
× CATETERISMO Y URETROTOMIA INTERNA

TESIS LEIDA EL 23 DE JUNIO DEL PRESENTE AÑO, ANTE LA FACULTAD DE
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL,

POR EL SEÑOR

× Eustorgio Salgado Vivanco,

quien la dedica á la Corporación "Estudios de Medicina"



ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

Juzgo, Señores, que muy poco ó nada de nuevo puede decirse, en una tesis doctoral, ya sobre enfermedades que, por muy comunes y extendidas en todos los países, han sido tratadas lata y eruditamente por sabios profesores, ya, también, sobre puntos científicos controvertidos, en cuya discusión han terciado con luminosas doctrinas las más notables eminencias médicas, así europeas como americanas. ¿Qué podría yo añadir, Señores Profesores, á lo que sobre tuberculosis han dicho Panas, y Grancher sobre sifilografía Ricord y Fournier y sobre los intrincados problemas biológicos Spencer, Huxley etc., etc.

Y no es porque yo crea que, en todas esas enfermedades y en todos esos problemas, la ciencia haya pronunciado la última palabra; no, yo pienso al contrario, que, á medida que el tiempo avanza, en virtud de la marcha progresiva de la humanidad, en cumplimiento de la innegable ley del perfeccionamiento, la ciencia, en todas sus amplísimas esferas, tiene también de prosperar

más y más. Desde la época remota de Hipócrates de Cos hasta los modernos tiempos en que los grandes profesores franceses y alemanes han arrancado, como prodigiosos magos, sus secretos á la naturaleza, cuántos descubrimientos no se han hecho, cuántas dolencias no se han curado! Y la obra no está completa aún: reservados le están al Porvenir el descifrar muchos arcanos, el solucionar varios problemas.

He querido, pues, presentaros como tesis un trabajo práctico, fruto de mis observaciones atentas en las salas del hospital, junto al lecho del enfermo, y en casos particulares con el profesor Señor Doctor Cevallos. Y he elegido como tema de ella, el *Cateterismo y la uretrotomía interna*, ora por la gran importancia que tienen, ora porque las estrecheces de la uretra son muy frecuentes. Para no cansar vuestra atención, procuraré que la presente reúna las condiciones de concisión y claridad.

Ocurrió que cierta mañana, en la visita diaria de la sala de S. José del Hospital de S. Juan de Dios, el enfermo que ocupaba el lecho N° 1, manifestóme que, hacía algún tiempo, tenía dificultad de orinar, que después de mucho esfuerzo sólo podía conseguir que le saliese la orina en chorro muy delgado, que á cada instante se interrumpía. En vista de este trastorno funcional, se me ocurrió, desde luego, el diagnosticar una estrechez de la uretra, y, como no se hallase presente en ese momento el Jefe de la Clínica Quirúrgica, me decidí á efectuar el cateterismo para confirmar el diagnóstico. Antes de introducir la sonda llegó el Señor Doctor Cevallos, y, por las preguntas que le hizo al enfermo, comprendí que yo iba á proceder con ligereza.

Efectivamente, muchas enfermedades de la uretra pueden simular una estrechez é impedir el cateterismo; mal podía, pues, asegurar, á primera vista, que se trataba de la enfermedad por mí diagnosticada.

El diagnóstico preciso es de absoluta necesidad para la uretrotomía interna; por tanto, debo aclarar un punto tan importante.

Demos, como desde luego se supone, previo el examen subjetivo, que se quiera comprobar, por medio del cateterismo, una estrechez de la uretra. Se comprende bien que la idea, el principio de esta comprobación partirá del punto en donde se encuentre detenida la punta del catéter. Tres son los sitios, fijos casi siempre, en

los que puede detenerse el instrumento: la fosa navicular, el cuello del vulvo y el cuello de la vejiga, sin nombrar otros intermedios en los que puede, también, detenerse. No me concretaré sino á los dos últimos, por ser los más interesantes.

Siempre se debe principiar el cateterismo por una sonda de calibre normal, porque si es una muy delgada se corre el riesgo de hacer un diagnóstico de estrechez, cuando en verdad no la hay. Evidentemente, una sonda delgada puede detenerse en cualquiera de los muchos divertículos que forman los conductos escretores de la próstata, conductos eyaculadores, glándulas de Cooper, etc., en el interior de la uretra.

Practicando la uretrotomía interna el Señor Cirujano de San José en la persona del Señor N. S., en Diciembre de 1904, se encontró con esta dificultad, cuando trataba de introducir la directriz del conductor de Maisonneuve. Si esta maniobra se hubiera practicado por vía de investigación en un caso dudoso, ¿no podía fácilmente asegurarse por quién no fuera práctico que había estrechez? Pero si, á pesar de haber hecho el cateterismo con una sonda de calibre normal, se nota que, en el punto correspondiente á la uretra membranosa, se detiene el pico de la sonda cuando se ha efectuado el movimiento de báscula; no se puede decir á priori que haya estrechez. Esta porción de la uretra es atacada muchas veces de contracciones espasmódicas que impiden en absoluto la entrada de la sonda; y, como estas contracciones se producen en muchos enfermos al comenzar la maniobra, pueden inducir á un error. Citaré un caso. En la mañana del 5 de Mayo acompañé al Cirujano de la sala de S. José á practicar una lavadura de la vejiga al Señor N. P. que sufría de una cistitis crónica. Como de costumbre, quiso introducir la sonda y le fué imposible, probé á introducirle yo y también poco pude: se trataba, pues, de una contracción espasmódica.

En estos casos, se debe dejar la sonda colocada en la uretra y esperar cierto espacio de tiempo hasta que cese la contracción; porque, de otra manera, con la mayor facilidad se puede abrir una falsa vía, cuya cicatriz produciría en breve una estrechez ó una fistula en quien no la tenía.

Desde que el cateterismo es una maniobra preciosa de que dispone el cirujano para descubrir muchas enfer-

medades de la uretra, debo insistir sobre este punto, ya que con ello he de aclarar un asunto bastante difícil.

El 14 de Abril acompañé á su visita domiciliaria al Señor Doctor Cevallos para curar al Señor V. en quien se verificó una castración; en ese entonces, como dicho señor sufriera de contención de orina, fui recomendado para practicar un sondeo. A tres centímetros más ó menos del meato, encontré una estrechez la que, á mi modo de ver, correspondía á la fosa navicular y más abajo, correspondiente también al cuello del vulvo, hallé otra que con mayor esfuerzo pude franquear, y, cuando llegué al tiempo de bascular el instrumento, noté que el pene se retorcia sobre sí mismo, dirigiéndose á la izquierda y senti, desde luego, un obstáculo insuperable; retiré la sonda y renuncié á la maniobra; insistió el Señor Doctor Cevallos y hubo también de renunciar porque era invencible la resistencia y además el enfermo sentia grandes dolores. Ahora bien, ¿se trataba de una simple estrechez del cuello de la vejiga ó de una hipertrofia de ambos ó de uno solo de los lóbulos de la próstata ó del lóbulo medio? Nada podré decir, porque si se le curaba de otra enfermedad, mal he podido indagar una cosa, que, si bien me interesaba, no era prudente hacerlo. Pero, á juzgar por los datos que da la clínica, como la edad (pues pasa de setenta) y ciertos síntomas que no son del caso enumerar, me inclino á creer que se trataba de una hipertrofia del lóbulo medio de la próstata. Conviene, pues, explicar lo que en estos casos puede ocurrir.

Cuando el catéter se encuentra detenido en la porción prostática de la uretra, tres casos puede hacernos sospechar:—1° *hipertrofia de ambos lóbulos de la próstata*, lo que trae por consecuencia la disminución del diámetro de calibre de la uretra prostática, en cuyo caso, habrá alguna dificultad para la salida de la orina y la sonda encontrará resistencia para llegar á la vejiga;

2° *Hipertrofia de uno solo de los lóbulos.*

Aquí habrá una verdadera disminución de la uretra prostática, pues la uretra parece que se introduce en el lóbulo opuesto al de la hipertrofia, trayendo como cambio funcional el aumento de la disminución urinaria. La sonda llegada al nivel de la hipertrofia, encontrará un obstáculo casi insuperable para llegar á la vejiga, siendo, por tanto, muy expuesto que se produzca una

rotura, al hacer esfuerzo para su introducción. Se debe practicar muy suavemente, sacando y reintroduciendo hasta que se amolde al canal deformado, lo que no se consigue sino con las sondas blandas;

3° *Hipertrofia del lóbulo medio.*

Este es el caso más complicado que puede con suma facilidad hacer caer al cirujano en un gravísimo error. Si introducida la sonda, después de haber atravesado la porción esponjosa y la membranosa, y ejecutado el movimiento de báscula, se nota que, á pesar de estar en su mayor parte adentro, impide la salida de la orina ¿qué podrá creer el cirujano?

Evidentemente, con el desarrollo del lóbulo medio, la uretra se ha levantado, viniendo á formar casi un ángulo recto con la porción anterior, razón por la que la uretra, por una parte, aumenta en longitud y, por otra, presenta al pico de la sonda un obstáculo insuperable, un infranqueable muro, trayendo, como síntomas consecutivos, la retención ó incontinencia de orina, lo que, á primera vista, parece un contrasentido. ¿Cómo se pueden vencer y qué maniobras hay que ejecutar para salvar estos inconvenientes? Como esta demostración sería larga y no es mi propósito sino hacer una ligera reseña de las dificultades del cateterismo en los infinitos casos en que podemos errar, sólo os recordaré muy de ligero el caso del Señor V. que intuitivamente se aplicaba el tratamiento aconsejado para la retención de la orina dependiente de hipertrofia del lóbulo medio de la próstata. Tomando un mandril lo colocaba el Señor V. en una sonda de caucho rojo, y, de pié, y con mucha dificultad, se introducía casi toda ella, saliendo la orina cuando apenas asomaban dos centímetros fuera del meato, notándose, desde luego, un aumento en la longitud de la uretra.

Si tantos motivos de error tiene el cateterismo ¿cómo se reconocerán las verdaderas estrecheces? El interrogatorio hecho al enfermo debe dilucidar la cuestión, ya que, según terminantemente lo dice el Señor Tillaux, dos orígenes reconocen las estrecheces de la uretra: uno inflamatorio y otro traumático. Citaré un caso práctico de cada uno.

Hace un año y medio que el Señor S., de 22 años de edad, contrajo una blenorragia. Por mal y mal cabo, se curó durante los primeros meses, y, despedido

al fin, abandonó el tratamiento que había seguido hasta entonces. quedando con la *gota militar* ó lo que propiamente se llama *blenorea*. Al fin de este tiempo, acudió al consultorio del Señor Doctor Cevallos y manifestó que había notado que el chorro de la orina estaba disminuido de volumen, que cambiaba de forma á su salida del canal, que tenía frecuentes deseos de orinar y que se tardaba mucho en hacerlo. Practicado el cateterismo, se notó que la punta de la sonda se detenía á 12 centímetros próximamente del meato; había, pues, una estrechez de orina inflamatoria, que estaba localizada en el punto preciso, la uretra vulvar.

Un segundo tipo para las estrecheces de origen traumático es el que ahora ocupa el lecho N° 38 de la sala de San Juan de Dios, de edad de 64 años próximamente.

«Hace 15 años más ó menos, dice, se me resbaló el pié y caí á horcajadas sobre un palo que servía de puente, sintiendo un dolor horroroso y notando que me salían algunas gotas de sangre por el meato». Hubo indudablemente una rotura de la uretra.

Pasado algún tiempo, como notara trastornos en la salida de la orina, acudió al Hospital cuando era jefe de la clínica quirúrgica el Señor Doctor Echeverría.

Hoy ha vuelto ya con una fistula en el periné á consecuencia, sin duda, de un absceso urinoso. Introducida la sonda, se detiene á once y medio centímetros del meato.

Cuando en la etiología de una enfermedad de la uretra, dicen los Señores Tiillaux y Forgue, no encontréis un traumatismo ó una blenoragia, de seguro no hay estrechez. Según esto, por el minucioso interrogatorio hecho al enfermo, se puede comprender que se trata de alguna de las enfermedades ya citadas.

Esto apuntado, hablemos de la operación.

La uretrotomía interna, dice Reclus, es la operación previa al tratamiento de las estrecheces, esto es, la dilatación, y añade el Señor Forgue: los casos que reclaman la uretrotomía son tres:

1° Las estrecheces; 2° las de porción peneana, y 3° aquellas que se complican con hemorragia á cada dilatación, con retención de orina, cistitis, orquitis, fiebre y lesiones y complicaciones renales.

Sin ocuparme en hablar de los instrumentos propios para esta operación, sólo citaré los que conozco y que

son más usados: los de Maisenneuve y de Albarrán.

Con estos instrumentos, las uretrotomías internas pueden hacerse de dos modos. 1° de adelante hacia atrás con el de Maisenneuve, y 2° de atrás hacia adelante, con el de Albarrán.

Con el de Maisenneuve ví al Señor Doctor Ordóñez operar á un austriaco, el Señor F. B. Después de 34 años de enfermedad y de haber sido operado en Francia una vez, y aquí otra, por el Señor Doctor Ponce, el Señor Profesor de Anatomía, previa cloroformización practicó la uretrotomía interna con el uretrotomo ya citado, cuya lámina cortante miraba hacia la cara superior de la uretra, lugar en donde se encontraba la estrechez; pero, como tenía también dicho enfermo una fistula urinosa, desbridó la salida perineal, avivando con el termocauterio el tejido esclerosado y colocando profundamente un punto de sutura. Como alumno interno de la sala, continué yo la dilatación progresiva. He aquí un caso incluido en los tres que cita el Señor Forgue: el enfermo sufría de una cistitis, además, frecuentemente, era atacado de fiebre.

En las repetidas ocasiones que he visto operar con buen éxito al Señor Cirujano de San José se ha seguido este método. Todos los casos que he citado están incluidos en los que presenta el Señor Forgue, por ejemplo: el Señor V. . . . T. . . . complicado con cistitis y dificultad para la micción, el Señor N. E. con cistitis y hemorragia á cada dilatación; y otros más, cuya enumeración á manual operatorio omito porque sería cansaros demasiado.

Por el segundo método ó de atrás hacia adelante, ví operar en la persona del Señor N. S., ya citado, haciendo uso el Cirujano del uretrotomo de Albarrán para la porción peneana y del de Maisenneuve, para la uretra posterior. Esta práctica podría, pues, llamarse mixta: el caso del Señor S. está, pues, incluido en uno de los tres exigidos por Forgue, es decir, el de las estrecheces múltiples.

En la uretrotomía interna, lo esencial está en que la bujía conductriz atraviese el orificio estrechado para que sirva de guía al conductor, lo que, muchas veces, no se consigue sino después de mucha paciencia y mucho tiempo, sobre todo, si se hace uso de las bujías de Maisenneuve, que son sumamente blandas. Así tuve oca-

sión de ver la gran dificultad con que tropezó el Cirujano tantas veces citado, para introducir la bujía conductriz en el orificio estrechado de la uretra del Señor N. J. á quien se le operó en Agosto de 1904.

Hoy el Señor Doctor Cevallos ha obviado un tanto el inconveniente que tienen las bujías de Maisonneuve, que, por ser muy blandas no se prestan para la operación, adaptando al conductor de Maisonneuve las de la colección Beniqués de Guyón que son un poco más sólidas.

En los autores que me han servido para mi consulta, no he hallado una cosa que se me ocurre ahora, esto es, el estudio preciso de la situación topográfica de la estrechez, porque puede acaecer que se crea que la estrechez está en la cara superior del conducto, siendo así, que se halla en la opuesta (lugar casi de predilección). Si, pues, bajo este supuesto, hacemos uso del uretrotomo, cuya lámina cortante mire hacia arriba, habremos producido una herida traumática que, más tarde, al cicatrizarse, dará origen á una nueva estrechez, habiendo quedado en su mismo estado la anterior.

No quiero insistir sobre todos los puntos de esta clase de operaciones, porque sería muy largo enumerarlos. Así sólo voy á circunscribirme á uno que otro punto esencial.

Dicen los autores, que tratan de esta clase de operaciones, que una vez hecho el corte, se debe dejar por cuatro días, por lo menos, una sonda fijada en la uretra, siendo preferible hacer uso de una sonda rígida para impedir, de este modo, la cicatrización del corte ó que las orinas inflamen la herida. Esto, practicamente he notado que es irrealizable; pues, no se consigue que los enfermos soporten, siquiera por una hora, la sonda colocada en la uretra. Además del dolor que les produce sienten también ahincos violentos de orinar á cada instante, lo cual, según ellos, constituye un verdadero martirio. Para evitar los fenómenos de la infiltración de orina por la herida y quitar la molestia que le causa al enfermo la permanencia de una sonda fija, lo mejor es colocar la sonda sólo en los momentos en que el enfermo sienta deseos de orinar.

Después no queda ya sino el tratamiento de las dilataciones progresivas, que se han de comenzar con un beniqué de regular calibre, aumentando, asimismo, pro-

gresivamente, hasta llegar á conseguir que los números mayores pasen sin esfuerzo. Eso si, debe cuidarse de que estén siempre asépticos. Cuando ya se ha conseguido que los N^{os} 48 Carriere ó 38 Guyón, que corresponden á una uretra de ocho milímetros, pasen sin dificultad, se irán alejando las maniobras, no repitiéndolas sino cada dos, cuatro, ocho, etc. días, ordenando al enfermo que, siquiera cada año, se someta al tratamiento de dilatación, para impedir así la recidiva que fatalmente sobreviene. Para esto, lo mejor es aconsejar al enfermo que compre un Beniqué y aprenda á pasárselo él mismo, según ha indicado el señor Cirujano de San José al enfermo que hoy ocupa el lecho N^o 11 de la sala de San Francisco y al Señor N. E., que fué operado el día 5 de Abril del presente año.

Observación curiosa, y ya iba pasándola por alto: después de hecho el corte de la estrechez, cuando se quiere introducir el beniqué, parece muy natural que este deba entrar sin dificultad, y, sin embargo, muchas veces he visto que ésto no es del todo fácil; porque la uretra se deforma con la estrechez, haciendo, si no imposible, al menos muy dificultosa la entrada del beniqué, si no va dirigido por la bujía. De éstos he visto algunos casos, que no han dejado de llamar mucho mi atención, puesto que no había encontrado lo que al respecto indicaran los autores de Clínica Quirúrgica.

Como habréis notado, Señores, en el curso de este trabajo, expongo y hago hincapié sobre algunas minuciosidades que, aunque parecen tales, las creo de mucha importancia, puesto que, son observadas en el lecho mismo del paciente y, como éstas pudieran presentarse en repetidas ocasiones, sin que el Cirujano talvez se dé cuenta de ellas, me ha parecido justo indicarlás, ya que serían, acaso, lo que talvez pudiéramos llamar: hallazgos Clínico-Quirúrgicos.

BIBLIOTECA “**PATRIA**” DE OBRAS PREMIADAS

MADRID

Publica novelas, cuentos, etc., premiados en concursos públicos y obras fuera de concurso debidas á los más distinguidos literatos españoles.

La mejor recomendación de esta “Biblioteca” es decir que ha merecido alabanzas de literatos como los Sres. Pereda, Menéndez Pelayo, Palacio Valdés, Balart, Sánchez Moguel, Silvela, etc.

Los tomos que publica, contienen preciosos grabados de los artistas españoles de más nombradía y cubiertas tiradas á seis colores con el retrato del autor de cada obra.

PATRONATO PRINCIPAL

- Excmo. Sr. Marqués de Comillas.
“ “ Conde de Bernar.
“ “ Conde de Canilleros.
Iltmo. “ Barón de Vilagayá.
Excmo. “ D. Joaquín Sánchez de Toca.

OBRAS PUBLICADAS

- La Golondrina, (novela) por Menéndez Pelayo.
La Tonta (id.) por Solano Polanco.
Epistolario. (id.) por Santander y Ruiz-Giménez.
Almas de Acero, (id.) por Rogerio Sánchez.
La hija del Usurero, (id.) por Maestre.
La Cadena, (id.) por Amor Meilán.
Engracia, (tradición hispano-romana) por Pamplona Escudero.

Colección de cuentos premiados, de los señores Menéndez Pelayo, Lafuente, Solano Polanco, Teodoro Baró y S. Truyol y Plana.

Pídanse en todas las librerías de la República

AVIS IMPORTANT

L' Université de Quito, désirant accroître ses Musées de zoologie, botanique, minéralogie et ethnologie, s' est proposée de se mettre en relation avec les divers Musées d' Europe qui voudraient faire ses échanges de collections, etc. A ce propos, elle est toute disposée d' envoyer aux Musées, publics ou particuliers, qui se mettront en rapport avec elle, des exemplaires de la faune, de la flore, etc. équatoriennes, en échange des exemplaires étrangers qu' on voudrait, bien lui envoyer.

Les personnes qui, voulant accepter cette excellente manière d' enrichir leurs Musées, désireraient tel ou tel exemplaire, telle ou telle collection, par exemple, une collection ornithologique, n' ont que s' adresser à

“Mr. le Recteur de l' Université Centrale de l' Equateur.

Quito”

ou á

“Mr. le Secrétaire de l' Université Centrale de l' Equateur.

Quito.”

TRADUCCION

AVISO IMPORTANTE

La Universidad de Quito, con el objeto de fomentar sus Museos de zoología, botánica, mineralogía y etnografía, ha resuelto establecer cambios con quienes lo soliciten; y á este fin, estará pronta á enviar á los Museos públicos ó privados, que se pusiesen en correspondencia con ella, ejemplares de fauna, flora, etc. ecuatorianos en vez de los extranjeros que se le remitiesen.

Quien, aceptando esta excelente manera de enriquecer sus Museos, quisiese un determinado ejemplar ó una determinada colección, v. g.: una ornitológica, etc., diríjase al

“Señor Rector de la Universidad Central del Ecuador.

Quito”

ó al

“Señor Secretario de la Universidad Central del Ecuador.

Quito.”

Los Anales de la Universidad

se canjean con toda clase de publicaciones científicas y literarias. También se canjean colecciones de éstas, con colecciones de los Anales.

Para todo lo relativo á los Anales, dirigirse al Sr. Dr. Daniel Burbano de Lara, Secretario de la Universidad.



VALOR DE LA SUSCRIPCIÓN

Suscripción adelantada por un tomo, ó sea, un semestre.....	\$ 1.20
Número suelto.....	0.20

