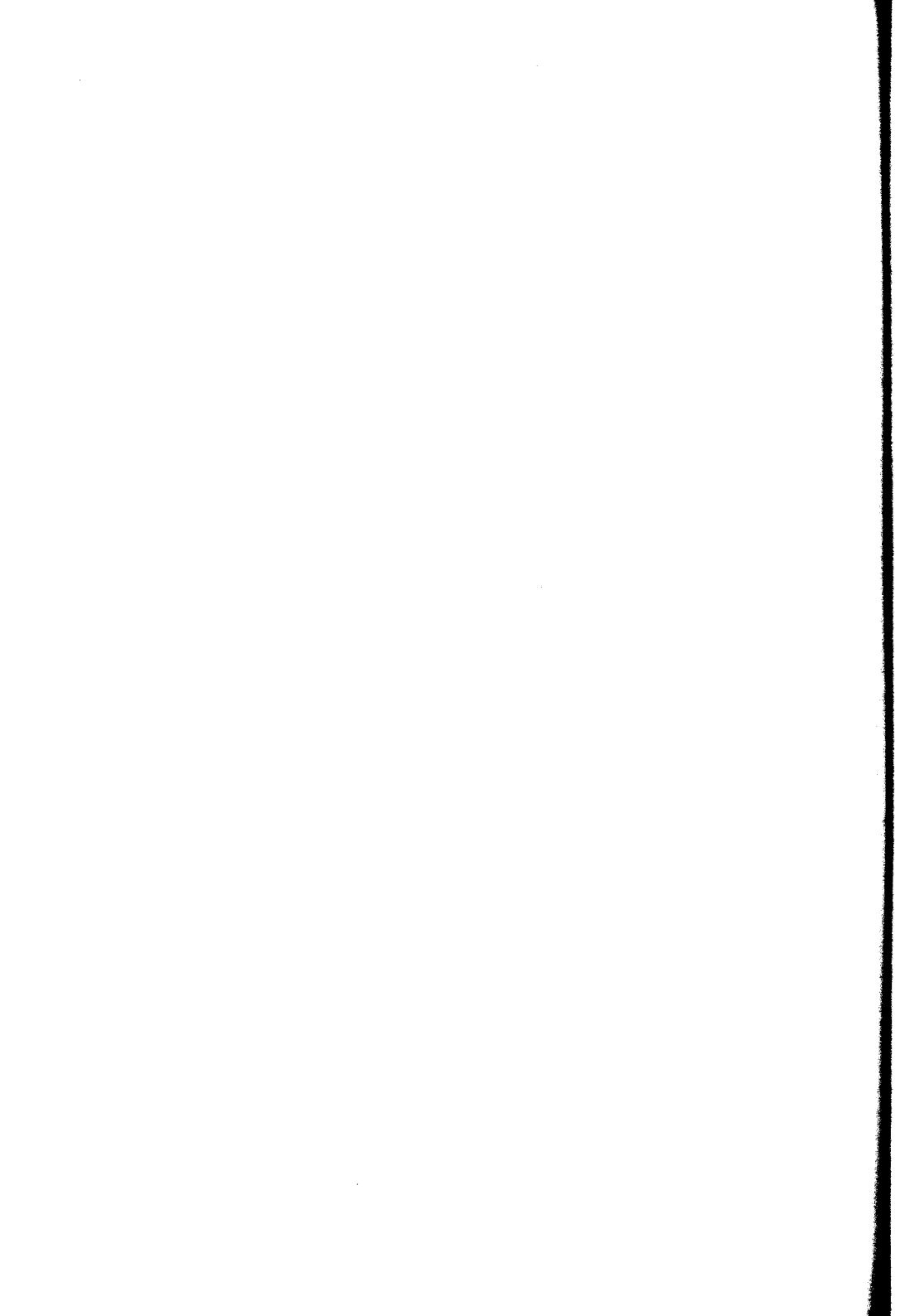
ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	} DR. MIGUEL Z. OFARRELL DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	} DR. UBALDO FERNANDEZ » J. C. LLAMES MASSINI
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	

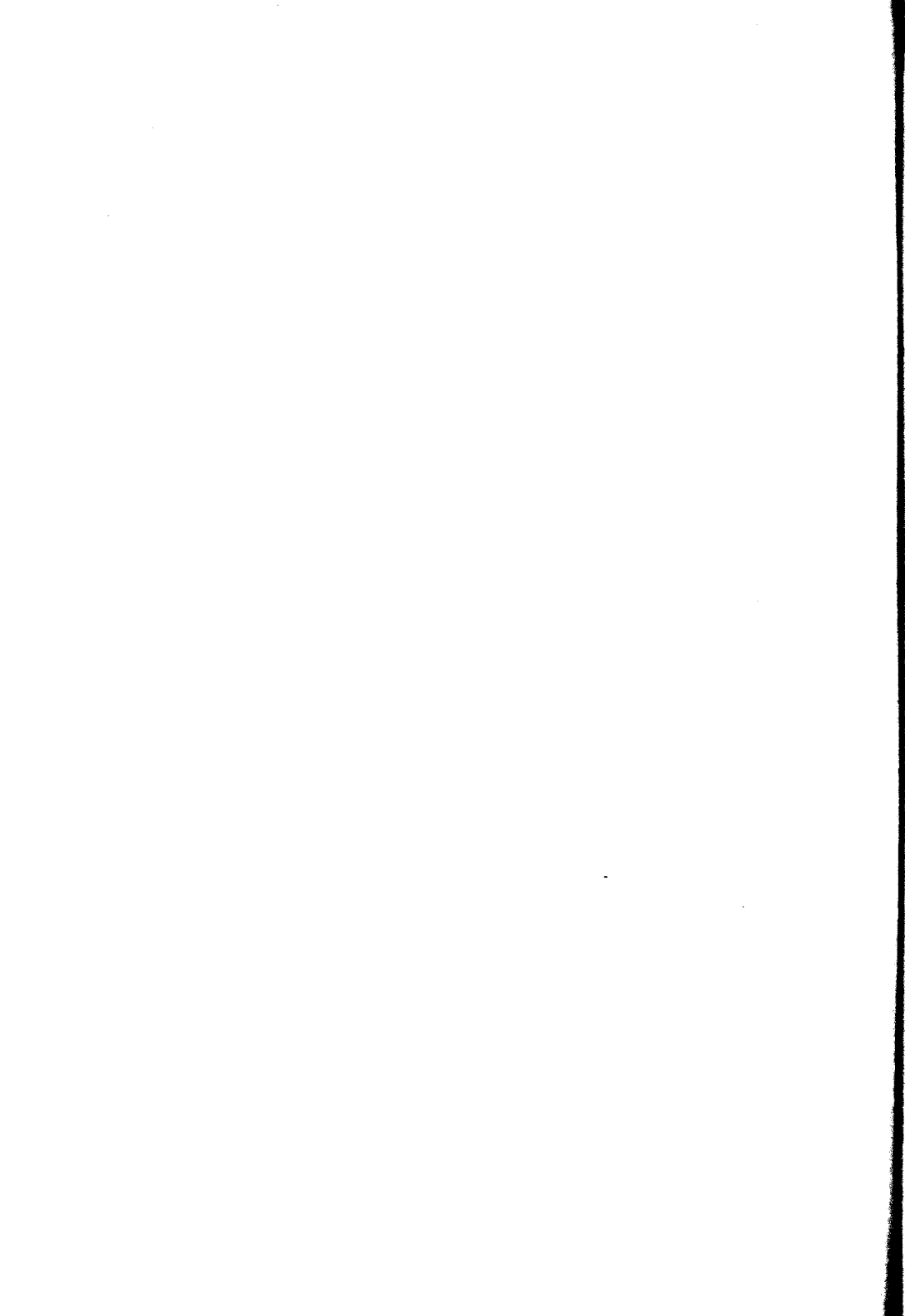
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREYRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO (int.)
Prof. suplente.....	DR. ALEJANDRO CABAXNE

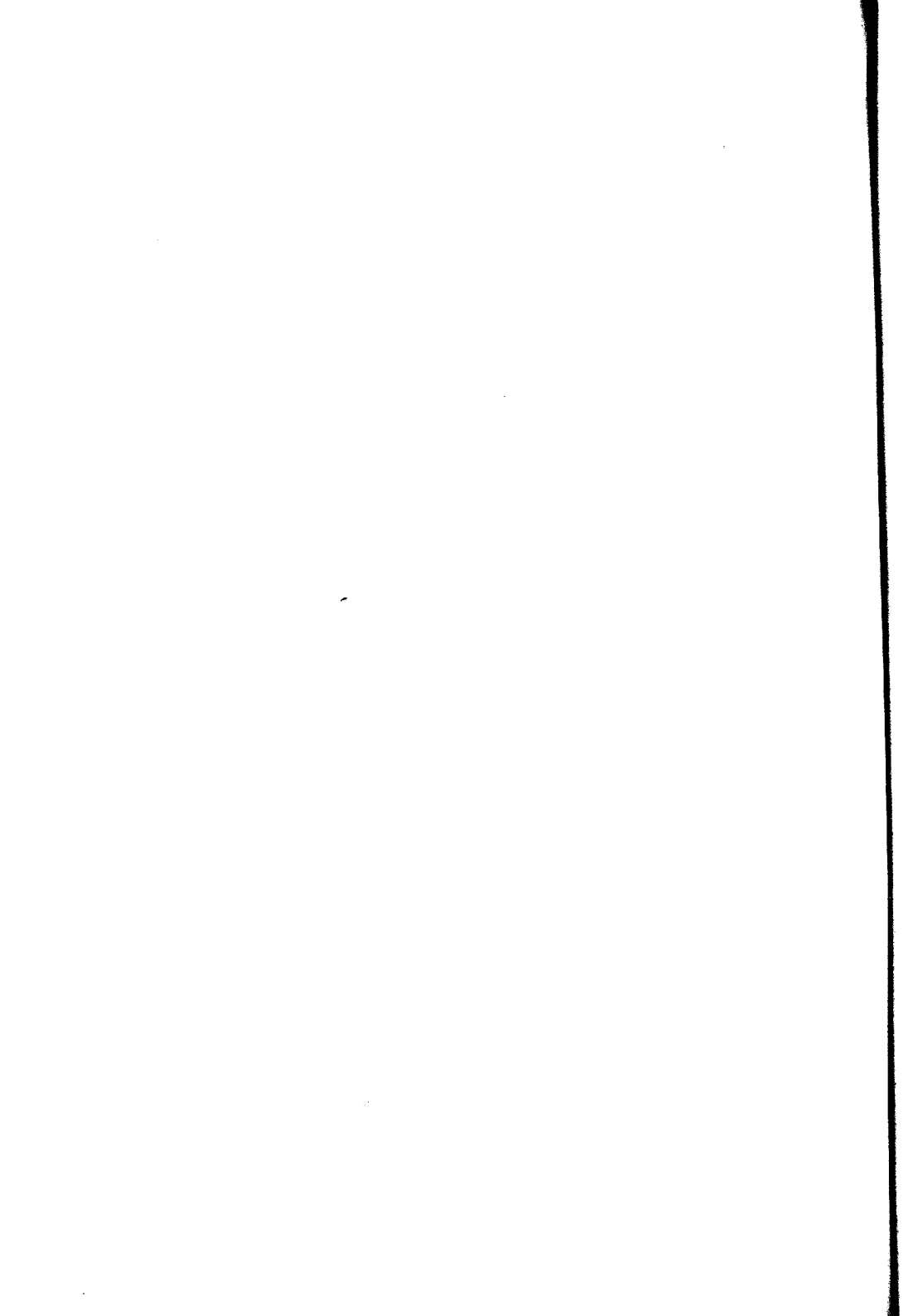


PADRINO DE TESIS :

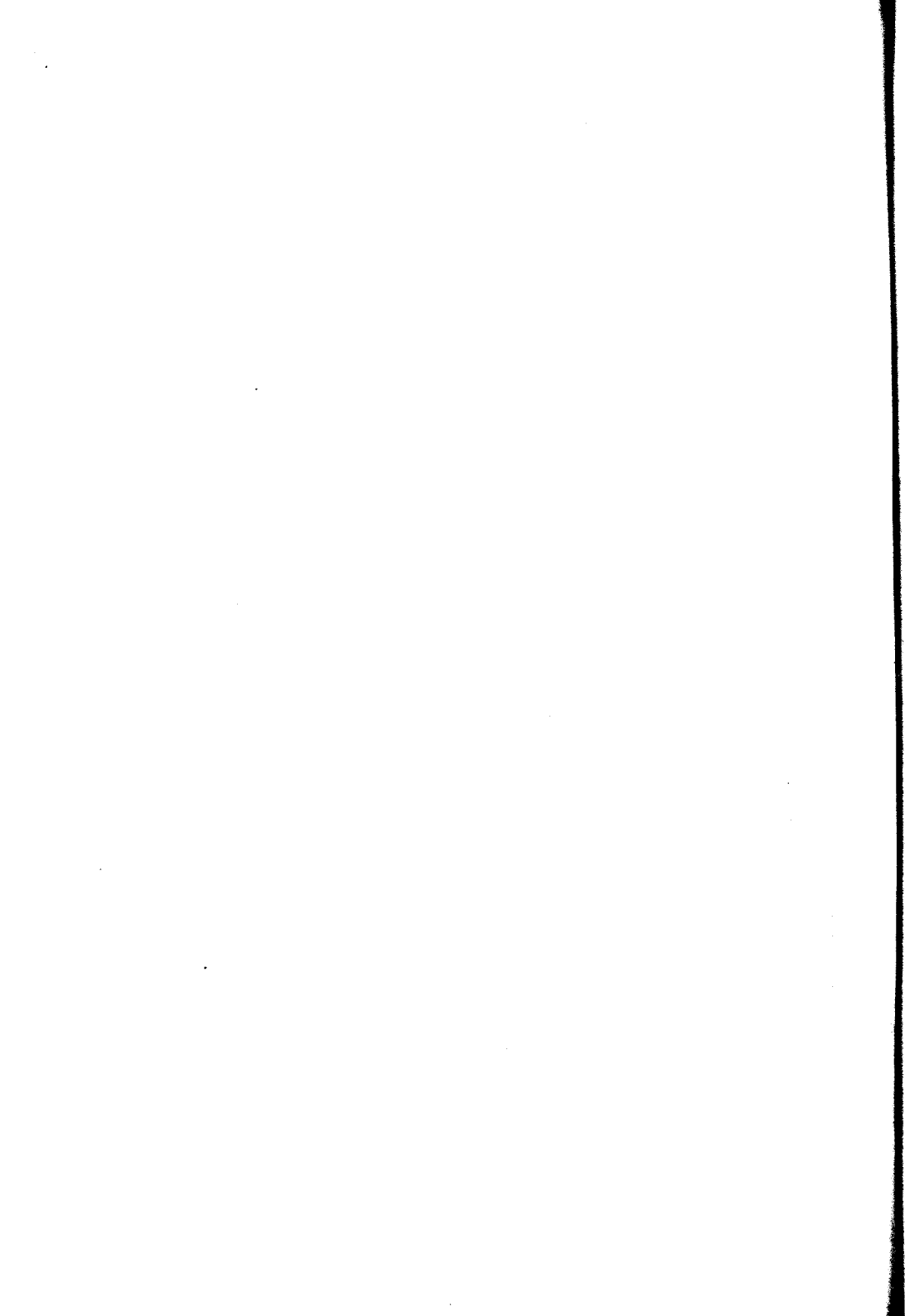
DOCTOR GILBERTO ELIZALDE



A MIS PADRES Y HERMANOS



A LOS MIOS



A LOS DOCTORES:

JOSÉ F. MOLINARI

*Profesor extraordinario
de Clínica Ginecológica
Jefe de servicio de Ginecología
del Hospital San Roque*

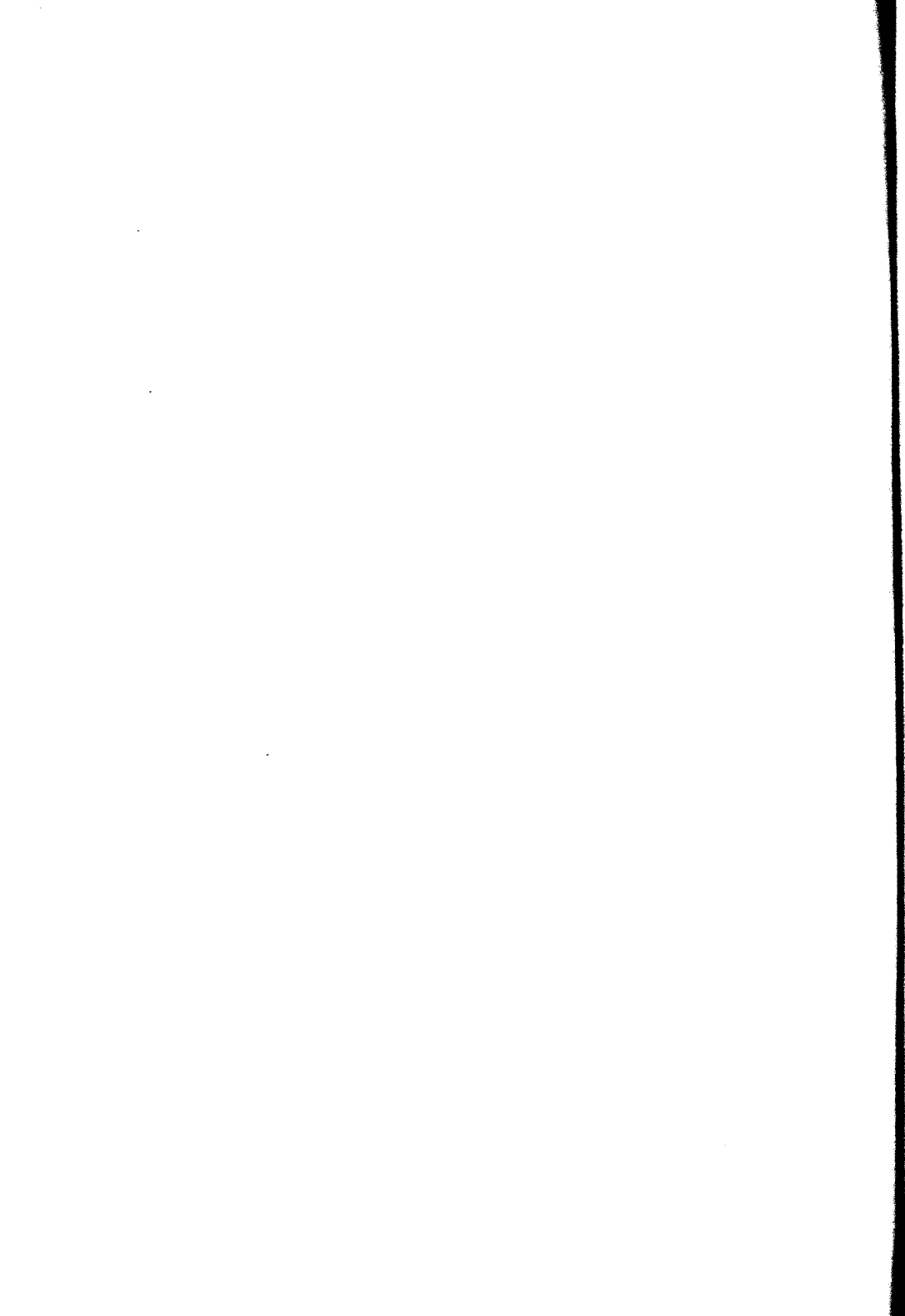
OSVALDO BOTTARO

*Profesor suplente de
Clínica Ginecológica
Jefe de Clínica de Ginecología
del Hospital San Roque*

Y

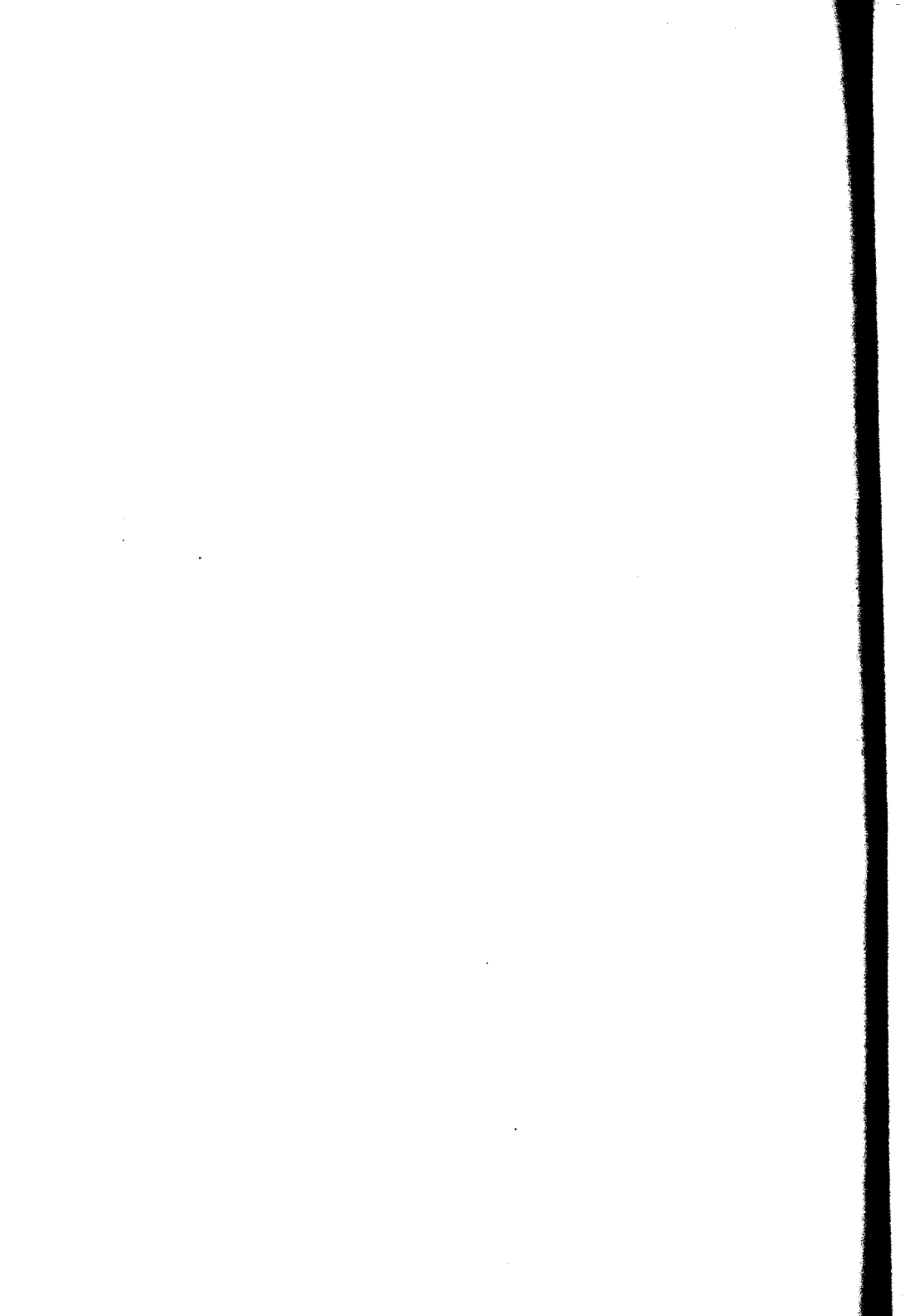
JULIO IRIBARNE

Médico de la Sala XII de Ginecología del Hospital San Roque



AL SEÑOR ONÍAS ACOSTA

AL BUEN AMIGO, PROFUNDOS AFECTOS



A LOS MÉDICOS Y COMPAÑEROS DE INTERNADO
DEL HOSPITAL SAN ROQUE



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Llegado hoy á la meta de todas mis aspiraciones, al punto culminante de todos mis desvelos, en una palabra, á la materialización de una idea fija, enormemente fija, la idea de ser médico ; y colmada mis aspiraciones, satisfecho mis desvelos, materializada mi idea, falta aún el último escalón que traspasar, para lograr el desempeño del noble apostolado de la Medicina.

Es para cumplir con este último requisito que la Escuela de Medicina nos impone, que presento á vuestra ilustrada consideración esta tesis inaugural sobre : *Derivación alta temporaria de orina en el tratamiento de las fistulas perineales.*

No hallaréis en sus páginas nada de nuevo agregado á un tema ya suficientemente estudiado y sobre todo muy conocido y practicado en Europa.

Al presentar á vuestra consideración ilustrada este trabajo, busco solo con ello, hacer conocer un poco más entre nosotros, un tratamiento que practicado en las condiciones explicadas en su transcurso, pueden dar y dan excelentes resultados.

Dos años de práctica hospitalaria en la especialidad de Vías génito-uritarias, me han ocasionado la oportunidad de palpar de muy cerca las excelencias de este tratamiento.

Vuestro fallo dará la razón.

Al abandonar las aulas universitarias, un tinte de tristeza no deja de embargar mi espíritu ; ¿ y cómo no resultar así, si junto con las aulas se abandona la vida de estudiante, la página más bella, la más intensa, la más llena de emociones, del libro de la vida de un profesional !

Pero esta tristeza se contrarresta, teniendo en cuenta que á la vida profesional de médico nos lanza esa querida Escuela de Medicina, con un sólido bagaje, y todo ello debido á vuestras sabias enseñanzas. Es reconocimiento ; nobleza obliga.

Quiero dejar constancia también ; es imposible callar cuando la voz de la gratitud, potente y sincera, lucha y vence al silencio que sería injusto y desleal.

Imposible de olvidar en estos momentos, horas sublimes de mi vida, el nombre de aquellos que

en el Hospital San Roque, con sus consejos y enseñanzas en distintas ramas de la medicina, nutrieron mi cerebro y compenetraron mi espíritu de ciencia pura, y vida práctica profesional.

En primer término, hay un nombre con doble mérito, para figurar en la primera página de este modesto trabajo. Es el doctor Gilberto Elizalde, maestro, caballero y amigo.

A él le debo mis mejores conocimientos científicos y prácticos en la especialidad de vías génito-uritarias. A él, mi gratitud por todas sus enseñanzas y respetuoso homenaje, al honrarme, acompañándome como padrino de tesis.

A los doctores Pascual Palma y Pedro O. Bolo, mis reconocimientos por sus lecciones de Clínica Quirúrgica.

A los doctores Castaño, Camet, Ham y demás médicos de la Sala VII, muy agradecido; llevo la mejor impresión y reconocido de todo el provecho práctico adquirido á sus lados en la especialidad.

De los médicos de la Sala XII doctores Molinari, Bottaro é Iribarne, recojo los mejores frutos en la enseñanza de la Ginecología. Respetuoso y sincero agradecimiento.

Al director del Hospital San Roque, doctor Antonino Ibaguren, reconocido por sus atenciones.

Al médico interno de mi guardia, doctor Roque F. Coulin, sería injusticia no reconocer sus calidades de buen clínico y hábil cirujano ; agradecido á todas sus enseñanzas, deferencia y amistad durante mi internado y sobre todo en la época que fué su practicante mayor.

De los demás médicos internos del hospital, doctores Schinelli, Ronchi, López, Cross y Ceballos, conservaré gratos recuerdos.

Y por fin, los últimos hoy en recordarlos, aunque los primeros en el querer ; á mis compañeros de internado del hospital San Roque, en este momento de la despedida, bríndoles las flores más puras de mi amistad, las seguridades de un recuerdo que será eterno y la siempre viva de mi afecto que fué y será sincero.

CAPITULO I

GENERALIDADES É HISTORIAS

Al tratar en la presente tesis un tema tan interesante, fácil y sencillo como es la derivación alta temporaria de orina, me limitaré sólo á la derivación alta supra-pubiana, como tratamiento de las fístulas perineales ; pues á ello se refieren las observaciones clínicas que presento al final de este trabajo, y es sólo en fístulas de esa región que en el servicio de vías génito-urinarias de hombres del hospital San Roque se han hecho derivación alta supra-pubiana temporaria.

Es derivación alta temporaria también, la perineal ; no dejaré de mencionarla en el transcurso de este trabajo ; tiene su importancia, tiene sus arduos defensores.

En el capítulo del tratamiento, se encontrarán las razones fundamentales que nos obligan á preferir la derivación supra-pubiana á la perineal, en los casos de derivación alta para tratar las fístulas de esta región.

Tal es la sencillez y tal lo relativamente inofensivo de la intervención, que los cirujanos y sobre todo franceses, no solo hacen derivación alta temporaria para tratar las fístulas perineales, sino también en las rupturas traumáticas de úretras, en las fístulas penianas rebeldes, y en malformaciones congénitas como en el hipospadía.

Como tratamiento no es nuevo ; se lo practica hacen varios años, y sobre todo en Francia.

Entre nosotros relativamente es poco conocido y aún más creo que, poco practicado.

En la Sala VII del hospital San Roque el doctor Elizalde practica la derivación alta supra-pubiana, hacen tres años ; algunos de los resultados se verán en las observaciones clínicas que acompaño.

Su historia es interesante, haré breve reseña de ella.

El caso más antiguo de derivación alta temporaria de orina, se trata de una derivación perineal ; aunque parece obra del azar el caso que citaré, tiene su importancia puesto que ya lo había dicho al

comenzar este trabajo, que el procedimiento bien antiguo es :

Dice Carlier, notable urólogo francés que en el año 1836, Vigherié, recuerda un caso de un enfermo con trayectos fistulosos en su periné. Vigherié trataba de curar á su enfermo por medio de sondajes diarios hasta la vejiga, buscando con ello que el paso de la orina no irrite la superficie fistulizada de la úretra perineal.

Un buen día, se rompe la sonda y una parte de ella queda en la vejiga. ¿Qué hace Vigherié? Sencillamente : practica una talla perineal para retirar el fragmento de sonda de la vejiga. La herida tarda cuarenta días en cicatrizar, pero fué lo necesario para que se produzca la curación de la fístula del periné.

Y más importancia tiene este caso, puesto que fué suficiente la talla perineal más arriba de las fístulas, para que éstas curaran, sin necesidad de reseca trayectos fistulosos.

Y agrega Carlier, que le parece tan lógica esta derivación temporaria de orina, que le recuerda el mismo caso de hacer un ano ilíaco, como primer tiempo de una intervención sobre un recto canceroso.

En práctica de derivaciones altas de orina, tenemos también la del americano doctor Hárrison,

publicado en la *Semaine Médicale* del 7 de Octubre del año 1885. Se trata de una derivación perineal, para tratar una afección uretral.

Se trataba de un enfermo que conservaba una gota militar persistente, rebelde á toda especie de tratamiento. Este médico resuelve como último recurso, *a priori* bastante bizarro, buscar el reposo de la uretra enferma, desviando temporariamente el curso de las orinas, practicando una abertura en la uretra por delante de la próstata, é introduce por dicho orificio un tubo de drenaje en la vejiga. Al tubo de drenaje agrega otro de cautchuc cuyo fin principal, es recoger en un recipiente la orina, lejos de la herida, y por lo tanto en condiciones de mantenerlas limpia.

El drenaje se mantuvo durante veinticinco días ; inyectaba frecuentemente por el meato, agua tibia, con el objeto de irritar la uretra. Después de esta fecha se retira el drenaje ; diez días después la herida cerraba y el enfermo comienza á darse lavajes.

Termina el artículo : « Hace un año que la operación fué hecha, el flujo uretral no ha vuelto á aparecer y el calibre de la uretra, es normal ».

Al referirse á este caso del doctor Hárrison, lo dice muy bien Guillaume : « aunque la terapéutica es un poco bárbara en este caso, se ve en esta observación, la idea dominante que ha guiado al

doctor Hárison : poner la uretra en reposo. Allí, el verdadero principio de la derivación ». Y se pregunta : « En consecuencia, ¿ tendríamos en la persona del doctor Hárison un precursor ? »

Pero tenemos una observación más interesante aún, puesto que en esta, la derivación es supra-púbiana, es decir con talla hipogástrica. El caso es el siguiente :

En el año 1887, es decir dos años después del caso citado más arriba, el profesor León Labbé, en nombre del doctor Dubar presenta á la Academia de Medicina de París la siguiente observación muy interesante por cierto. Se trata de un niño de ocho años con cálculo vesical ; el enfermo remonta sus primeros síntomas de litiasis desde la edad de cuatro años.

Dubar, resuelve extraer la piedra por cistostomía hipogástrica, y esperar de la abertura supra-púbiana para desviar el curso de las orinas y tentar así la curación de los dos orificios fistulosos.

Después de haber extraído el cálculo, y para conseguir el objeto deseado, deja un tubo de Périer para derivar las orinas, y al mismo tiempo hace una autoplastia de las dos fistulas reuniendo en una sola.

Durante diez y siete días la orina drenaba por la sonda dejada en la vejiga, por la herida hipogás-



trica. Solamente había quedado en un punto de la herida operatoria de la urétra, una pequeña fístula, que cerró al poco tiempo por cauterizaciones sucesivas.

Después de curadas las fístulas urétrales, se retira el drén de la herida supra-pubiana; la orina escurre por la uretra, y después de unos cuantos días la herida hipogástrica curada completamente.

Pues aquí tenemos, el primer caso se podría llamar, de derivación alta supra-pubiana para el tratamiento de fístulas perineales.

En el año 1894 tenemos un imitador de Dubar en la persona de Loumeau de la ciudad de Bordeaux.

Este célebre urólogo dice, que es tan difícil el tratar las fístulas uretrales, que el único tratamiento es la derivación alta, por medio de la cistostomía supra-pubiana.

Y además cree que no sólo debe hacerse talla hipogástrica en el tratamiento de las fístulas, sino también en los hipospadias.

Y tanto se ha ocupado Loumeau de estas derivaciones altas de orina, citando el caso de un enfermo que había sido operado hacía seis años, de hipospadias con el método de Duplay, habiendo dado resultado sólo el primer tiempo de la operación. Se hace un mes de derivación hipogástrica, se eje-

cuta el segundo tiempo, y se obtiene una curación completa.

Citaría otros casos más relacionados con Loumeau, pero creo suficientemente concluyentes los expuestos, para dar todo el mérito que merece este cirujano, en la propaganda por un método que tan buenos resultados da en la práctica.

Fué en esta época, que Albarrán tomó parte en las discusiones suscitadas con motivo de este nuevo tratamiento de las fístulas perineales.

Albarrán se declara partidario, después de haber observado el tratamiento de unas fístulas penianas, donde previas cistostomias se había hecho una uretrotomía seguida de uretrorrafia.

Jonnesco presenta en el año 1898 á la Asociación Francesa de Urología, una comunicación sobre derivación alta temporaria de orina, como operación preliminar, para la resección de uretra peniana y perineal.

También debo recordar que no sólo en Francia en esta época se hace y preconiza derivación alta temporaria de orina, sino también en Alemania.

Así tenemos el caso de Weir, quien en el año 1897 publica en un diario alemán, una observación que trata de lo siguiente: en un caso en que practica la sutura total de la uretra, y habiendo dejado en el canal una sonda. ¿Qué había pasado?, pues

la orina no sólo pasaba por la sonda, sino también entre esta y el canal, produciéndose una infiltración de orina ; tiene que derivar la orina por una cistostomía supra-pubiana, para conseguir la cicatrización de la uretra.

Por lo tanto Weir en Alemania, se declara partidario de la derivación alta temporaria de la orina, como auxiliar poderoso de una intervención sobre la uretra.

También Suarez de Mendoza en España se ocupa de esta cuestión, y se declara partidario de la misma, es decir, de la derivación alta.

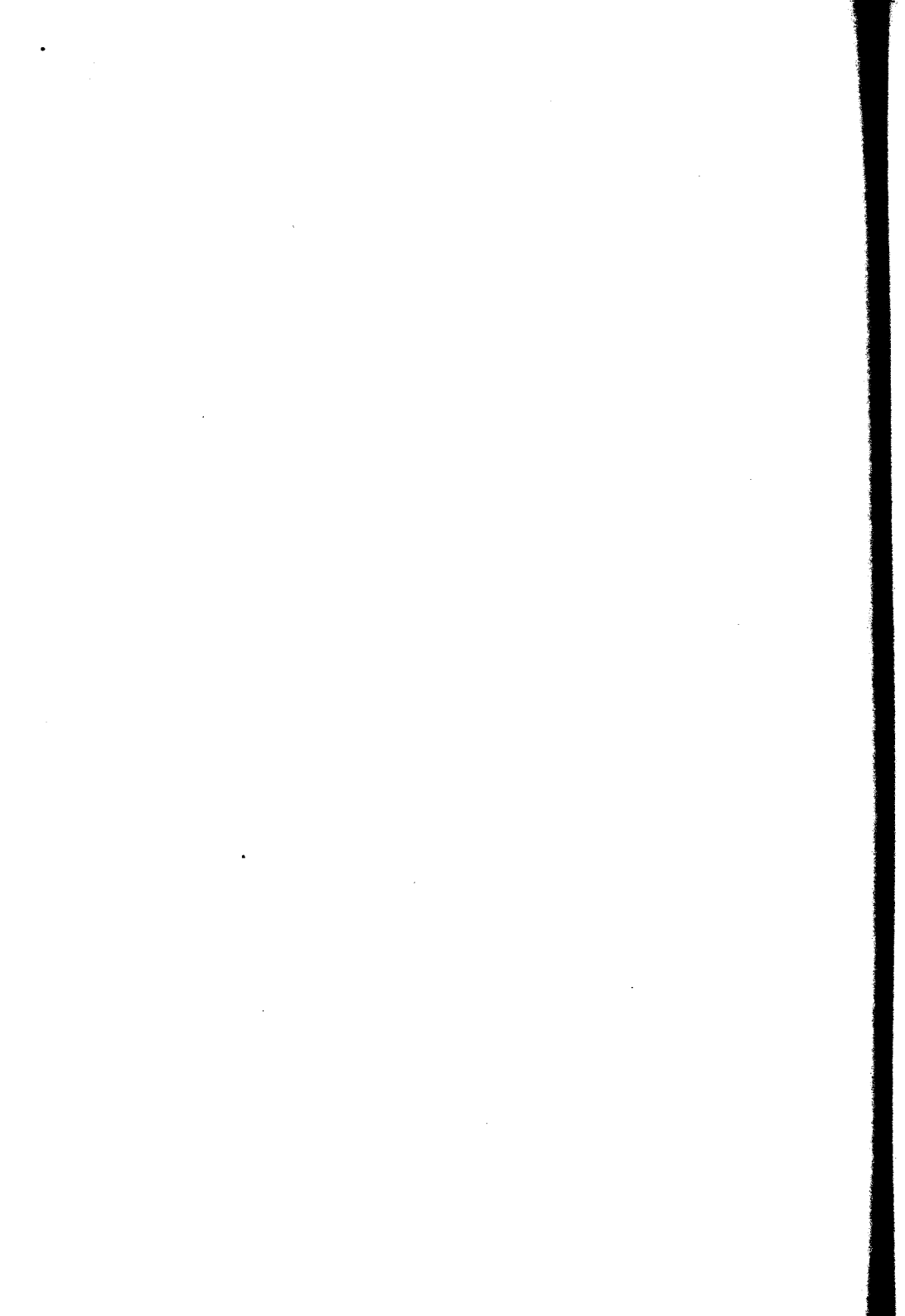
En el Lyon medical del 27 de enero de 1907, Ruotte médico jefe del hospital Blida, tiene la ocasión de practicar cuatro veces la derivación alta para : una ruptura traumática de uretra, tres abscesos urinarios y fístulas perineales.

En fin, citaré el nombre de otros tantos cirujanos, que se han ocupado de la cuestión ; todos están de acuerdo en lo fundamental, es decir en la derivación alta de las orinas, buscando el reposo de la uretra, aunque difiere en algo con respecto á la técnica, momento de la derivación, etc., y que de algunos de ellos me ocuparé, en el capítulo correspondiente al tratamiento.

Una última palabra al terminar este capítulo.

Al hablar de derivación alta supra-pubiana temporaria de orina, algunos autores lo recuerdan á Poncet. Diré que hay si una operación de Poncet, pero que consiste, en derivar el curso de las orinas, por creación de un meato hipogástrico definitivo.

No hablaremos de este procedimiento, pues esta derivación, sea ya perineal ó hipogástrica es como decía, definitiva. En cambio la derivación que trato en esta tesis, no es nada más que temporaria, sirviendo como un poderoso auxiliar para la cicatrización rápida, y muchas veces reunión por primera intención, en una intervención sobre la uretra perineal.



CAPITULO II

FISTULAS URETRO - PERINEO - ESCROTALES

Sólo me ocuparé de las fístulas uretro-perineo-escrotales en este capítulo ; pues son fístulas de esta naturaleza, de las que sufrían los enfermos tratados con derivación alta supra-pubiana temporaria de las orinas, en el servicio de la Sala VII del hospital San Roque.

Etiología Las fístulas uretro-perineo-escrotales, se deben á dos causas principales : 1º A las infecciones ; 2º A los traumatismos.

Las primeras comienzan por las infecciones del folículo, es decir, por una foliculitis. Esta, degenerando en absceso, y abriéndose en la piel y en la

uretra, tenemos constituido una fístula, no sólo uretro-perineal, sino también de todas las uretrales.

Los absesos de próstata, aquellos que á la vez se abren en el periné y en la uretra, son también causas productoras de fístulas.

Aunque raras, tenemos las producidas por el desarrollo de lesiones tuberculosas, que determinan verdaderas supuraciones peri-uretrales. Esta afección fué descrita por Englisch, bajo el nombre de peri-uretritis tuberculosas.

La segunda causa, es decir, los traumatismos, ocupan un lugar muy importante. Por lo general son consecuencias de las heridas quirúrgicas, como por ejemplo : uretrotomía externa, prostatectomía perineal, etc.

También se debe colocar en esta categoría, las rasgaduras de la mucosa y las falsas vías, consecuencias de cateterismos poco diestros, ó del pasaje forzado de cálculos ó su encastillamiento, sean estos provenientes de las vías superiores, ó sean originados en el canal mismo ; estas lesiones supurando pueden formar absesos, y terminar en fístulas por su abertura en el exterior.

La estrechez de la uretra puede ser también causa de fístulas perineales.

Tampoco debemos dejar de mencionar las fístulas producidas, aun que muy raras, por los neo-

plasmas de la uretra y de la próstata, así como las producidas por los gomas sifilíticos peri-uretrales que invaden y ulceran las paredes del canal.

Anatomía patológica -- Thompson adopta la clasificación siguiente : 1º Fístulas simple sin induración ; 2º Fístulas complicadas de induración ; 3º Fístulas sin pérdida de substancias.

No entraremos en mayores detalles respecto á cada una de estas fístulas clasificadas por Thompson ; pues bajo el punto de vista del tratamiento, objeto principal de esta tesis, no tendría mayor importancia. La pared de la fístula simple, es poco espesa y poco apreciable al tacto ; tiene esta característica : la superficie interior tiende á epidermizarse poco á poco, debido á la limitación de la luz de la fístula, por capas de células planas de tipo epidérmico.

Las fístulas de trayectos irregulares y anfractuosas, se rodean de una zona de induración, siendo el resultado de la transformación esclerosa del tejido embrionario, fruto de la irritación crónica, producida por el paso de la orina y del pus.

A la larga se llega á la producción de verdaderas callosidades, es decir, masas fibrosas, estando irregularmente dispuestas alrededor de los trayectos. De aspectos que se podría llamar hardáseo, difusos unos, formando muchas veces tumores, re-

presentando desde el punto de vista histológico según (Monod), un fibroma elefantíaco.

El orificio uretral es generalmente único. Algunas veces tiene un aspecto infundibuliforme, y en ocasiones se presenta envuelta en un rodete mucoso sobresaliente. Si hay una estrechez, frecuentemente el orificio uretral está por arriba de ella.

Por el lado del periné se observa, sea un solo orificio, aunque existieran varios orificios uretrales. Otras veces son múltiples y diseminados sobre la piel del periné y del escroto. Es este el caso de dos de los enfermos intervenidos en la Sala VII del Hospital San Roque, como se verán en las observaciones clínicas.

Estos orificios perineales, aparecen de una manera sucesivas, y siguiendo por lo general á los abscesos á repetición, y debido en resumen á que el pus se encuentra retenido en verdaderas celdas ó cuevas.

Pousson cita un caso extraordinario, en que consiguió contar cincuenta y seis orificios fistulosos en el periné.

Los trayectos, en forma de túneles continuos en muchas ocasiones, son con anfractuosidades en otras, así como con celdas y divertículos. El calibre, capilar muchas veces, ó á la inversa. Las dimensiones

son de tal manera variables, que más de una vez substituyen en sus funciones, en todo lo que pueda restar la uretra hacia adelante.

El término medio de la longitud de los trayectos, varían en los casos ordinarios de tres á diez centímetros ; se refieren observaciones de trayectos tan extendidos que el orificio externo se encontraba en la vecindad del ombligo, y hasta la región poplítea.

Otras veces son tan cortos, que de Thompson han merecido el nombre de fístulas ostiales.

Conviene además hacer notar, que en las fístulas múltiples, los trayectos y fondos de sacos, están de tal manera dispuestos que se podría llamar en pisos ; todo esto en el espesor del periné, pudiendo ser ellas tan vastos, dando por resultado que sus paredes no ofrezcan tendencia ninguna á la retracción. Veces hay que en lugar de ser perineal, están situados profundamente por encima de la aponeurosis mediana, en la vecindad de la próstata, y yendo más allá comunican con los abscesos prostáticos propiamente dichos.

Síntomas -- La sintomatología de las fístulas uretrales en general podríamos decir que son clásicas. Ante todo tenemos el principal, el que no engaña nunca, el que da la voz de alarma á los en-

fermos, y seguridades al médico : La salida de orina por el orificio externo durante la micción ; reducidos algunas veces solamente á gotas, ó bien más ó menos abundantes, en fin llegan en ocasiones á ser tan copiosas, que en casi su totalidad la orina se elimina por la fístula.

Pero al lado de este síntoma capital, se presentan los casos de dificultades no sólo para el médico, sinó también para el enfermo ; y son aquellos en que es estrecho el calibre, y tortuoso el trayecto fistuloso, resultando como consecuencia un derrame mínimum. En estos casos el enfermo se queja de violentos dolores ; siente purito bastante vivo, y habiendo otro signo de tener muy en cuenta : el olor que se desprende de la región y de las ropas.

Y es bueno no olvidarse tampoco que la salida de orina, y aunque se tratara de orificios y trayectos fistulosos no muy pequeños, no siempre escurre solo en el momento de la micción ; pues hay casos en que éstos se produce en sus intervalos y por qué ? sencillamente por que existen en ocasiones fondos de sacos, donde la orina penetra y se estanca, produciéndose por lo tanto su salida al exterior, un tiempo después de la micción.

La salida de orina por el orificio fistuloso, no es constante en cantidad, pues ésta se modifica debido á varios factores. No es raro ver aumentar des-

pués de una dilatación, así como después de un simple lavaje de la uretra bajo presión. Algunas veces se ve también disminuir debido al crecimiento de un nuevo absceso.

Conviene hacer notar que los trafectos fistulosos, no sólo dan paso á la orina, sino también al esperma en el momento de la eyaculación, el que se insinúa en mayor ó menor cantidad según el tamaño mayor ó menor del orificio de la fistula. Generalmente el derrame es *mínimum*.

Fuera del derrame de estos dos líquidos fisiológicos, orina y esperma, y que son escurrimientos intermitentes, tenemos un derrame continuo de pus, visible en algunos casos y difíciles de observar en otros ; haciéndose necesario muchas veces para demostrar su presencia, esprimir ó mejor dicho hacer presión sobre el periné, ó el tacto rectal, con los cuales se consigue evacuar las celdas ó divertículos ciegos donde se acumula el pus, consiguiéndose muchas veces con estas maniobras, la espulsión de verdaderas membranas formadas en el interior de estas cavidades.

Aparte de estos derrames sintomáticos, se tienen otros síntomas que son resultantes seguros de su constitución anatómica. Así tenemos que en la inspección del escroto y del periné muestran, ya sea en el vértice de una eminencia como carúncula,

así como en la profundidad de una depresión conoí-dea ó fruncida, muestran como decía orificios cutá-neos, difícil ó fácilmente visibles; mucho más lo segundo en el momento de la micción.

Los trayectos que continúan á los orificios son á veces bastante sondables, para lo cual previa introducción de una sonda uretral (mejor metálica) en la uretra, se pasa un estilete, por el conducto de la fístula, reconociéndose cuando llega al orificio uretral, por la sensación del choque. Estos fracasan en los casos en que hay flexuocidad, divertículos, calibre capilar del conducto fistular, retenida por una anfractuosidad ó una callosidad. En este último caso se consigue muchas veces seguir, por medio de una bujía de goma de calibre delgado, resultando que en algunos casos se consigue vencer el obstáculo y seguir.

En fin, la permeabilidad del trayecto es en muchísimas ocasiones, perfectamente reconocibles por las inyecciones coloreadas, soluciones de azul de metileno, por ejemplo, siendo practicadas sea por el canal ó por los orificios perineales ó escrotales.

También los orificios mucosos sean únicos ó varios, son reconocibles practicando la uretroscopía, en los casos que no hubieran estrechez en la uretra que dificultan, por no decir imposibilitan la introducción del uretroscopio.

DIAGNOSTICO - El diagnóstico de las fístulas uretrales en general no es difícil; en ocasiones tan fácil, que el simple interrogatorio al enfermo da la clave de la enfermedad.

Pero no todos los casos son fáciles, los hay también bastante dificultosos y sobre todo en las fístulas perineo-escrotales, para saber si van á dar realmente á la uretra, á la vejiga ó al recto.

Una buena manera de precisar el origen, es teniendo en cuenta la salida de la orina con el momento de la micción; así por ejemplo: será uretral si la orina sale solamente en el acto de la micción; será vesical, si el derrame se hace continuo aunque esto no es absoluto, puesto que algunas veces, fístulas uretrales pueden dar también escurrimientos continuos de orina, debido á la insuficiencia del esfínter vesical, ó á causa de parálisis. falta de tonicidad y en fin de otras razones más que no son del caso mencionarlas.

El diagnóstico muchas veces resulta más complicado, cuando por la fístula sale en lugar de orina, solamente pus; entonces hay que recurrir á un examen muy minucioso, palpando la región, haciendo tacto rectal, explorando los orificios y trayectos, así como tampoco debe olvidarse un buen y completo interrogatorio sobre su pasado patológico. En estos casos hay que pensar y no olvidarse nunca, que en

esta región pueden existir también fistulas óseas y frecuentemente con desembocaduras hacia atrás del ano ; pero en algunas ocasiones pueden abrirse por delante. Conviene no olvidar entonces que muy buenos resultados nos darán para el diagnóstico, un interrogatorio completo, una buena exploración uretral, así como del trayecto fistuloso.

No hablaremos de las fístulas uretro-rectales, ni vésico-rectales, pues poco nos interesan con respecto á las que con especialidad trato en el presente trabajo.

CAPITULO III

TRATAMIENTO

Teniendo en cuenta las principales causas productoras de las fístulas uretro-perineo-escrotales, y en general de todas las fístulas uretrales, quiero decir dos palabras respecto á los cuidados inmediatos que necesitan las causales enumeradas en la etiología, y que al fin se podría decir, un tratamiento profiláctico.

Las uretritis necesitan su tratamiento enérgico apropiado. Los abscesos de cualquiera de las glándulas peri-uretrales, deben ser incindidos de inmediato, cuando se hayan notado la fluctuación.

Hecho esto, es necesario curaciones antisépticas diarias, y si fuera posible dos ó tres veces por día; buen resultado se consigue con los toques diarios con tintura de yodo ó cloruro de zinc, teniendo por fin principal la cicatrización.

En fin, las otras causas de fístulas uretro-pe-rineo-escrotales, ó en general de todas las uretrales, como son las heridas de la uretra, tanto traumáticas ó quirúrgicas, el tratamiento más común y apropiado es la sutura, inmediatamente de producidas ; luego hecho esto y si no se recurre, á una derivación alta temporaria, es imprescindible una sonda permanente que facilitará su cicatrización, evitando el contacto de la orina á la herida recién suturada.

Según regla general, esta sonda permanente no debe permanecer en la uretra por más de 48 horas ; su peligro principal está en la uretritis que provoca, y como consecuencia, fracaso de la sutura y finalmente una fístula segura.

Y tan es así y como se verá al principio de este trabajo, que hasta para el tratamiento de las rupturas traumáticas de uretra, se aconseja y se hace bastante en Francia derivación alta temporaria de orina.

Si se tratara del restablecimiento del calibre de la uretra, disminuída por una estrechez, indudablemente que ello se consigue por la dilatación. Pero muchas veces, cuando la estrechez ha dejado de ser relativa para ser casi absoluta, filiforme, entonces se tiene el recurso de la uretrotomía interna.

Si las causas fueran gomas específicos, un tratamiento intensivo es de suma urgencia, y en especial

un tratamiento mixto de neo-salvarsán (914) y mercurial, consistente en inyecciones de aceite gris ó fricciones.

Si fuera una tuberculosis ó un cáncer cutáneo la causa, pueden dar resultado, el raspado ó curetaje, así como la aplicación de los rayos Röntgen, etc.

Formada la fístula uretro-perineo-escrotal, y para tratarla, Desnos y Minet, habla del desvío de las orinas, la obliteración de los trayectos fistulosos y la supresión de la estrechez de la uretra, si ésta fué la causa.

Con respectos al *desvío de las orinas*, dice Desnos y Minet : « El desvío de las orinas por la uretra puede ser abtenida por la presión de los bordes de las fístulas durante la micción, ó bien la compresión en masa del periné », y agrega : Es excepcional que así se pueda obtener la curación de una fístula », y después de otras consideraciones, termina diciendo : « En casos graves y complicados, es algunas veces necesario desviar completamente la orina, por la creación de una *fístula hipogástrica temporaria*, que constituye un coadyuvante muy útil en las intervenciones quirúrgicas ».

Desnos y Minet no insiste mayormente respecto á este coadyuvante muy útil en las intervenciones quirúrgicas, es decir, á la fístula hipogástrica temporaria.

Pero lo expuesto es lo suficiente para demostrar que estos conocidos urólogos, la consideran como algo común, ó por lo menos factor de tener muy en cuenta, cuando se encuentra en presencia de esas fístulas perineales rebeldes ; y tan es así, que la cataloga en el número de los tratamiento generales.

Ahora respecto á la destrucción de los trayectos fistulosos y callosidades, se puede tener buen éxito, en varias condiciones, por medio de inyecciones de substancias químicas ; por ejemplo : soluciones de nitrato de plata, de cloruro de zinc, tintura de yodo, ó bien como Thompson, haciendo cauterizaciones con lápiz de nitrato de plata.

Todos estos medios pueden dar resultado, por lo general cuando se trata de casos de fístulas recientes.

También en algunas ocasiones se obtienen buenos éxitos, introduciendo en las cavidades y destruyendo, aunque por lo general incompletamente, termo ó gálvano-cauterio.

Y en fin, y aunque raras, si las fístulas son consecuencias de estrecheces de la uretra, el tratamiento de la causa por los medios más arriba indicados, traen muchas veces la curación de aquellas.

Así pues, en términos generales, quedan expuestos en los párrafos anteriores, todos los recursos al

alcance de nuestras manos, al encontrarnos ante fístulas uretro-perineo-escrotales.

En resumen, sólo se debe recurrir al tratamiento operatorio, en aquellos casos en que no es posible conseguir una curación espontánea.

CISTOSTOMÍA COMO OPERACIÓN PREVIA LUEGO URETRECTOMÍA SEGUIDA DE URETORRAFIA

Agotados todos los medios rápidamente enumerados, para curar las fístulas uretro-perineo-escrotales, se han propuesto muchos otros tratamientos más radicales, que por la extensión que adquirirían detallando cada uno de ellos, solo haremos con la *Cistostomía* como operación previa, y luego *uretrectomía* seguida de *Uretorrafia*. Pues á ello se refieren los dos primeros casos, cuyas observaciones clínicas se acompañan al final de este trabajo.

En el tercero, sólo se ha hecho una uretrectomía parcial, previa cistostomía.

Las causas que nos inducen á aceptar la bondad de esta intervención como tratamiento, se verán al final de este capítulo.

Se procede á la intervención de la talla suprapubiana longitudinal.

Para ello Albarrán dice lo siguiente :

« *Posición del enfermo, del cirujano y del ayudante* — Durante la toilette y el lavaje de vejiga, el enfermo está en decúbito-dorsal ; se pone enseguida en posición inclinada, para practicar la operación. La posición inclinada á 45° , para practicar la talla hipogástrica, ha sido desde luego empleada y preconizada por Moranel en el siglo XVIII ; ella ha sido generalizada al final del siglo XIX por Trendelenburg, quien hizo construir la primera mesa de inclinación ».

« El cirujano se coloca á la izquierda del enfermo, para que su mano derecha pueda maniobrar fácil y libremente en la vejiga. El ayudante, como se comprende, en frente ».

« *Lavaje y distensión de la vejiga* — Para incidir fácilmente la vejiga, conviene distenderla después de haberla lavado. El lavaje debe ser practicado por medio de una sonda bequille ordinaria del N^o 20 ó 21, usando una solución de protargol al dos por mil, ó con oxicianuro de mercurio al uno por dos mil. No conviene para este lavaje emplear soluciones muy irritantes, como el del nitrato de plata, para no provocar las contracciones de la vejiga. Si la cavidad vesical está aséptica, se hace el lavaje con agua esterilizada. Se termina de hacer el lavaje

cuando el líquido inyectado sale tan claro como cuando se le introduce ».

Hecho, ó mejor dicho, preparada la vejiga con los lavajes, hay que distenderla para conseguir los fines que en seguida describiremos.

Se la puede distender con aire, para lo cual hay aparatos especiales. En el servicio de Vías génito-uritarias de hombres del Hospital San Roque, no se usa este procedimiento ; ello se consigue por medio de la inyección en la vejiga, de una solución de ácido bórico al 20 por mil, inyectando por medio de una sonda y una jeringa de Guyon, 200 á 300 gramos de dicho líquido.

En la mayoría de los enfermos esta distensión vesical se hace bien, notándose que la vejiga está llena y en buenas condiciones para facilitar la intervención, pues se siente bien y lo más á menudo se ve también el globo vesical, haciendo saliencia en el hipogastrio.

Pero algunas veces no es posible mantener buena cantidad de líquido en la vejiga, pues éste escurre por las fístulas, y entonces hay que conformarse con 100 gramos á lo más de líquido dentro del reservorio.

Albarrán prefiere la inyección de aire á la de líquido y para demostrar las inconveniencias de lo segundo, dice : « Este tiene un serio inconveniente ; todo el cuidado que se haya tenido en lavar bien la

vejiga, no se consigue casi nunca limpiarla en absoluto, que cuando se incinde la vejiga, el líquido se encurre en la herida hipogástrica á riesgo de infectarla ».

Yo creo que el peligro sostenido por Albarrán respecto al escurrimiento del líquido de inyección en la vejiga, no es tan grave. Pues tanto el líquido antiséptico inyectando en la vejiga podría llevar una infección á la herida hipogástrica, como la salida de aire introducido á presión en el reservorio.

Otro peligro más grave aún, tiene la inyección de aire en la vejiga, y ya plenamente demostrado : la producción de embolias.

Y se puede aún agregar que la misma sonda dejado en el hipogastrio y la pequeña cantidad de orina que nunca veja de escurrir entre la sonda y la herida vesical, serían suficientes causas de infección.

En la Sala VII del Hospital San Roque, no sólo en los casos de talla hipogástrica para la derivación alta temporaria de las orinas de los tres casos clínicos cuyas historias acompaño, se han inyectado líquido (solución de ácido bórico), sino también en los numerosos casos que á diario se efectúan ; me refiero á la protatectomía hipogástrica, en la operación de Freyer.

En resumen, en dicho servicio se ha preferido el líquido al aire.

Incisión de la pared abdominal -- Dice Albarán: «La incisión mediana y longitudinal de la piel debe comenzar á un centímetro por debajo del borde superior del pubis, y tendrá una extensión media de 6 á 8 centímetros. En los sujetos gruesos la incisión será un poco más larga y debe comenzar más bajo; la capa de grasa sub-pubiana es en este caso muy espesa, y si la incisión no descende muy francamente por debajo del borde superior del pubis, se está dificultado para descubrir profundamente la arcada pubiana. En estos enfermos se ve frecuentemente un pliegue transversal de la piel, que no corresponde al borde del pubis, sino se encuentra por encima de él; la incisión debe descender por debajo de este pliegue».

Hecha la incisión de la piel y del tejido celular subcutáneo, llegamos á la aponeurosis, no pudiendo en la mayoría de los casos distinguir la línea blanca.

Llegado á la aponeurosis, se corta ésta y se seccionan los músculos piramidales, cayendo enseguida en el intersticio de los músculos rectos.

Este intersticio es fácil siempre reconocer, á pesar de que algunas veces se encuentra un poco desviado, sea á la derecha ó sea á la izquierda.

Pasando entre los músculos se cae fatalmente sobre la grasa amarilla que se encuentra por debajo de ello.

Enseguida viene un momento muy importante de la operación : se deja á un lado el bisturí y se descubre la vejiga rechazando el peritoneo.

Rechazo del fondo saco peritoneal — « Llegado sobre la capa grasosa submuscular, el cirujano separa los músculos rectos con sus dedos, y se siente con el índice de la mano derecha, el borde superior del pubis. Introduciendo el dedo directamente al ras del pubis y no hacia atrás de este hueso, se va hasta la cara anterior de la vejiga que se descubre, rechazando hacia el ombligo la grasa prevesical y el fondo del saco paritoneal. Si la vejiga no está bien á la vista, se repite la misma maniobra ». Y agrega Albarrán : « He dicho que no conviene introducir el dedo hacia atrás del hueso del pubis ; la maniobra es inútil, pues jamás el peritoneo desciende tan bajo ; ello por otra parte es nocivo, porque se determina un vasto desgarramiento prevesical retro-pubiano, en el cual puede acumularse la sangre ó la orina, si la vejiga no ha sido enseguida bien cerrada ».

Incisión de la vejiga — Antes de incindir la vejiga, conviene sobre todo asegurarse de que la superficie anterior de ella está bien descubierta. Así pues, bien rechazado el fondo de saco peritoneal, se debe distinguir las fibras musculares de su

pared, y hasta las venas vesicales longitudinales que serpentean sobre ella.

« Los operadores novicios creen frecuentemente tener delante el peritoneo, cuando en realidad la vejiga se presenta en el fondo de la herida ; porque la pared vesical recubierta por la aponeurosis umbilico-vesical, aparece un poco brillante ; en caso de duda es suficiente desgarrar la delgada hoja aponeurótica con una pinza de dientes, para ver netamente las fibras musculares de la vejiga » (Albarrán).

Estando en descubierto el reservorio vesical, se introduce sin mayor peligro el bisturí en su cavidad. Según Albarrán, la incisión debe ser hecha de abajo hacia arriba, comenzando al ras del pubis para prolongarla hacia arriba, en la extensión necesaria á la operación que se va á practicar.

El doctor Elizalde no incinde al ras del pubis ; al contrario trata de abrir lo más alto posible, es decir más hacia el ombligo ; y esto tiene su importancia para el pronóstico de la herida vesical ; pues pues según él : una incisión alta dificulta muchísimo más que una incisión baja, la formación de una fístula vesical ; complicación muy de tener en cuenta en las cistostomías supra-pubianas, como resultados post-operatorios más ó menos lejanos.

Apenas abierta la vejiga, el líquido (ó aire) inyectado, se escapa por la herida vesical; el índice de la mano izquierda penetra en el interior, y con la mano derecha se introduce la sonda Pezzer ya preparada de antemano y munida de la extremidad de una pinza de Köcher, para facilitar su introducción en la cavidad vesical.

La incisión de la pared vesical, no debe ser mayor de tres centímetros.

Introducida la sonda de derivación en la vejiga, se achica la herida cutánea por medio de uno ó dos puntos de sutura con crin.

Hecha esta primera parte como operación previa para el tratamiento radical de las fístulas perineales, se procede inmediatamente á la extirpación de éstas.

Describiremos la operación que más frecuentemente se hace en estos casos de fístulas uretro-perineales.

Me refiero á la :

URETRECTOMÍA SEGUIDA DE URETORRAFIA

Técnica — Marión toma por tipo una estrechez traumática de la región vulvo-perineal complicada de fístulas uretro-perineales.

La incisión cutánea debe ser mediana, empezando sobre la raíz de las bolsas levantadas, descendiendo hasta dos centímetros del ano, no teniendo en cuenta las fístulas. Piel, tejido celular, y tejidos esclerizados que hayan infiltrado el periné, son incindidos.

Una sonda comúnmente metálica previamente introducidas en el canal hasta el obstáculo, servirá de reparo para investigar la uretra, de preferencia hacia adelante á un sitio donde no esté esclerizado ; debiendo ser ella aislada sobre su dos caras laterales de los tejidos vecinos, en toda la longitud de la incisión.

Se reseca en seguida todos los trayectos fistulosos y el tejido fibroso que los envuelvan, hasta que las tijeras lleguen al tejido sano que se reconoce fácilmente por su flexibilidad.

Hecho esto los labios de la incisión cutánea, se atraviesan cada una por un hilo, el cual fijado por medio de una pinza al campo operatorio, tenderán anchamente abierta la herida perineal.

La uretra es entonces incindida francamente y de inmediato por encima y por debajo de la estrechez, perpendicularmente á la luz del canal. Hemostasia.

El cabo anterior es librado con su cuerpo esponjoso de las partes vecinas, en particular de los

cuerpos cavernosos. El cabo posterior también es librado de la aponeurosis mediana. Se reseca toda la parte de uretra destruída por la desembocadura de los trayectos fistulosos múltiples.

Luego se libra sobre una longitud tal, que el afrontamiento de los dos cabos puedan hacerse sin fuerte tracción.

Hecho esto, es el momento de fijar el cabo anterior al posterior, por medio de hilos de sostén, tomando los cuerpos esponjosos y los tejidos vecinos.

Desde este momento, la sutura propiamente dicho de la uretra podrá ser hecha con toda seguridad; ella no será tironeada gracia á la presencia de estos hilos de sostén, sobre la importancia de los cuales con justa razón, mucho insiste Marión.

Dos puntos con catguts N^o 0, serán puestos sobre la pared superior no perforando la mucosa, y el nudo hecho hacia afuera. Una sonda bujía ó bequille, es en este momento pasada por el meato, franqueando el cabo periférico y el cabo central, sea espontáneamente, ó sea con la ayuda del cirujano. Sobre esta sonda, la más gruesa posible, se finaliza la sutura por dos puntos laterales, y uno mediano sobre la pared inferior.

La coaptación está desde entonces asegurada.

En fin sutura de las partes blandas y de la piel en los dos tercios anteriores, para dejar en el ángulo inferior de la herida un pequeño drenaje, que facilitará la salida de restos sanguíneos.

Sea ya que se trate de ruptura traumática, ó de estrecheces vulvares con ó sin fístulas, la técnica será la misma. Sólo podría variar la derivación que tanto podría ser supra-pubiana ó perineal.

Ahora un punto interesante relacionado con la longitud de uretra que se pueda resecar.

¿Qué longitud del canal pueda resecarse sin inconveniente? A decir la verdad y como bien dice Guillaume es bastante delicado responder categóricamente á semejante cuestión. Y agrega «si es exacto que tres ó cuatro centímetros constituyen una ablación corriente, no dejando de dar disgustos al cirujano, ¿es permitido decir lo mismo cuando la resección llegan á cinco ó seis centímetros y á veces más?».

La notable tesis de Nogués, de largo tiempo hecho fe en esta materia, sus conclusiones muy netas muestran, que el abocamiento de los dos cabos es relativamente fácil, cuando la extensión de la resección no pasa de veinte milímetros; posible cuando ella no pasa de treinta milímetros. Fuera de esta cifra ella parecería incapaz de prestarse á una sutura con más ó menos probabilidad de que prenda.

«Si una resección de tres centímetros es desgraciadamente aún bastante corriente, cuando que uretras han sin embargo menester de ser privado de una mayor longitud ; sea que un enfermo teniendo una ruptura traumática datando de dos ó tres días, se presenta el cirujano con un esfacelo bastante extendido de su canal ; sea que un viejo urinario con periné fistuloso pueda beneficiarse de una resección grande» (Guillaume).

En cuanto al maestro Marión, pretende que se puede sin inconveniente suprimir seis centímetros de uretra, pero que pasando de ella, la reconstitución puede ser muy delicada y seguida de fracaso.

Cuidados consecutivos -- Marión aconseja con mucha razón, que no debe hacerse, ni sondaje de la uretra durante los primeros días de la intervención.

Resulta muy bueno esta manera de proceder, pues se reduce al mínimo el traumatismo del canal.

Es de interés en muchas ocasiones hacer en enfermos infectados, no solamente lavajes vesicales con nitrato de plata al 1 por 1000, sino también con antisépticos ligeros, como una solución de oxicianuro de mercurio al 1 por 4000. Estos lavajes deben hacerse por la sonda de derivación hipogástrica.

Todos están de acuerdo más ó menos en que la sonda de derivación, debe dejarse unos diez ó doce días. Durante este lapso de tiempo puede suceder que la sonda se tape y funciona mal ; entonces no hay inconveniente en sacar y limpiarla ó reemplazarla por otra.

Dos ó tres días antes de retirar la sonda hipogástrica, el doctor Elizalde acostumbra hacer inyectar por ella en la vejiga, unos 200 gramos más ó menos de una solución antiséptica como el oxicianuro ; hecho esto se hace orinar al enfermo.

Cuando se saca la sonda, gran parte de la orina pasa por la fístula de derivación ; pero poco á poco el enfermo orina de más en más por su canal, y generalmente al cabo de ocho á diez días, las fístulas de derivación estará cerrada.

Pero algunas veces tarda en cerrarse ; entonces sería suficiente dejar una sonda permanente en la longitud de la uretra, con gran precaución, durante uno ó dos días.

Curada la herida perineal, y cerrada la fístula de derivación hipogástrica, se comienza con todo los cuidados inherentes para estos casos, la dilatación progresiva y lenta del canal de la uretra, en los casos en que haya quedado un poco de estrechez uretral.

Dos palabras antes de terminar este capítulo del tratamiento.

No ha dejado de discutirse y se discute aún, respecto á las conveniencias de la derivación hipogástrica é inconveniencias de la derivación perineal, y viceversa, en el tratamiento de las fístulas perineales.

Preferimos la derivación supra-pubiana, á la perineal en los casos de fístulas de esta región, entre otras, por las razones siguientes :

1º La derivación de las orinas por el hipogastrio es más completa, y hasta más fácil de vigilar.

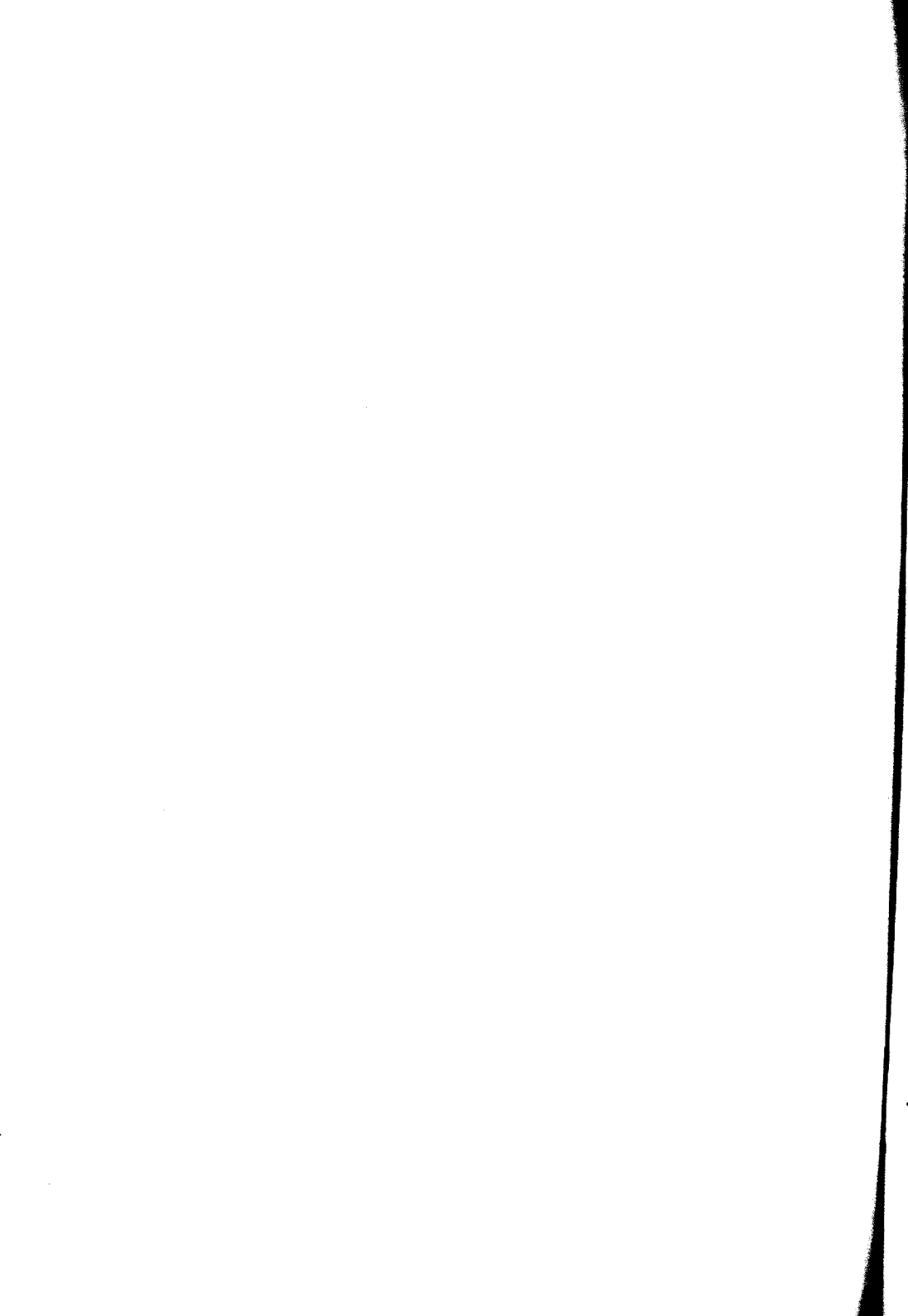
2º La herida perineal se puede mantener en mejor estado de asepsia ; pues sabemos que la más pequeña cantidad de orina que escurra por el ojal de derivación perineal, puede ser suficiente para traer la infección de la herida del periné.

3º Según Nové-Josserand : la fístula consecutiva á una talla supra-pubiana, se cierra mucho más pronto que una fístula perineal.

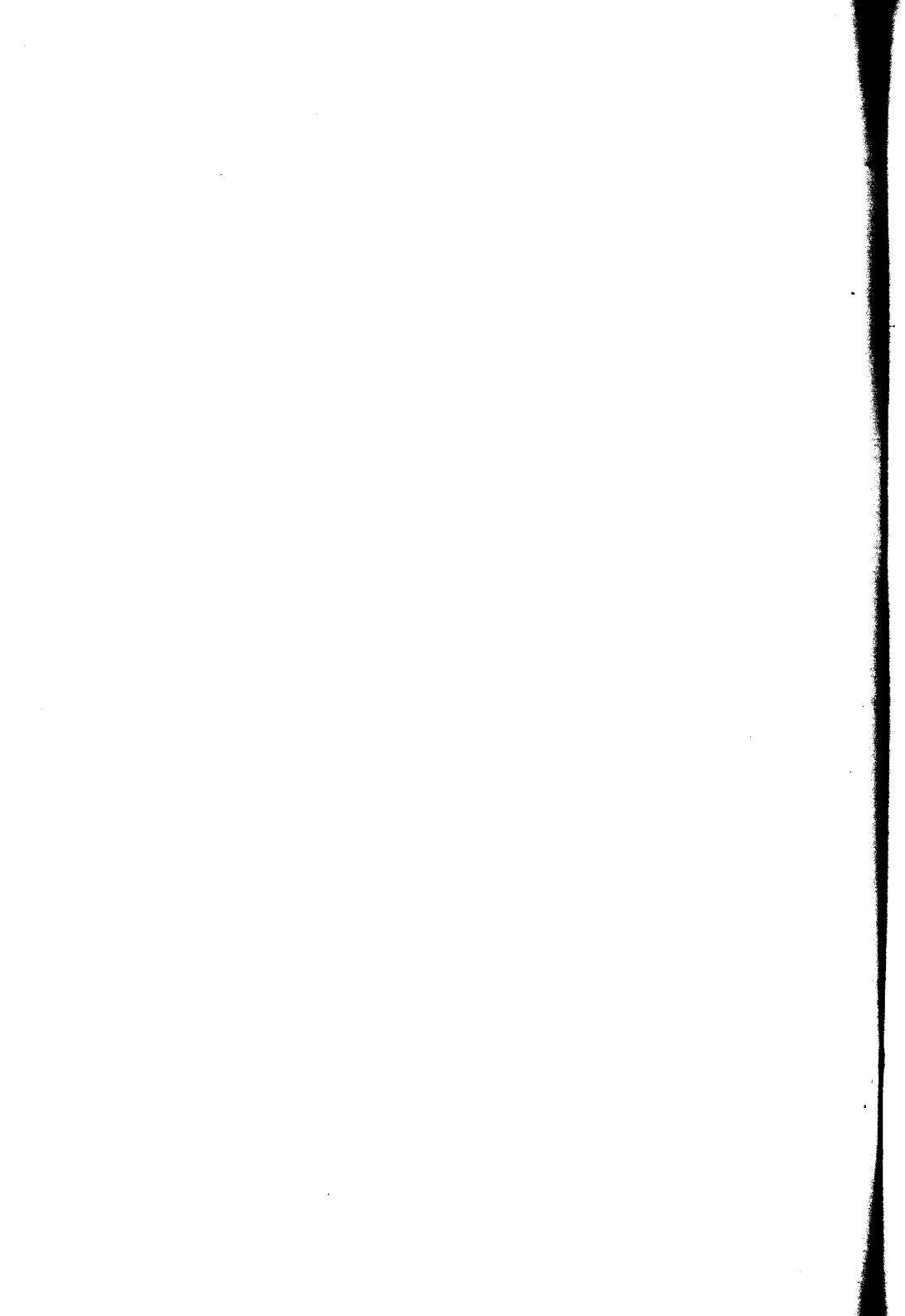
La primera observación clínica que acompaño, tiene su doble interés ; pues además de ser un enfermo que ha sido operado 20 veces de su periné (con 16 anestias generales), en una de esas tantas in-

tervenciones se le ha hecho derivación perineal, con resultado desfavorable.

Terminaré este capítulo con las palabras muy autorizadas de Choltzovs : «Yo empleo siempre la uretrotomía preventiva, en todas las operaciones sobre la uretra, como el hipospadia ; en las operaciones plásticas sobre la parte peniana de la uretra, que han tenido por fin el cierre de fístulas, bastantes frecuentes en las operaciones plásticas sobre el pene ; y en fin en las incurables úlceras fagedénicas y serpiginosas del pene. En las fístulas de la uretra posterior que no ceden á ningún tratamiento, y en la resección de una parte de la uretra posterior, yo obstengo la derivación de las orinas por la cistostomía ».



Observaciones Clínicas



OBSERVACION I

Servicio del doctor Castaño.—Sala VII.—Cama núm. 31.

M. P., 45 años, casado, oriental, comisionista.

Antecedentes hereditarios — El abuelo, el padre, cinco hermanos y unos cuantos sobrinos, han muerto tuberculosos.

Antecedentes personales — En su primera infancia ha tenido sarampión. No recuerda de otras enfermedades en esa época, fué en general sano.

A la edad de 10 á 11 años, como consecuencia de una caída de caballo, golpeó contra el poste de un alambrado en pleno periné. Como consecuencia inmediata de ello, esa misma noche sufrió una retención de orina de unas cuantas horas, con dolores bastantes agudos en dicha región. Gracias al tra-

tamiento apropiado de baños calientes, esta retención cedió, y á los pocos días se curó completamente.

A los 18 años tuvo una infección blenorragica que le duró por espacio de un año ; durante el cual y por prescripción médica, se lo trataba con inyecciones uretrales de ácido fénico y baños de asiento. Como consecuencia de esta blenorragia el enfermo quedó con una estrechez, pues según él, la orina salía en chorro muy fino.

Tres años después y siempre con estrechez, comienza á sufrir retenciones de orina de 5 á 6 horas, consiguiendo vaciar la vejiga después de grandes esfuerzos, y aplicación al mismo tiempo, de baños calientes. En vista de ello, resuelve ir á Montevideo. En esta ciudad comienza á dilatarlo con Beniqué, llegando hasta el núm. 40. Con este tratamiento el enfermo mejoró notablemente.

Enfermedad actual -- Estuvo bien hasta la edad de 25 años, en que nuevamente es afectado de blenorragia estando en Pando (República Oriental). Esta nueva infección es tratada con inyecciones de una solución de permanganato de potasio. Pero un tiempo después, debido á paseos á caballo, nota que su periné y bolsas estaban enormemente edematosos, y al mismo tiempo, es acometido de agudos dolores en toda dicha región. Estos fueron en aumento y

llegaron á tal extremo y encontrándose bastante mal, tuvieron que intervenirlo de urgencia dos distinguidos facultativos. Estos se abrieron ampliamente por medio de incisiones en las bolsas y región perineal, dando salida á una buena cantidad de pus.

Mejóro durante dos ó tres meses, en que de nuevo es acometido de alta temperatura y escalofríos, formándose al mismo tiempo un absceso en la región perineal. Lo interviene por segunda vez, dejándosele unos gruesos tubos de drenajes. Al poco tiempo de ésto, nuevo absceso é intervención.

Obligado á bajar á Montevideo con su herida perineal no aún bien cerrada, y con la formación de una pequeña fístula, por la que escurría unas gotas de orina, es asistido en dicha ciudad por un médico, quien le hace curaciones antisépticas en la herida perineal, lavajes uretrales y dilatación con Beniqué hasta el núm. 50.

El enfermo mejora notablemente, ó mejor dicho, se sana, pues la herida y fístula perineal habían cerrado con las curaciones y sondajes.

En esta época sufrió encontrándose en buena salud, al menos aparente, unos vómitos de sangre, verdadera hemóptisis, que le duró varios días; se curó con medicamentos caseros.

Dos años después de la última intervención,

cuando contaba 28 años, nuevamente se le forma un abceso en el escroto y región perineal.

Es operado por un distinguido especialista, quien le abrió el abceso, dejándose drenaje, etc. Cuando mejora un poco de este nuevo contratiempo, nota en que otra vez vuelve á formársele una fístula por la que le escurre pequeña cantidad de orina. Al mismo tiempo que se hace curaciones antisépticas de la región, se le dilata la uretra con Beniqué, llegando hasta el núm. 50.

Este tratamiento le duró un mes y medio ; pero asegura que desde esa intervención y tratamiento jamás quedó bien, como en los casos anteriores.

Pues á pesar de que la herida perineo-escrotal y fístulas habían cerrado, sufría frecuentes elevaciones de temperatura, malestar, dolores en su región perineal. Enflaqueció notablemente ; poco apetito.

Siguió durante cuatro meses en este estado, hasta que á indicación del mismo médico que lo operó últimamente, ingresa á su sanatorio y es sometido á una operación radical de su fístula.

Es intervenido por dos médicos, bajo anestesia general. Según el enfermo : se le fué extirpada la fístula y todos los tejidos infiltrados de su región perineal, dejándosele una sonda permanente durante diez días. Veinte días después de curaciones

antisépticas diarias y dilataciones con Beniqué, se retira del sanatorio en buenas condiciones.

Pasó bastante bien durante seis meses, después de lo cual nuevamente comienza á sentir fuertes dolores, no sólo en su región perineal, sino también en todo el bajo vientre. Al mismo tiempo siente dificultades grandes en la micción ; y además durante ésta, salía junto con la orina, láminas pequeñas de posible descamación epitelial.

Al cabo de este tiempo, es nuevamente intervenido por los mismos médicos que anteriormente le hicieron, y afectúan la operación siguiente : bajo anestesia general se le extirpa de nuevo toda la región infiltrada del periné y escroto, y se le hace un ojal en la parte posterior del periné, por donde se le introduce una sonda á la vejiga ; en una palabra, se le hace una derivación perineal.

Esta sonda perineal la tuvo durante seis meses, cambiándosele cada ocho días. A los seis meses, se le retira la sonda perineal y se trata de introducirlo por el meato ; no se consigue pasar por la parte anterior de la uretra, ninguna clase de sonda, ni la filiforme.

En vista de ello, se le interviene nuevamente á los ocho días bajo anestesia clorofórmica. Se le efectúa una uretrectomía seguida de uretrorrafia posiblemente, pues se le resecó la parte de uretra con una

estrechez completa, cicatricial, y al mismo tiempo se cerró la fístula dejada, por la sonda de derivación perineal.

Quedó con sonda permanente después de esta intervención durante diez días ; se le retira al cabo de este tiempo, pero la orina vuelve á salir por el periné. En visita de ello, se le dilata la uretra con Beniqué, llegando hasta el núm. 60 ; pero la fístula perineal no cierra.

Con su fístula no curada, el enfermo tuvo que ausentarse para el Paraguay en el año 1896, en donde al poco tiempo sufre un nuevo absceso, con temperatura alta, etc., siendo operado por un facultativo.

Mejoró del absceso. A los dos meses nuevos abscesos con iguales cuadros sintomáticos.

Vuelve á Montevideo é ingresa al Hospital Caridad.

En dicho hospital es intervenido sus abscesos ; curado de éstos, nuevamente una operación radical para curar la fístula.

Bajo anestesia clorofórmica se le extirpa el trayecto fistuloso, y parte de la región perineal nuevamente infiltrada. Se le deja sonda permanente durante once días. Se le retira ésta y se le dilata con Beniqué hasta el núm. 60 ; pero la fístula no cerró ni antes ni después de la dilatación.

Permaneció durante siete meses en el Hospital Caridad. Durante este tiempo el mismo facultativo lo interviene cuatro veces más y siempre con anestesia general clorofórmica, con resección de trayectos fistulosos y dilatación consecutiva con Beniqué hasta el núm. 60, pero sin conseguir que la fístula perineal cerrara.

Vuelve nuevamente al Paraguay en el año 1897 con su fístula abierta. A los seis meses nuevamente con abscesos múltiples en la región perineal y escroto. Es operado por un cirujano. Mejoró de los abscesos.

En vista de los abscesos repetidos y persistencia de sus fistulas, resuelve venir á Buenos Aires é ingresa á un Sanatorio de esta capital. En este Sanatorio se le opera los abscesos, y diez días después se lo somete nuevamente á otra de las tantas operaciones radicales.

Bajo anestesia clorofórmica se le reseca el trayecto fistuloso, etc., se le deja una sonda permanente y reposo absoluto durante cincuenta días. Al cabo de este tiempo, se retira la sonda pero la fístula persistía ; entonces se hace un curetaje en dicha fístula y dilatación con Beniqué hasta el núm. 60. Cierra la fístula. El enfermo se embarca para Montevideo. A los dos días de su llegada ve con sorpresa que la orina salía en chorro muy fino, y á las pocas

horas nota que el orificio fistuloso se abría espontáneamente.

Vuelve á Buenos Aires y nuevamente ingresa al Sanatorio en el cual se había asistido anteriormente. Se le curetea la fístula, se le hace una uretrotomía interna y se le deja una sonda permanente durante ocho días. La fístula vuelve á cerrar y cura, al menos aparentemente.

Se embarca para el Paraguay, y en viaje para esa y después de cinco días de su salidad del sanatorio, la fístula vuelve á abrirse.

Después de ésto, pasó durante 4 años en un estado especial ; pues pasaba temporada hasta de seis meses, sin que por el orificio fistuloso escurriera orina alguna ; luego unos cuantos días en que escapaba por su orificio, unas cuantas gotas de orina y á veces hasta un chorro pequeño.

Pasado este tiempo tuvo dos abcesos más que fueron abiertos.

Nuevamente en Buenos Aires, pasó durante un año sufriendo por intervalo de días y de meses, en que se le inflamaba el pene durante dos ó tres días y luego desaparecía. Se le ha tratado con fomentos y baños calientes. Un buen día la inflamación no cedió, los dolores se hicieron muy agudos ; en vista de ello lo ve un médico, quien le hace dos incisiones paralelas en el prepucio que luego fueron suturadas.

Siguió en asistencia durante cuatro meses ; pero como la curación no se producía y además se había formado una fímosis, ingresa al Hospital San Roque á indicación de un médico del mismo, para efectuarle una circuncisión ; ingresó en agosto del año 1910.

En este Hospital ha estado quince días y salió curado de su fímosis, pero siempre con su fístula ; pues con los abcesos de estos últimos años, los trayectos fistulosos se habían multiplicado.

Seguía haciéndosele dilataciones con sondas blandas, pues Beniqué no se conseguía pasar por los dolores agudos que le producía. En vista de ésto y como nuevamente se habían formado abcesos que eran abiertos, semi-curados, con aberturas de nuevos orificios fistulosos, resuelve ingresar á este Hospital en el mes de marzo de 1913.

En la Sala XIV es operado de unos abcesos ; curado de éstos y después de una estadía de tres meses se pasa al enfermo á este servicio el 4 de julio de 1913.

Estado actual -- Julio 4 de 1913 : Enfermo en buen estado general.

Aparatos : Circulatorio, respiratorio y digestivo, normales.

Temperatura 37°. Pulsaciones 80 por minuto ; pulso regular y tenso.

Aparato génito-urinario :

Riñones : en la palpación normal.

Vejiga : capacidad 200 gramos, no se ha hecho cistocopía.

Próstata : Al tacto ligeramente agrandada.

Testículos : Normales.

Úretra : Pasa una sonda olivar N^o 20. Presenta en la exploración pequeños obstáculos.

En la inspección del periné se encuentra en esta región, en la parte posterior del escroto y región súpero interna del muslo, el orificio externo de una cantidad de trayectos fistulosos. Además presenta cicatrices múltiples en el escroto, periné y pene.

Se palpa una superficie indurada, resistente á la presión y extendida á todo el periné, parte del escroto y parte más alta y posterior de la región súpero-externa de los muslos ; es decir, que corresponde á la desembocadura de la mayor parte de los trayectos fistulosos.

El orificio externo de las fistulas, de diámetro variable, desde menos de un milímetro que tienen los más pequeños.

Los trayectos, de direcciones y calibres variables ; algunos de ellos perfectamente sondables.

Diagnóstico Fístulas múltiples uretro-peri-neo-escrotales.

Tratamiento - Se comienza con curaciones antisépticas de la región. Lavajes uretro-vesicales con solución de oxicianuro de mercurio al 1 por 4.000. Dilatación con Beniqué, llegándose hasta el N° 56.

No hay mayor modificación del estado de las fistulas y del periné, y en vista de ello se resuelve hacer una intervención radical.

OPERACION - Operador : doctor Gilberto Elizalde.

Ayudante : Practicante mayor J. Correa Morlas.

Anestesia clorofórmica.

Previa cistostomía, se hace una uretrectomía seguida de uretrorrafia.

Se termina dejando un pequeño drenaje, consistente en una mecha por la parte posterior y superficial de la herida perineal.

Tratamiento post-operatorio : Agosto 19 : Se retira el drenaje ; se hace lavaje vesical por la sonda de Pezzer hipogástrica, con solución de oxicianuro.

Curaciones diarias de la herida perineal é hipogástrica, y lavajes vesicales por la sonda de derivación.

La sonda hipogástrica se la mantuvo durante tres meses, debido á que al tratar de cateterizar la

uretra á los veinticinco días de operado, se desgarró un poco ésta á la altura del periné.

Hay que hacer notar que á los dos meses, y en vista de que la herida perineal supuraba un poco, debido al accidente más arriba anotado, se tuvo que avivar la herida uretral con una resección pequeña de sus bordes, y luego curetaje de la pequeña herida perineal que tardaba en cicatrizar.

Noviembre 3 : Cicatrizada la herida perineo-escrotal, se retira la sonda hipogástrica.

Noviembre 4 : En vista de que había salido abundante cantidad de orina por la herida hipogástrica, se coloca una sonda permanente por la uretra.

Noviembre 6 : Se retira la sonda uretral. La herida hipogástrica cicatriza rápidamente.

Noviembre 9 : La herida hipogástrica ha cicatrizado. Por la uretra pasa el Beniqué N° 52.

El 11 de noviembre el enfermo pide su alta, perfectamente curado.

Dos días después vuelve al consultorio consiguiéndose pasar el Beniqué N° 60.

Nota — El autor lo ha visto á fines del mes de marzo, perfectamente sano, habiendo aumentado en estos últimos meses en más de 15 kilos de peso.

ÓBSERVACION II

Servicio del doctor Castaño.—Sala VII.—Cama N^o 12.

C. M., 45 años, argentino, casado, empleado.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — En la primera infancia tuvo sarampión y varicela.

En el año 1887, época de la epidemia del cólera en Buenos Aires, fué atacado de esta enfermedad, teniéndolo postrado en cama por espacio de diez días.

No recuerda de otra enfermedad.

Como antecedentes venéreos, cuenta con una blenorragia á la edad de 18 años, habiéndose tratado con medicamentos caseros. Desapareció la infección aguda, pero le quedó una gota militar que lo ha molestado de tiempo en tiempo, culpándola como causa de su.....

Enfermedad actual — Como decía anteriormente, la infección blenorragica de la edad de 18 años y nunca curada completamente, fué la causa de una estrechez sobrevvenida en el año 1893. Esta estrechez manifestada por dificultad en la micción, pues el enfermo orinaba en los primeros días por medio de un chorro muy fino ; más tarde la dificultad llegó hasta el extremo, que la orina no se conseguía expulsar sino á gotas y á costa de grandes esfuerzos.

Esta estrechez fué tratada en el mismo año de 1893 por un médico de la ciudad de Mercedes (Provincia de San Luis). Dicho facultativo le pasó durante quince días, sondas blandas de calibres pequeños. Con este tratamiento mejoró bastante y luego se embarcó para Buenos Aires.

Ya en ésta, en el mes de noviembre del mismo año, ingresó al servicio de vías urinarias del Hospital Rawson. En dicho Hospital estuvo un mes tratándosele su estrechez, sondándolo con Beniqué, habiendo llegado hasta el N° 42. Salió de alta bastante mejorado. Estuvo bien hasta el año 1897, en que siente síntomas de una nueva estrechez.

En esta época se encontraba en el centro del Chaco, sin médico, ni mayores medios para un tratamiento apropiado. La dificultad de la micción fué en aumento y es preso de grandes dolores ; dos meses después, nota en el periné un gran edema de

superficie rubicunda, y agudos dolores al mismo tiempo; tres días después de la aparición de este edema, que no habría sido otra cosa que un absceso urinoso, se le abre espontáneamente por cuatro orificios. En vista de ello va á Resistencia (Chaco) á consultar con un facultativo, quien le aconseja su inmediato traslado á Buenos Aires.

Cumpliendo dicho consejo se embarca rápidamente para ésta, ingresando nuevamente al hospital Rawsón en el mes de abril del año 1898.

En dicho hospital lo intervienen bajo anestesia general, estirpándosele toda la superficie perineal infiltrada y se le deja una sonda permanente por la uretra.

En fin terminaron el tratamiento por medio de sondajes con Beniqué, habiendo llegado hasta el número 45.

A los tres meses de tratamiento en el Rawsón salió de alta completamente curado.

Pasó bien hasta el año 1902, en que nuevamente se siente con estrechez, continuando así hasta el año 1905, cuando la dificultad de la micción se hizo casi absoluta pues orinaba á gotas. Debido á lo cual resuelve ingresar al hospital Teodoro Alvarez. En dicho hospital le hicieron uretrotomía interna y luego sondajes con Beniqué hasta el N^o 46,

en el hospital San Roque en donde vino para el efecto.

Desde el año 1905 hasta el 1912 concurría año por año para pasarse su Beniqué, habiendo conseguido llegar hasta el N° 50.

Para asistirse de un nuevo abceso, en el año 1912, la Asistencia Pública lo remite al hospital Teodoro Alvarez.

En el Alvarez, lo operaron inmediatamente bajo anestesia clorofórmica ; le abrieron el abceso ; se curó de ésto, pero en su lugar le quedó una fistula. En estas condiciones y después de veinticinco días se va de alta.

Nuevamente viene á sondarse al hospital San Roque. Desapareció por un tiempo ; habiéndosele formado nuevo abceso en el periné ; se curó en su casa, pues se había abierto espontáneamente, quedando en su lugar cuatro orificios fistulosos por donde escurrían pus y orina. Esta dejó de salir por el meato, para eliminarse toda por los orificios fistulosos.

Estuvo en esas condiciones durante cinco meses, en que nuevamente se le forma un abceso que llegaba casi á las márgenes del ano.

Resuelve ingresar á este hospital, é ingresa el 21 de julio de 1913 con el siguiente :

Estado actual — Julio 22 de 1913. Enfermo en gran estado de demacración. Presenta un absceso en la región perineal, ocupando gran parte del periné, fluctuante á la palpación. Además se observa el orificio externo de cinco fistulas.

Se resuelve abrir el absceso. Se hace una amplia incisión á bisturí, dejando salir una buena cantidad de pus espeso mezclado con sangre.

Agosto 1^o : El absceso operado ha curado perfectamente. Se hacen toques y curaciones antisépticas á los orificios y trayectos fistulosos.

Al mismo tiempo se hacen sondajes con Beniqué, llegando hasta el N^o 50 ; luego se deja sonda permanente uretral durante diez días.

Agosto 12 : A pesar de lo hecho, el estado del periné no se modifica ; pues las fistulas permanecen igual, aunque hoy la orina en un 10 por 100 más ó menos sale por el meato.

Toda la superficie de la región perineal en la palpación, es un verdadero matete ; todo está infiltrado, y sus orificios fistulosos en el momento de la micción dan el aspecto de una verdadera regadera.

El enfermo pide que se le opere y lo cure ; en vista de ello se resuelve hacer una operación radical.

Hay que hacer notar que el enfermo tiene sus aparatos : respiratorio, circulatorio y digestivo normales. Se lo constipa dos días antes con píldoras de opio y belladona.

Se opera el día 24 de septiembre de 1913.

Operador : Doctor Gilberto Elizalde.

Ayudante : Doctor Ham.

Anestesia clorofórmica.

Previa cistostomía supra-pubiana se hace una uretrectomía seguida de uretrorrafia.

Sutura de la piel con crin, y se deja un drenaje superficial consistente en una mecha de gasa, en la parte anterior de la herida perineal.

Septiembre 26 : Se retira el drenaje cambiándose la curación.

Se hace lavaje vesical con solución de oxicianuro por medio de la sonda hipogástrica.

Curaciones diarias hasta el 5 de octubre, en que se retira los puntos de crin de la herida perineal. Supura una pequeña parte, en el punto donde se había dejado el drenaje.

Octubre 8 : La herida perineal se achica. Después de inyección de la solución de oxicianuro en la vejiga por la sonda de derivación, se hace orinar al enfermo ; la micción se produce saliendo la orina

por el meato sin que fluyera líquido alguno por la herida perineal.

Octubre 10 : La herida perineal ha cicatrizado espléndidamente. Se hace la prueba del día 8.

Se presenta una novedad relativamente grave para el enfermo : una erisipela de la cara, con toda su sintomatología clásica. Debido á esta enfermedad infecciosa, es transportado esa misma mañana al hospital Muñiz.

Noviembre 10 : El enfermo vuelve hoy del hospital Muñiz perfectamente curado de su erisipela. Según él mismo, el 14 de octubre le han retirado en dicho hospital su sonda hipogástrica, y al mismo tiempo le colocaron una sonda Nélaton permanente uretral.

Se presenta hoy en las siguientes condiciones : herida hipogástrica casi completamente cicatrizada, pues sólo falta una muy pequeña cantidad de piel para cerrar. Su herida perineal curada.

Se comienza hoy mismo á dilatar la uretra con Beniqué.

Noviembre 16 : Se ha conseguido dilatar la uretra hasta el 49 de Beniqué.

Encontrándose el enfermo perfectamente sano, pues la herida hipogástrica está completamente cicatrizada, y las micciones se hacen cada dos horas y media á tres horas, pide su alta.

Nota — El autor lo ha visto el 10 de marzo y lo encuentra perfectamente bien.

OBSERVACION III

Servicio del doctor Castaño. —Sala VII, cama número 31.

J. L. P., 36 años, argentino, casado, comerciante.

Antecedentes hereditarios Sin importancia.

Antecedentes personales En general fué sano.

A la edad de 18 años tuvo una blenorragia que le duró catorce meses. Se le trató con lavajes de permanganato de potasio. Los siete últimos meses estuvo bajo la asistencia médica de un especialista ; quien, le hacía lavajes con permanganato en su mismo consultorio. Para completar el tratamiento le pasó durante varias semanas (mes y medio), sondas blandas, consiguiendo llegar hasta el núm. 19 como máximum.

A los quince días después del pasaje de la última sonda, le aparece un pequeño absceso en la región perineal, sumamente doloroso, obligándolo á consultar nuevamente al mismo médico. Este le opera el absceso, del cual cura definitivamente á los cuatro días.

Jamás tuvo chancros, ni escoriaciones de ninguna clase en el miembro viril.

La cura de su blenorragia ha sido radical; no hubo nueva infección de esta naturaleza.

Enfermedad actual — El 27 de noviembre de 1911, sufre un accidente de automóvil, en un viaje de su casa de campo á la estación General Pico (Pampa Central). Como consecuencia del choque del vehículo con un poste, el enfermo fué despedido de su asiento, y da á una distancia de tres ó cuatro metros, en pleno periné contra otro poste del camino. Lo que pasó luego, no recuerda, pues había sufrido con el golpe una lipotimia, que le duró veinte minutos, despertó cuando ya se encontraba en su casa.

Inmediatamente fué asistido por un médico de la localidad, quien encontrando rubicundez bastante marcada en las bolsas, y un dolor agudo en dicha región, ordenó baños calientes. La micción era sumamente dificultosa; por gotas, con el esfuerzo que

hacía para orinar, defecaba ; había sangre bastante abundante mezcladas con las materias fecales.

Desde el primer momento del accidente, y durante nueve días, tuvo una temperatura continua de 39°, razón por la cual habían sido prescriptos, tres baños por día.

Cuatro días después del accidente, y habiéndose producido una tumefacción bastante considerable de las bolsas y periné, de coloración negruzca ; ésta fué en aumento, y nueve días después, llegaba á toda la región anal y bajo vientre.

En vista de ello, resuelve venir á Buenos Aires é ingresa á un sanatorio de esta capital el 5 de diciembre del año 1911.

Durante el día se intentó varias veces pasar sonda por la uretra ; no se consiguió, ni con la filiforme. En vista de ello, se resuelve intervenir esa misma noche.

Bajo anestesia general con éter, y según el enfermo, le fué practicada la siguiente operación : Se hace una incisión mediana en la parte anterior del rafe, de cuatro centímetros más ó menos ; por esta abertura se deja un drenaje con gasa yodoformada. Al mismo tiempo se consigue introducir una sonda Nélaton N° 18 por la uretra hasta la vejiga ; esta sonda queda permanente. Se le fué hecha otra in-

cisión en la región perineal, por donde se dejó un tubo de drenaje.

La herida perineal cicatrizó á los ocho días.

La herida de la región escrotal cerró á los dos meses.

La sonda permanente uretral se mantuvo durante ciento setenta y cinco días ; se le hacía lavajes vesicales con solución de oxicianuro, dos veces por día. Después de haberse retirado esta, es decir de ciento setenta y cinco días, se le practicó bajo anestesia general clorofórmica, una uretrotomía interna, colocándosele nuevamente una sonda permanente por veinte días.

Después de esta nueva intervención, el 5 de junio del año 1912 se retira del sanatorio sano, al menos aparentemente.

El 5 de agosto, es decir, dos meses después, notó con sorpresa que de la superficie cicatricial del escroto, de su parte media, escurría una pequeña gota de orina de un pequeñísimo orificio situado en dicha cicatriz.

El 6 de agosto ingresa de nuevo al sanatorio donde se asistió anteriormente. El día 9 del mismo mes, era nuevamente intervenido con anestesia local. Se le opera la fistula uretro-escrotal, dejándosele una sonda permanente uretral durante cuatro meses. A la herida producida por la extirpación de

las fistulas, se le hacía diariamente curaciones húmedas con solución de oxicianuro.

Después de cuatro meses de estadía en el sanatorio, y viendo que de su fístula no curaba, pues se encontraba en las mismas condiciones que al ingreso, se retira y vuelve al campo.

Según el mismo, en esta época, un 10 por 100 de la orina se escapaba por el orificio fistuloso.

Al cabo de un año, nota una disminución gradual de la salida de orina por el meato, pues se había invertido el orden : el 90 % de orina salía por la fístula y el 10 % por el meato.

En vista de ello resuelve venir nuevamente á Buenos Aires é ingresa á este hospital el 27 de diciembre de 1913, con el siguiente :

Estado actual -- Diciembre 27 de 1913.

Enfermo en buen estado general.

Aparatos : circulatorio, respiratorio y digestivo perfectamente normales.

Temperatura : 37°. Pulsaciones 76 por minuto ; pulso regular y tenso.

Aparato génito-urinario -- Riñón : palpación normal. Próstata : al tacto normal. Capacidad vesical 300 gramos. Orinas normales ; la micción efectúa con intervalo de dos á tres horas.

Presenta en la parte media del escroto, en el mismo ráfe una cicatriz de cuatro á cinco centímetros de extensión ; en su parte media se encuentra el orificio cutáneo de una fístula, de un diámetro de dos milímetros, teniendo su trayecto una dirección oblicua, de abajo hacia arriba y de atrás hacia adelante. Deja pasar un estilete en una longitud un centímetro y medio. No sale pus por el orificio fistuloso, ni hay dolor.

Presenta en la parte posterior del escroto, en la vecindad con el periné, un puente de cicatrización formando un verdadero viaducto.

Se explora el calibre de la uretra ; se consigue pasar la sonda olivar núm. 15. La oliva de la sonda, sigue bien sin obstáculo hasta llegar á la parte fistulosa, donde choca contra un pequeño nódulo de consistencia carnosa. Pero á pesar de ello, se consigue vencer y llegar hasta la vejiga sin mayores obstáculos.

Testículos y epididimos : normales :

Diagnóstico — Fístula uretro-escrotal.

Tratamiento — El mismo día se comienza á dilatarlo con Beniqué, pasando sin mayor resistencia el núm. 30 ; lavajes previos con oxicianuro al 1

por 4000. El Beniqué en cada cateterismo, se le deja en la uretra durante 30 minutos.

Marzo 10 de 1914 : El enfermo ha continuado con su lavaje de oxicianuro diario, y sondajes cada dos días, consiguiendo llegar hasta el núm. 58.

A mejorado, pero á pesar de todo lo hecho, la fístula no se ha modificado ; no así respecto á la micción, pues ahora se expulsa nada más que 40 % de orina por el orificio fistuloso.

En vista de esta poca modificación en su estado se resuelve una intervención radical.

Se opera el 14 de marzo del corriente año.

Operador : Doctor Gilberto Elizalde.

Ayudante : Practicante mayor J. Correa Morales.

Anestesia general con éter.

Se hace cistostomía supra-pubiana, dejándose sonda de Pezzer permanente por el orificio hipogástrico.

En seguida se procede á la segunda parte del tratamiento, es decir, á la resección de la fístula uretro-escrotal.

Se reseca en forma de losange, toda la parte de piel cicatricial que rodea al orificio cutáneo de la fístula ; al mismo tiempo, se extirpa el puente cicatricial de unión de la parte posterior del escroto.

Se reseca todo el trayecto fistuloso, así como los tejidos infiltrados que le rodea. Se llega al orificio uretral de la fistula, que tiene un diámetro de cuatro á cinco milímetros. Se avivan los bordes de este orificio, resecaudo un milímetro más ó menos alrededor. Luego se sutura los bordes en sentido transversal, es decir, perpendicular á la luz del canal, por medio de tres puntos separados de catguts N° 0, tomando todos los planos del tejido uretral, menos la mucosa.

Se refuerza esta sutura, con un surget con catguts, tomando, parte de los tejidos que circundan á la uretra en su parte posterior, en esta región.

Sutura de la piel con crin, dejando un drenaje superficial con gasa, en la parte anterior de la incisión.

Marzo 15 : El enfermo ha pasado muy bien toda la tarde del día anterior y noche.

Sin temperatura. Pulsaciones 80. La sonda hipogástrica ha funcionado y funciona perfectamente. Se cambia la curación.

Marzo 16 : Continúa en el mismo buen estado del día anterior. Se cambia la curación ; se retira el drenaje de la herida del escroto.

Heridas hipogástrica y escrotal con muy buen aspecto.

Por la sonda hipogástrica, se hace lavaje de vejiga, con una solución de oxicianuro.

Marzo 17: Se hace la misma curación del día anterior. El buen estado general y local continúa.

Marzo 18: Se cura como en los días anteriores. Se saca dos puntos de la herida escrotal y se hace toque con tintura de yodo.

Marzo 19: El enfermo sigue sin temperatura y en muy buenas condiciones, se cambia la curación.

Marzo 21: Se le saca todos los puntos de crin; herida escrotal bastante cicatrizada.

Marzo 24: La herida escrotal ha cerrado por primera, salvo la parte anterior, sitio donde se había dejado el drén, que supura muy poco. Se hace un ligero lavaje de la uretra anterior.

Marzo 26: La herida escrotal completamente cicatrizada. Se llena la vejiga, de una solución de oxicianuro por intermedio de la sonda hipogástrica,

y se ordena al enfermo que orine por su meato ; lo efectúa muy bien, no pierde líquido con ningún otro lado.

Marzo 28 : Previo lavaje de vejiga, se retira la sonda de Pezzer hipogástrica. El enfermo ha orinado espontáneamente por el meato tres horas después de haberse retirado el drenaje hipogástrico.

Como ha escapado un poco de orina por la herida supra-pubiana en el momento de la micción, se cambia dos veces por día la curación.

Se dan dos sellos de urotropina y solol por día.

Abril 1° : La herida hipogástrica casi cerrada. La escrotal no falta nada más que un pequeño punto en la piel para que cicatrice completamente.

Abril 4 : Se curetea la parte superficial de la herida supra-pubiana, que tiende cerrar rápidamente. Pues en el momento de la micción, escapan unas gotas de orina por su orificio. El escroto perfectamente sano. El enfermo abandonó la cama hace seis días.

Abril 8 : Por el orificio de derivación desde ayer no escurre orina alguna.

CONCLUSIONES

1º—La derivación alta supra-pubiana, es á mi juicio, el complemento indicado en toda intervención por fístula uretro-perineal.

2º—La derivación supra-pubiana, es el único medio de poner en reposo absoluto la uretra.

3º—La sonda permanente uretral, es la causa de la mayoría de los fracasos.

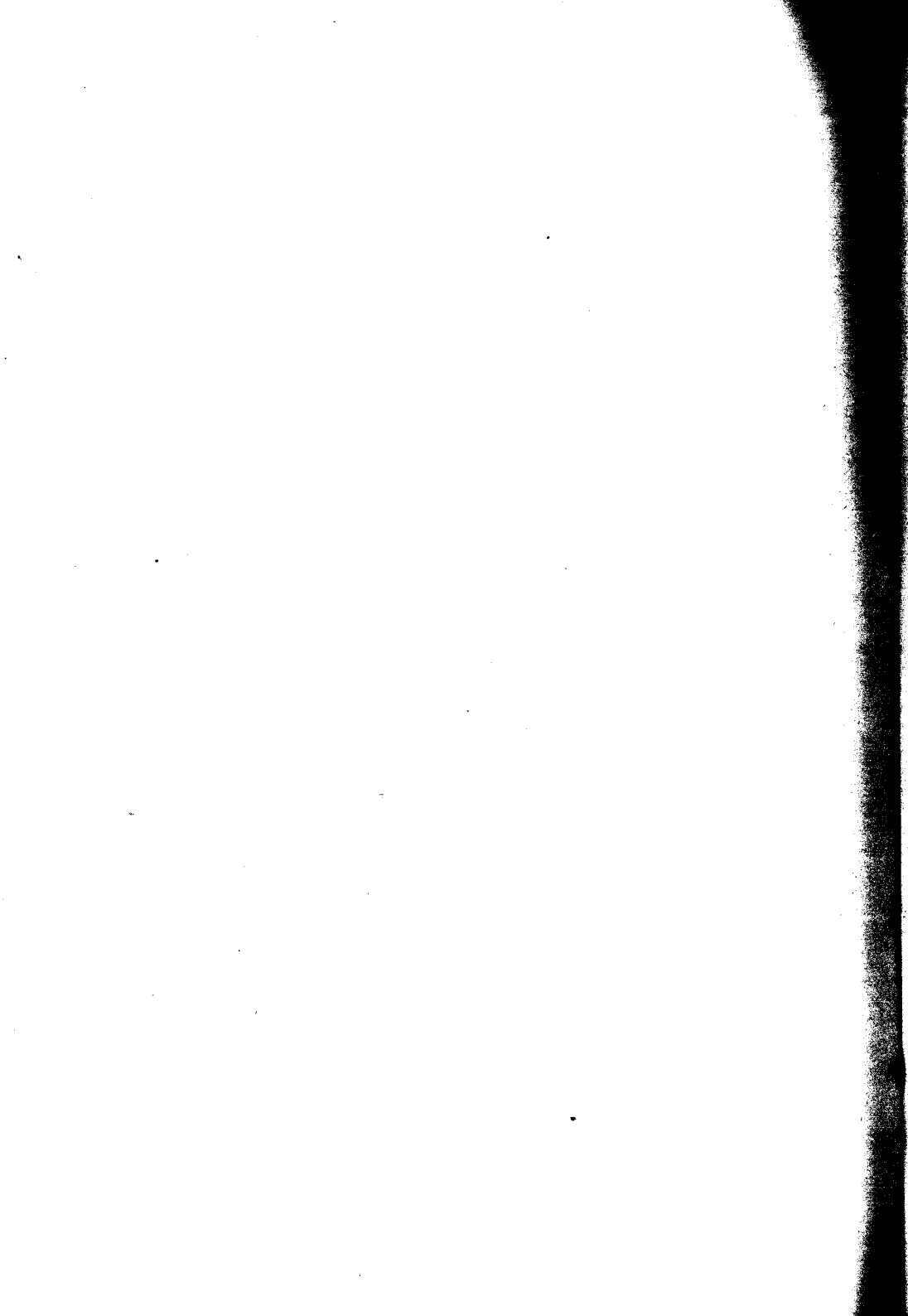
Buenos Aires, abril 13 de 1914.

J. CORREA MORALES.



BIBLIOGRAFÍA

- Guyon* — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.
- Desnos y H. Minet* — Traité des maladies des voies urinaires.
- Albarrán* — Médecine opératoire des voies urinaires.
- Legueu F.* — Traité chirurgical d'urologie.
- Marion* — Manuel de technique chirurgicale.
— Artículo en el : Journal d'Urologie, tome I, N^o. 4, 15 avril 1912.
- G. Guillaume* — De la dérivation temporaire des urines dans les interventions sur l'urètre (Thèse), 1912.
- Nogués* — Thèse de Paris, 1892.
- Forns* — Fístulas uretrales del hombre (Tesis), Buenos Aires, 1907.
- Choltzov* — Annales génito-urinaires, N^o. 21, 1910.
- Pousson* — Précis des maladies des voies urinaires.



Buenos Aires, Abril 13 de 1914.

Nómbrese al señor Académico doctor Baldomero Sommer, al profesor titular doctor Pedro Bedit y al profesor suplente doctor Nicolas V. Greco, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la « Ordenanza sobre exámenes ».

EDUARDO OBIJERO

J. A. Gabastou.
Secretario.

Buenos Aires, Abril 15 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2762 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

EDUARDO OBEJERO

J. A. Gabastou.
Secretario.

30395

PROPOSICIONES ACCESORIAS

—
1

¿La talla hipogástrica tiene algún peligro ?

B. Sommer.

II

¿No conviene ensayar primero el tratamiento ordinario ?

Benedit.

III

¿Se puede producir la estenosis y obstrucción de la uretra en el procedimiento indicado por el autor para el tratamiento de las fístulas perineales ?

N. V. Greco.

30665





