

51-1

Dr. Guzman

Los traumatismos de la uretra.
Sus complicaciones. Tratamiento.

81-14-101

Nº 1565

Tesis del Doctorado Ca 2381
de

Anastasio Perez González

1

Ilmo. Señor.



Señores:

Por ineludible deber más que por propio deseo,
vengo obligado en el día de hoy á presentaros una
disertación. Si yo os dijera que este es el trance más
apurado de mi vida científica, no habría necesidad
de esforzarme demasiado para justificar esta aser-

2

ción mía, ¿ y cómo no? he me aquí, rodeado de tan
excepcionales circunstancias, que motivo suficiente
y aún sobrado son para apagar mi ya de muy
escasas iniciativas; deaba que llegase este día, y
nunca como hoy me vi de amilanado y confuso.
No es que halle dificultades en la elección del tema
que habría de desarrollar, no, pues sobrada ayuda
de ellos muestra ciencia y a cual más interesante
todos; es, que oído la vertable diferencia que
existe entre mi pequenez científica y la grande-
za del acto en que tan activa parte tomo,

3
es, que sé cuán árdua y difícil es toda labor científica; máxime cuando anda en manos tan poco hábiles como las mías, y solamente fiado en vuestra benevolencia voy á permitirme distraer vuestra atención breves momentos.

Una observación única desgraciadamente ha sido motivo de que fijara mi atención en "los traumatismos de la uretra del hombre" y los hiciera objeto de estudio para mi tesis de Doctorado: de este caso á que me refiero he de hablaros más adelante, pues difícilmente podré borrar su recuer-

4

do imperecedero de mi mente.

Me he propuesto hacer aqui un estudio de patología, pues cuanto yo pudiera decir, conriguando queda en obras clínicas sobre el asunto, si solo un estudio de conjunto, de tal manera, que si algo tiene de original, será la manera de exponer asunto conceptuado por mí de tal trascendencia, que si bien quisiera ser breve y conciso, sentiria no saber dar el colorido que merece, sin omitir detalle alguno de cuantos puedan ser de utilidad, así para formar un diagnóstico, como para formular un trata-

5

miento, y quisiera esto porque en casos como estos de una
tal importancia para el enfermo, meunter es evitar
todo motivo de error, puesto que pudiera acarrear
funestas consecuencias: á pocos casos mejor que á estos
tiene perfecta aplicación aquel aforismo de nuestro
célebre cuau no bien estudiado Letamendi: "en otras
artes, el práctico que yerra, yerra; en la medicina, el
práctico que yerra, mata. (1)

I.

Los traumatismos de la uretra del hombre, con res

(1) Letamendi. "Curso de Clínica general" = Madrid 1.894. Vol. II, aforística gene-
ral, páig. 16, aforismo 10.

más frecuentes que en la mujer, no son sin embargo
 uno de esos hechos de frecuente observación, todo al con-
 trario, su rareza en la práctica es seguramente motivo
 de no ser lo conocido que debían por algunos prácticos
 á pesar de lo trascendente que son las indicaciones que
 frente á uno de ellos hay que llevar á cabo, por lo que
 me esfuerce mucho en demostrarlo, ~~teniendo~~ en cuenta
 la función que respecto del aparato urinario está
 encomendada á la uretra: si ésta, por uno de esos
 accidentes fortuitos que son motivo de un traumatis-
 mo, sufre una alteración que constituye un

9

Obstáculo serio á la emisión de la orina; ésta, retenida
ha de dar lugar á la presentación de varios fenómenos, de
los cuales, generales unos, locales otros, han de poner todos
en peligro la vida del enfermo. ¿y cómo no? con la
orina son eliminados los productos tóxicos nocivos al
organismo, de manera que los tejidos en presencia de
líquido cuyas propiedades tóxicas para la célula son
de todas conocidas, han de sufrir alteraciones que
les conduzcan á la muerte.

Sucedirá que á estos fenómenos de retención
de que venimos hablando, seguirán otros como secuela

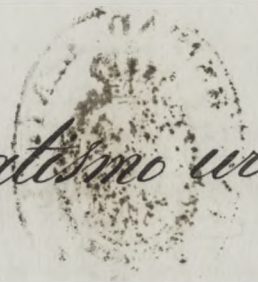
inmediata, cuya gravedad ha de ser tanto mayor cuanto sea expresión de alteraciones generales y tanto menor si lo sea únicamente de estados locales, pero tanto en uno como en otro caso, graves siempre hasta el extremo de poder ocasionar la muerte, si no se acude presto á tratarlas ó el tratamiento es deficiente.

Señalado esto, conviene ante todo estudiar el diagnóstico del traumatismo, base segura y fuente primordial de donde emanau todas nuestras ulteriores decisiones, de las que á decir verdad, depen-

de tanto la vida del paciente que a' no llegar
decurrido tarde o' la lesión uretral ir ligada a'
uno de esos traumatismos que por si determinan
la muerte podemos evitarla con una conducta
activa adecuada a' las circunstancias.

II

Diagnóstico del traumatismo uretral.



Supongamos por un momento que nos halla-
mos frente a' un caso de traumatismo uretral,

10

no ha de costar gran trabajo establecer el diagnóstico del mismo, los conmemorativos por una parte del dolor, los trastornos de la micción y la uretromagia por otra, bastan para que podamos formularle; pues bien, ¡hecho esto, sabido que un individuo ha sufrido un traumatismo de la uretra, tenemos base suficiente para ajustar nuestra línea de conducta frente a' los dos restantes juicios clínicos, así pronóstico como tratamiento? no, seguramente, y quien de tal modo procediera merecería la más acerba censura,

pues con una tan incierta base, con un diagnóstico tan á medias, no podría establecerse sino á medias también, el pronóstico y el tratamiento, y lo que en particular hace referencia al último, es muy probable que no se empleara el más conveniente, pues no todos los traumatismos de la uretra, han de tratarse de igual manera, y es preciso afirmar bien el diagnóstico para hacer aplicación de la indicación que según el caso resultare.

Como veugo diciendo, no trata afirmar

12
la existencia de un traumatismo uretral, no, hay
algo más que hacer, precisa conocer el sitio de él,
su extensión, su calidad; una vez resueltos estos
no pequeños problemas, y digo no pequeños, no por
la dificultad que ofrecen precisamente, si que
más bien por lo importantes que son en todo caso,
entonces si que podemos asegurar que nuestra misión
diagnóstica ha terminado, importa luego estable-
cer con toda premura el tratamiento que el caso
conviene.

No siempre sucederá que podamos hallar tantas facilidades en el diagnóstico, como algunos suponen, casos habrá en que solo un examen minucioso nos pueda conducir a un juicio exacto, preciso es contar con circunstancias varias, no hay que olvidar las complicaciones, siempre graves, que en breve lapso de tiempo han de sobrevenir y ocultar a nuestra apreciación datos que pudieran sernos útiles, puede darse el caso de que las complicaciones llamen a nuestra atención como la del enfermo, y un pequeño

14

dercuido de uno ó de otro, sea motivo de que el trata-
miento vaya dirigido al efecto solo cuando nun-
ca debe olvidarse la causa.

Dedicaremos á estas complicaciones una
parte de nuestro trabajo, estudiándolas preferente-
mente en sus relaciones con el traumatismo uretral,
descartando su significación como accidentes de
otros diversos estados patológicos del aparato urinario.

Esái aquí, y vamos por partes trazando nues-
tro plan de estudio. Pudiera suceder, como de hecho

15
sucede, que el precipitado traumatismo ocasiona en
individuos con una lesión del aparato urinario, á
la cual viviera á sumarse, complicándola ó impi-
diendo que luego nosotros dirigiéramos el tratamiento
por vías naturales, como por ejemplo, las falsas vías
en caso de retención urinaria, los cálculos uretrales,
vesicales, ect; en casos á estos parecidos, para esta-
blecer un buen diagnóstico, necesita el práctico pers-
picacia suma y sobre todo tener conocimiento perfec-
to del asunto que entre manos trae, medio, á mi

manera de ver de evitar no pocos males, porque en
 casos de estos, un descuido por parte del práctico sue-
 le ordinariamente cortar la vida al paciente; veamos,
 pues, los medios de desenvolver nuestro plan con toda
 claridad para que no creamos motivo de oscuridades
 en materia que merece ser tan bien conocida.

Cuando el práctico se encuentra frente a' un
 traumatismo uretral, pueden darse dos casos: ó bien
 es reciente, y entonces assiste a' la evolución de los pri-
 meros fenómenos, ó bien es antiguo, y entonces nos
 hallamos frente a' complicaciones diversas según

17

su fecha, extensión y caso, como en ambos no ha de ser la misma nuestra conducta, estudiemos separadamente cada uno.

Si se trata de un traumatismo de fecha reciente, en este caso es indudablemente cuando con más facilidad se puede establecer el diagnóstico; el enfermo aqueja un dolor vivo ordinariamente, que se irradia á las partes vecinas, teniendo su maximum de intensidad en el punto en que la lesión radica; el dolor en el momento de la producción del traumatismo es tan vivo en algunos casos, que puede,

à decir de Gillaux (1) producir un síncope; este dolor aumenta à la presión loci dolentis, y por los esfuerzos de la micción.

Consecutivo al dolor, el enfermo tiene ó ha tenido hemorragia uretral, fenómeno que denota siempre una laceración de la mucosa, en los casos sencillos apenas si salen unas gotas de sangre por el meato urinario, pero en otros es una verdadera hemorragia la que se produce, pudiendo en algunos casos lle-

(1) Gillaux = *Braite de Chirurgie Clinique*. Tomo II pag.^o 311. = París 1891.

19

gar á ser grave, así por su abundancia como por su duración; ésta que frecuentemente es inmediata al traumatismo, tarda algunas veces, dos, tres días en presentarse, lo cual revela que la rotura fué de los tejidos subyacentes á la mucosa uretral, y la sangre ha salido al exterior en este caso, cuando un trabajo de ulceración ó una maniobra imprudente de cateterismo destruyere la citada membrana, dando salida á la sangre bajo ella acumulada.

En muchos casos aparece un equimosis en los tegumentos inmediatos al sitio de la lesión,

20

equimosis que á decir Poulet y Bourquet (1) lle-
ga algo lejos jaspeando con sus tintas violáceas el
escroto y tegumento del miembro; este equimosis apa-
recerá tanto más pronto cuanto mayor y más pro-
fundo sea el derrame.

Si la lesión es externa no es ya un equimosis,
sino que más bien una bolla sanguinolenta lo que aparece
en el punto lesionado; esta bolla, cuyo tamaño varía,
pudiendo alcanzar el de un huevo de gallina y aun
mayor, á medida que la orina se infiltra en

(1) Poulet y Bourquet. - Tratado de Patología externa. - Tomo III, pag. 295.
versión española de la 2.^a edición francesa.

ella y tejidos inmediatos, forma un tumor elongado central situado en el trayecto de la uretra y rodeado todo él de una zona equimótica que se extiende más o menos según la intensidad del traumatismo, llegando hasta el escroto y aún a la raíz de los miembros inferiores; este tumor sanguineo dice Bonvilley (1) es reductible a la presión, derramándose entonces sangre pura ó mezclada con orina; circunstancia esta que resulta beneficiosa para el enfermo, pues puede apretándola variar la de vez en cuando e impedir el

(1) Quélis-Kirmison - Peirot y Bonvilley. = "Tratado de Patología externa", tomo IV, órganos genitales urinarios y miembros por G. Bonvilley, ver esp.^o de la 5.^a ed.^o fran.^o, pag.^o 150.

contacto demasiado prolongado del pene, sangre y orina,
con los tejidos como hacia un enfermo citado por
S. Duplay. (1)

Si estos fenómenos siguen los trastornos de la
micción, que si bien constantes, no por eso son menos varia-
bles en intensidad que los demás síntomas, dependiendo
esta variedad de la cantidad del traumatismo, teniendo
ocasión de observar el práctico, desde la simple disminu-
ción hasta la total retención de orina, si bien esta tar-
da en casos horas y aun días en presentarse.

(1) Erskhurst. - Enciclopedia internacional de Cirugía - Enfermedades de la uretra por P.
Duplay, en el tomo VIII, pág. 287 de la versión española de Cross.

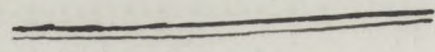
Se comprende que los fenómenos de retención sean tan variables, pues en el caso de hallarse rota la uretra en su totalidad, la retracción y abarquillamiento de los dos cabos de sección, destruye la luz del conducto e impide la emisión de la orina; si la rotura es intersticial el hematoma formará protuberancia en el conducto uretral, disminuyendo su luz y hasta llegando a obstruirla por completo; también pudiera ser motivo de retención un espasmo uretral, en cuyo caso al cesar este cesará aquella, que solo

habrá sido temporal, ó bien algunos coágulos sanguí-
neos, obstruyendo el conducto dicho. Este cuadro sín-
tomático es tan alarmante de cuyo que bien pronto
el enfermo ha de reclamar los auxilios del médico,
siendo bastante raro que éste llegue á encon-
trarse con un periodo de complicaciones de que se
de hablar en momento oportuno y que Ferrillau
(1) ha denominado secundarias.

Hecho ya el diagnóstico de la existencia del

(1) Ferrillau. = tesis de Agregado = Paris 1.878.

traumatismo, nos queda averiguar el sitio en que la lesión radica y la extensión que alcanza, datos ambos de no escaso interés para establecer el tratamiento.



III

Diagnóstico del asiento y extensión de la Lesión uretral.



No han faltado autores que con el fin de

precisar el asunto de la lesión hayau recomendado
 la exploración de la uretra con una brújula olivaria;
 contra esta práctica se levantaron dos prestigios de
 la ciencia, Goselú (1) y Guyon, y no les faltaba
 razón para ello, pues como ha dicho Bonilly (2)
 "el cateterismo produce dolor y aumenta la he-
 morragia"; á lo que yo no vacilo en añadir
 que en los casos de rotura intersticial es que la
 última falta, la produce rompiendo la mucosa.

(1) Goselú. Lecciones de Clínica quirúrgica. = Tom. 2^o de enf^u de las vías urinarias,
 págs 145 á 331.

(2) Bonilly. = Tratado de Patología externa por Heclús, Kirmisson, Pérot y Bonilly: tomo IV
 págs 152 de la edición ya mencionada.

que distendida por el hematoma opone un obstáculo
á la inyección y á la introducción de la sonda;
pero casos hay, y aquí de la habilidad del práctico en
conocerlos, en los que el cateterismo puede prestarnos
algun servicio á condición de practicarse con habili-
dad y extremo cuidado; no siendo así, siempre
puede ser perjudicial en alto grado, de aquí la
necesidad de abstenerse de toda exploración con bu-
jía ó sonda, en caso de traumatismo uretral, á no
ser que hubiere indicación determinada con

precisión y siendo llevada á cabo por persona competente.

Descartando el cateterismo, por ser contados los casos en que pueda tener aplicación, pasemos á estudiar otros datos que puedan servirnos de base para establecer el diagnóstico del sitio en que la lesión radica. Muy conveniente será conocer la calidad del agente traumático: si se tratara de una puntura de la uretra, por lo común un pequeño flujo de sangre y un insignificante equimosis en el punto en que obró el agente

vulnerante, á esto se reduce todo, curando espontáneamen-
te en algunos dias, si la herida es incisa siempre
ha de ir acompañada de sección de todos los tegidos
blandos periuretales, estando herida la uretra al
nivel mismo en que lo estén ellos; cuando se trata
de falsas vias, si bien puede la lesión radicarse en
cualquiera parte de la uretra, sin embargo,
la perforación siempre debida á maniobras im-
portantes de cateterismo con instrumentos metá-
licos, radica de ordinario en aquellos sitios

en que la uretra por su natural disposici6n, ofrece
 un obst6culo al paso de la sonda o' explorador met6-
 lico, como son: al pasar de la uretra anterior a' la
 posterior, o' lo que es lo mismo, de la porci6n esponjosa
 a' la membranosa; mas adelante, al nivel del ligamen-
 to de Carcassonne, hallamos un nuevo obst6culo,
 la pared superior de la uretra, y al mismo nivel
 en su parte inferior otro, constituido por el fondo
 del saco del bulbo. Esto puede suceder en estado
 normal, que en el patol6gico los obst6culos aumentan

21
efectivamente, hallause casos en que las lagunas de
Morgagni están dilatadas lo suficiente para permi-
tir el paso por ellas de una biija fina, sobre todo si
es rígida, que perfora la mucosa en un trayecto varia-
ble, en otros casos los orificios de las glándulas de
Cowper, hallause ulcerados y agrandados en algu-
nos viejos, en fin, la mucosa uretral ofrece tal laxitud
que arrollándose por delante del pico de la sonda for-
ma un repliegue que al llegar a nivel del cuello
del bulbo se produce la perforación con facilidad
suma; por último, las estrecheces uretrales por una

parte, y la hipertrofia prostatica, por otra, son motivos de las más frecuentes perforaciones, radicando en las primeras á su mismo nivel, y en las segundas, ya se atraviesa la próstata hasta la vejiga y puede resultar útil esta perforación, hasta el extremo de haberla erigido en método de tratamiento, ó se penetra en el espacio pro-
 vaxical por la cara anterior de la uretra ó entre la vejiga y el recto, por la cara inferior.

Bien merece párrafo aparte el estudio del arriunto de la lesión en caso de herida contusa ure-
 tral, ya sea una rotura, ya una ligadura dura;

en las primeras tiene importancia, y es un dato precioso saber sobre que punto obra el agente vulnerante, en las segundas este dato no es fácil de apreciar y además de poco nos valdría por su peculiar modo de producción.

En las desgarraduras, si son producidas por un endurecimiento brusco del pene, al nivel de una anti-
gua estrechez, el conocimiento preciso de esta nos daría cuenta del asiento de aquella, pero fuera de este caso el diagnóstico del asiento de la desgarradura sea de
poco valiosidad de los datos generales que ex-

podremos más adelante.

Las contusiones ó roturas uretrales, pueden ocurrir en cualquiera de las dos porciones en que se halla dividida convencionalmente la uretra; pero de ellas la peneana ó libre ofrece muy poco blanco, ya por su extrema movilidad en estado de flaccidez, ya por la manera especial como los agentes vulnerantes obran sobre la uretra; pero en lo que hace referencia á la fija, ya cambian las cosas; en ella es donde los traumatismos uretrales hacen más blanco, ya es un puntapié ó una coz de caballo recibida en el perine, ya

una caída de torcajadas sobre un cuerpo duro, ya una fractura del pubis la que produce la rotura uretral, ó ya en fin es un individuo que estando apoyado en un palo, sobre el perine, se rompe aquél, y el extremo aguzado por la rotura se clava en éste, como ocurrió en el caso siguiente, que he tenido ocasión de observar:

Se trata de un niño de unos 8 años de edad, llamado J. G., natural de Vega de Villalobos, (Zamora) que estando apoyado en un palo, contra el suelo y el perine,

26
rompióse el primero uno de sus extremos, agurado
por la rotura, i introdujóse al caer en el perine
del niño, produciendo una herida que ocupaba
el rafe perineal en una extensión como de tres cen-
tímetros, y en una profundidad casi igual; lim-
pia perfectamente la herida, vedó la hemosta-
sia, suizando dos arteriolas, e introducida con
cuidado en la uretra una sonda del
número 9 de la escala francesa, bien pronto
apareció en el fondo de la herida su extremo

37

olivar, retirada esta é introducida una sonda
metálica con las precauciones pertinentes al caso,
puede apreciar que la uretra estaba desgarrada
en una extensión como de un centímetro y si-
guiendo una dirección longitudinal.

Después de nuevos lavados, aplicación
de dos puntos de sutura sobre la herida ure-
tral, con catgut del número 0.0, se coloca
una cura antiséptica que se renovaba cada
vez que el niño orinaba, haciendo al mismo
tiempo un lavado de la herida con agua

herida, para amarrar la orina derramada en el foco traumático y evitar complicaciones sépticas que comprometeran el buen éxito de la sutura.

Al cuarto día de tratamiento la salida de orina por la herida uretral era casi nula, curando sin consecuencias inmediatas al cabo de unas dos semanas de ocurrido el accidente en Marzo de 1.900.

No me entretendré ahora en estudiar este caso.

quede aquí coniguado para sacar de él las consecuencias que á él hagan referencia en momento oportuno.

Siguicndo con el estudio de las lesiones de la porción fija de la uretra, sucede en ~~unos~~ casos que el agente traumático es móvil (puñetapés, cor de caballo etc) en otros es fijo el perineo es móvil (caídas á horcajadas) en ambos casos la uretra queda siempre cogida entre dos cuerpos duros, el que produce el traumatismo y el hueso pubis; ahora bien, ¿cual es el punto, que, como sea dicho

felizmente Ferrillou, (1) vive de arista constante?

Dato digno de mencione para averiguar el sitio de la lesion y que tiempo ha venia llamando la atencion de los autores, si bien muy la emision esta se considera remota gracias a las oportunadas estudios de Ferrillou, (2) no por eso merecen parame por alto las contradictorias opiniones emitidas por distintos autores que a lo menos tienen interes historico.

(1) Ferrillou = Eni de Agregado = Paris 1.878.

(2) Ferrillou = Hom. Hon. Hon.

Para Jaume Velpeau (1) y Voillemier, era el borde del arco pubiano ni la lesión asentada en la porción membranosa, y la cara anterior del pubis, ni en la bulbosa, opinión que prevaleció no pocas años, siendo admitida por todos sin réplica: Ollier y Poncelet (2) creen que en la caída a torcajadas la rotura es producida con arreglo a la teoría anterior, tratándose de la porción bulbosa; pero si fuere de la membranosa, la uretra es, según ellos, seccionada por

(1) Velpeau. De la contusion dans tous les organes. Féris se concurre. Paris 1.832. Contusions de la uretra pag^o 105 y sig^{tes}.
 (2) Poncelet = Note sur le siege précis des ruptures de l'urethre et sur leur mecanisme. Lyon Medical 1.844, pag^o 709.

el ligamento de Heule. Si decir estas opiniones por no ser de este lugar ni nuestro fin tampoco, alargando demasiado esta en cierto modo pequeña digresión que nos hemos permitido hacer, consignemos que desde Cras (1) Ferriellou y Kaufman se considera resuelto el problema, especialmente por el seguimiento de los autores citados, como decía antes; admiten actualmente que en las caídas a horcajadas sobre un cuerpo duro y poco voluminoso, la uretra se rompe sobre las aristas de las ramas izquierdo-púbicas, que según Cras son reconocibles en el vivo a la palpación, mas si el cuerpo sobre que

(1) Cras - Bulletin de la Société de Chirurgie, 1876, tomo 2.^o

no cae es voluminoso, la uretra no pudiendo ser recha-
rada a' los lados, es aprisionada contra la cara an-
terior del pubis en su porción más inferior o' contra
su borde inferior solamente.

Terminada, pues, esta digresión, volvamos al
asunto preciso de la lesión; para Guyou (1) Coas y
Ferrillon, la lesión radica en caso de traumatismo peri-
neal al nivel de la porción media o' anterior del bulbo,
quedando, a' decir del último, por delante del ligamen-
to de Carcamone un colgajo de conducto de una lon-

(1) Guyou = Rapport sur la memoire du Coas. - Bull de la Soc. Méd. 1876.

gitud variable entre uno y tres centímetros; desprenden de los estudios del último de los mencionados autores, que influye en el asiento de la lesión el volumen del agente traumático tratándose de caídas o' horcajadas: así que si es poco voluminoso, la lesión radica en la parte media del bulbo sobre la pared infero lateral de la uretra; si el agente vulnérante es voluminoso, la lesión radica en la parte anterior del bulbo o' en el cuerpo espoujoso e' interna la pared inferior del conducto. Este diferente asiento de la lesión tiene su completa explicación en el diferente modo de producción de aque-

lla en uno y otro caso; así que con lo poco que acerca de este punto nos hemos permitido exponer en párrafos anteriores, huelgan los comentarios, y damos por terminada esta cuestión.

Si la lesión uretral es consecutiva á una fractura ó dislocación pubiana, entence generalmente radica en la porción membranosa de dicho órgano por su fijera y proximidad al pubis, bastando como dice muy bien nuestro Arcilna (1) un cambio pequeño de postura de los fragmentos, para que se verifique

(1) Arcilna. = Resultados experimentales y clínicos de las lesiones traumáticas de la uretra; pag.^a 32.

la herida ó rotura de la uretra.

Faltan á veces motivos que expliquen una rotura uretral, y sin embargo ésta existe, tratarse en estos casos de lesiones producidas por dislocaciones pubianas que conviene explicar, deteniéndose siquiera breves momentos, nuestro Arellano, (1) que es acaso uno de los que mejor las ha estudiado, demostrando su frecuencia en la traumatología pelviana, las explica de la manera siguiente: al perderse el paralelismo entre los dos huesos pubianos dirigiéndose uno de ellos hacia adelante para

(1) Arellano. Obra ya citada, pag.^o 39.

47

acabalar sobre el otro, el triángulo fibro-muscular que se anida en sus bordes, sufre una tensión proporcional a la derivación. Si ésta no es muy violenta, determina equimosis y erosiones, pero cuando es muy exagerada puede desgarrar el musculo septum perineal.

Señalada la existencia de lesiones uretrales, sin lesión pelviana aparente, sin acción de agente traumático que las explique, conviene al investigar retinalar aquellas que han sido atribuidas a una acción muscular. Thompson, entre otros cita un ejemplo de esto en que la lesión uretral empuja

tiva a' una caída de pies, era atribuida a' la acción muscular dicha. S. Duplay, al hacer mención de ella, cree mejor atribuirla a' una dislocación pubiana; efectivamente, hay casos en los que la lesión uretral, resultado de un acabalgamiento, ó sea aunque momentáneo, suficiente a' producirla, es como dice muy bien S. Duplay, (1) el único testigo de esta lesión de la pelvis.

Llevamos estudiados hasta la fecha los puntos interesantes del diagnóstico de los traumatismos

(1) Ankhurst = Obra citada = Tomo VIII, pag. 289.

retraher, restamos para terminarle pasar revista al
 tercero y último, el de la extensión de la lesión, no
 menos interesante y trascendente que ellos, pero igual-
 mente variable según la calidad del traumatismo
 y bastante más difícil de resolver, en el que reencar-
 na un estudio en cierto modo anatómico-patológico
 más bien que clínico.

¿La rotura es completa o incompleta: en caso
 de tratarse de la última, cual es la pared lesiona-
 da? He aquí dos cuestiones que una vez resuel-

tas facilitarán y atraerán el tratamiento; anatómo-
 patológicamente hablando se admiten varios grados
 de rotura, según estén más ó menos interesadas los
 tejidos uretrales; en un primer grado ó rotura in-
 tempestiva, lo único interesado es el tejido esponjoso,
 es lo que se produce más fácilmente, no siendo,
 sin embargo, la más frecuente; la hemorragia
 uretral falta ó es tardía, formando un hematoma
 submucoso, de manera que la hemorragia,
 caso de haberla, es por manobras de cateterismo
 ó por ulceración de la mucosa uretral. En el segundo

59

grado hay á más de la rotura intersticial la hay del
tejido mucoso y submucoso, siendo la hemorragia inme-
diata al traumatismo, raro es que en este caso vivada
la lesión toda la circunferencia uretral, aunque se ci-
ta un caso por Cras; en los casos de roturas incomple-
tas la lesión asienta en la pared infero-lateral de la
uretra si el agente que actuó sobre el perineo era
poco voluminoso, y en el caso contrario la lesión asienta
en la pared inferior de dicho conducto.

En la rotura de tercer grado, la lesión

alcanza á las tres túnicas uretrales, que son seccionadas á un mismo nivel; en ésta se observan distintas variedades, ya esté invadida una parte de la circunferencia uretral como en casos de punciones, heridas incisas y falsas vias, ya estén ampliamente desgarradas sus paredes quedando únicamente una lengüeta que une los dos cabos de la uretra, ya en fin, queda el conducto totalmente dividido (incisión, fractura del pubis, y dislocación pubiana?) y entre los dos extremos de la uretra queda un espacio de extensión variable entre dos y cuatro centímetros, habiendo retención

total de orina desde el primer momento.

50

Venimos dedicando especial atención á las roturas uretrales por ser las que con más frecuencia se observan, aparte que ningún otro traumatismo uretral las aventaja en interés e importancia clínica, pues en lo que hace referencia á heridas punzantes e incisivas de la uretra, ya hemos conseguido antes de ahora, que las primeras curan de un modo espontáneo y sin complicaciones, mientras que las segundas establecen una lesión análoga en un todo á la creada por la talla perineal y que como ella cura fácilmente.

Erataúdore de lesiones consecutivas ó fracturas y dis-
 locaciones pelvianas, su extensión es igualmente va-
 riable, pequeña en unos casos, como producida por
 una esquirla que en la uretra se clava, es en otros
 tan considerable, el destrozo alcanza tan enormes pro-
 porciones que desaparece toda la uretra posterior resul-
 tando una pérdida de sustancia desde el cuello de la
 vejiga hasta el cuello del bulbo >> (Anstiza (1)) En
 casos de lesiones tan violentas como esta la muerte es
 la regla, pues no solo es la lesión uretral si que tam-
 bién la violenta conmoción consecutiva al trauma-

(1) Anstiza. = Resultados experimentales etc Madrid 1891, pag. 39.

15

tismo, quieu la determina colocauo al enfermo en
condiciones nada favorables para resistir mucho tiempo.
Varias observaciones clínicas pudiéramos citar, pero baste
esta que tomamos de Arcileca (1) para comprobar lo
que veugo afirmando:

Fractura de la pelvis. = Rotura de la
uretra. = Muerte.

José Leturia de 18 años, fué arro-
llado por una avalancha de piedras

(1) Arcileca. = Obra citada, pag. 58, observ. 5.ª

de piedras contra una muralla, la causa
 vulnerante comprimio de modo muy violento
 los muslos, obligando a una adduccion tan
 exagerada, que los testiculos estrujados por
 el movimiento, rompieron el ueroto de la mis-
 ma manera que un hueso de cereza lanzado
 al aire al ser comprimido entre los dedos.

El herido tenia equimosis numerosas
 en la region trocantenaria y toda la ca-
 dera estaba dolorida. Percibiose crepi-
 tacion al comprimirse sobre el pubis

57

pero no era fácil localizar en que sitio residía la rotura.

Hubo uretromagia desde los primeros momentos complicada con retención de orina; una sonda introducida en el canal encontraba dificultades en la porción membranosa, pero al franquearlas luego penetraba en una cavidad patológica de la cual salía sangre mezclada con orina.

El estado general del enfermo era tan deplorable que no dió tiempo á hacer otra que la cura de las heridas exteriores, muriendo

58

a los pocos instantes.

Autopsia. - El esqueleto pelviano tenía las siguientes ^{lesiones}: una fractura vertical de el lado derecho sobre la rama horizontal del pubis que bajaba hasta la porción arcuata del inqueon y una diartrosis de la sínfisis acompañada de numerosos fragmentos óseos.

La uretra había desaparecido, destruida por las esquirlas, en una extensión de tres centímetros, en la porción membranosa y prostática y parte de la bulbosa. La cavidad patoló-

89

gica reconocida por el cateterismo, se hallaba situada debajo de la sínfisis pubiana, limitado por detrás con la aponeurosis prestatopreureal y recto por delante, y abajo con el suelo muscular del periné, y por los lados, con el músculo elevador del ano; estaba llena de coágulos sanguíneos mezclados con orina, flotando entre ellos restos de tejidos blandos y algunas esquirlas.

La vejiga de la orina no se encontraba rota, contenía algunos gramos de orina

60

y habria sido empujada hacia atrás por
coágulos.

Con lo que llevamos expuesto hay base suficiente
para resolver el total problema del diagnóstico del
traumatismo uretral; consecuentemente con nuestro plan
y a fin de que nada pare desaprovechado en esta tan
interesante cuestión, vamos a dedicar un extenso ca-
pitulo al estudio de las complicaciones, para entrar
con pie firme y segura base en el del trata-
miento.

Complicaciones del traumatismo uretral.

Conviene ante todo señalar al comenzar el estudio de este capítulo que el traumatismo puede ser complicado por estados patológicos del aparato urinario, que nada tienen que ver con aquél, como sucede con la litiasis vesical (aunque rara) e incluirlos en un grupo aparte de aquellos que son escusa inmediata del traumatismo dicho: he aquí el orden que hemos de se-

quir en la exposición de esta materia: primero, complicaciones independientes del traumatismo y que son expresión de una lesión del aparato urinario anterior á aquél; segundo, complicaciones dependientes del traumatismo, que dividiremos en primitivas ó inmediatas y secundarias ó remotas.

1.^o Complicaciones independientes del traumatismo y que son expresión de una lesión del aparato urinario anterior á aquél. = Es un hecho raro que se observa pocas veces en la práctica,

65

pero es preciso tenerle muy en cuenta (pues no por su rareza merece ser menos conocido) el que un individuo en el que venian observándose o no síntomas de calculosis, sufra un traumatismo uretral; por mi parte he observado un caso del que me ocuparé pronto y es el que ha motivado esta tesis.

En tratándose de un caso de estos, y especialmente si la calculosis era conocida de antemano en el paciente, por el práctico, pudiera suceder que aquél quitara importancia y aun parara por alto la acción del traumatismo, atribuyendo la uretromia-

64

gia á lesiones producidas por la progresión del cálculo á lo largo de la uretra, y la retención urinaria á atascamientos del cálculo en el órgano dicho, lo cual acusaría negligencia por parte del práctico y aun diré desconocimiento completo del asunto; mas prudente será que al tratar de introducir una sonda en la uretra, después de ocurrido el accidente, se apereiba el roce del cálculo y se tome por causa del accidente lo que no es más que una complicación, investigándose en tal sentido y tratándose el caso como tal cálculo detenido en la uretra, cosa que sucedió en los primeros momentos del caso siguiente que observé en la clínica de enfermedades

de la infancia de la Facultad de Medicina de Valladolid. ⁶⁹

Se trata de un niño de unos 7 años de edad que á últimos del mes de Abril de 1898 ingresó en la clínica de enfermedades de la infancia citada. Dos días antes al de su ingreso habia recibido un puntapié en el periné, en los primeros momentos siguientes presentose una regular uretromragia, apreciando al cabo de algunas horas una manifiesta retención completa de orina; el médico de cabecera intentó sondarle, y al vez que no lo con-

seguía aconsejó su ingreso en el hospital; cuando la tarde del día de su ingreso vimos al enfermito, estaba febril, el apetito era casi nulo, mucha sed, pulso frecuente y abatimiento general, el hipogastrio abultado revelaba una enorme distensión de la vejiga, dato comprobado por la percusión; hace cerca de 48 horas que el niño no orina, el periné se halla edematoso, rubicundo, y en el rafe, en un punto sensiblemente equidistante entre el ano y raíz del escroto aparece una pequeña tumoración del tamaño de una media nuez, los tegidos

perineales, como gran parte del escroto, están infiltrados por orina, aunque esta infiltración estaba en sus comienzos.

Aquella misma tarde en la hora de la visita al intentar el cateterismo el médico encargado de dicha clínica, con el fin de averiguar que obstáculo se oponía á la emisión de la orina, se notó con una brejía, una sensación que nos invitó á percibir á las circunstancias, entre las que recuerdo á mi buen amigo el distinguido interno Sr. Diar Varela; entouces, dada la conformidad de acuerdo

68.
acerca de que en la uretra habia un cálculo,
se procedió á ejercer presiones sobre el hipo-
gastrio al mismo tiempo que con una brujia
se trataba de movilizar el cálculo, en fuer-
za de tanto manoseo, se fué consiguiendo
poco á poco sacar el cálculo con pequeñas
cantidades de orina, pero en tanto que
aquél iba progresando en la uretra, la in-
filtración urinaria crecía visiblemente y el
sufrimiento se retorcia preso de horribles dolores.
¡ Pobre criatura, cuanto sufrió para hallar
en último término la muerte!

Por último, después de estar urgando cerca de media hora, se consiguió ver aparecer el cálculo en el meato urinario; se cogió con una pinza de Beau por su extremo libre y se le extrajo; el nuevo intento de cateterismo dió resultados nulos: la sonda no entraba en la uretra más que lo que había entrado la sonda, de modo que ni se pudo llegar á la vejiga ni extraer nada de orina.

El enfermo fué llevado á su cama, sin más tratamiento que el reposo y lavados uretrales cada cuatro horas, con

Solución de ácido bórico.

El cálculo extraído era del tamaño de una piñón, de color gris y compuesto de capas estratificadas.

Al día siguiente, á la hora de la cátedra, se llevó al niño á la sala de operaciones, y despues de tener dispuestos aparatos de litotricia y de talla, anestesiado el enfermo y asepticaada la región, se procedió nuevamente á intentar el cateterismo, que resultó imposible ¿cómo no? en vista de lo cual se hicieron una media

71

doceña de incisiones cutáneas en el escroto,
periné y pubis (que ya todos estaban in-
filtrados) y con unos fomentos constantes
de ácido bórico, renovados cada dos horas,
se despachó al pobre enfermito, que sucum-
bía aquella misma noche preso de horrible
intoxicación urinaria ; ni siquiera una
punción de la vejiga, ni una uretrotomía
externa bastó para poner al enfermo en con-
dición de salvarle ! No habíamos más
de este caso ; nadie se había acordado

72

de la existencia del traumatismo, nió algunos alumnos, que, como yo, tendrán recuerdo impercedero de este caso, del que hablaré nuevamente en momento oportuno.

No solamente sucederá como en el enfermo de que acabo de ocuparme, que el cálculo hasta entonces retenido en la vejiga entre en la uretra, dilatada por el exceso de orina acumulada y llegue al foco del traumatismo dando lugar á errores tan trascendentes y crea nuevas dificultades, no, aun hay más, aunque el cálculo por su volumen ó por

75
cualquiera otra circunstancia permanezca en la vejiga ya de por sí alterada en más ó menos por la continua acción de presencia de los cuerpos extraños que contiene, constituirá un terreno abonado para la implantación y rápida evolución (y esto será lo peor) de lesiones inflamatorias que agravarán el pronóstico del caso, aumentando las lesiones y precipitando su curso.

Colocado el enfermo en tan malas condiciones de resistencia, limite los resultados del tratamiento que el práctico va á emprender

en tan desastrosas condiciones á poco que se haya des-
cuidado en que esto haya sucedido; sin embargo,
es un hecho innegable é indudable que confir-
ma la clínica en circunstancias parecidas; yo re-
cuerdo de un enfermo que hacia más de 20 años
que venia arrojando piedras por la orina sin
que nunca su vejiga hubiese protestado de los
cálculos que excrecaba, y que varias exploracio-
nes habian mostrado, á cuya extracción se opu-
so siempre el enfermo, pero hete aquí que un
dia sufre el enfermo un enfriamiento, y

se desarrolla una cistitis violenta, con gran cantidad de pus en la orina, que propagándose á las vias superiores determinó una pielitis subaguda doble que hizo sucumbir al enfermo en menos de diez días á consecuencia de accidentes urémicos.

El estudio de las complicaciones del traumatismo uretral independiente de él y que son expresión de una alteración del aparato urinario, es asunto más delicado de lo que parece, sin embargo de lo que tan poco se ha dicho por los autores que ni siquiera suelen mencionarlo, de

76

aquí que nos hayamos ocupado siquiera sea brevemente de ellas, pues si bien son extraordinariamente raras, suponen un cambio de conducta en el tratamiento que a mi manera de ver debe ser intervencionista desde los primeros momentos; ya insistiré sobre este punto en el lugar oportuno.

2.^o = Complicaciones dependientes del traumatismo. = Estas ya son en mayor número que las anteriores y más frecuentes en la práctica, ya siendo consecutivas a un traumatismo uretral, ya de otros estados patológicos

77

del aparato urinario, pero tanto en unos como en otros es igual su gravedad e iguales tambien las alteraciones que determinan; para su estudio conviene tener en cuenta que unos son primitivos, o inmediatos y otros consecutivos secundarios.

Comencemos por las primitivas, pues que son las mas interesantes de todas, asi por su gravedad como por lo generalmente agudo de su evolucion, procediendo en su estudio segun el orden siguiente: 1.^o retencion de orina, 2.^o bolsas urinarias, 3.^o abscesos urinarios, 4.^o fistulas uretrales y 5.^o infiltracion de orina y 6.^o empujamiento urinario.

Retención de orina. = De todas las complicaciones enunciadas es la primera en presentarse; ya hemos dicho en lugar oportuno, hablando del diagnóstico del traumatismo uretral en general, que uno de los primeros fenómenos que se producían era una retención de orina, cuya intensidad era variable, así como igualmente el momento de su aparición, claro es que esta retención siquiera sea completa, no constituye en los primeros momentos una complicación del traumatismo, porque puede desaparecer inmediatamente a beneficio del tratamiento oportuno,

79

pero cuando la permeabilidad de la uretra no se restablece de un modo espontáneo o por los recursos del arte, entonces es cuando la retención de orina constituye una complicación que trae como inmediata excusa otras de las que unas pueden constituir una feliz terminación de aquella, en tanto que otras serán motivo de muerte, o á lo menos agravarán el caso; expliquémonos.

Una vez que la orina no puede ser eliminada al exterior, se va acumulando en la vejiga, que á su vez se va distendiendo; cuando la dis-

80

tenición alcanza un grado determinado tiende a salir al exterior, a cuyo fin, el cuello vesical queda franquable, pasando la orina, que al llegar al foco del traumatismo es detenida; la vejiga por su natural tendencia a la disminución del líquido que contiene, se repliega, y estas contracciones dan por resultado ir introduciendo la orina en los tejidos perivertebrales al foco traumático; desde este momento queda establecida la infiltración de orina, que poco a poco irá extendiéndose sino se interviene oportunamente; esto es lo que generalmente sucede cuando

81
se trata de un traumatismo de intensidad suficiente
para producir una retención completa, no así
cuando la retención es incompleta.

En razón de traumatismos uretrales de me-
diuna intensidad en los que la retención es sola-
mente incompleta, lo primero en formarse es una
bolsa urinosa, a la que seguirá un absceso urino-
so con fístula uretral consecutiva; estudiaremos
cada uno de estos casos particulares.

Bolsa urinosa o tumor urinoso. = Resulta
de la penetración de la orina en los tejidos peri-

uretales, una vez erosionada o rota la mucosa uretral, ofrece una sintomatología en un todo diferente a la consecutiva o estrecheces uretrales, en que es resultado de una dilatación de la uretra, generalmente la balsa o tumor urinario consecutivo a un traumatismo uretral la caracteriza la existencia en el trayecto de la uretra de una tumoración de pequeño tamaño, indoloro generalmente, duro, que semeja una nudosidad, de marcha lenta, sin alteración del color en los tegumentos que la recubren; estos tu-

30

tumores urinarios no son facilmente reductibles a' la
porcion, en tanto que los conecutivos a' estrechez (que son
a' mi modo de ver son a' los que principalmente deberia lla-
marse bolsas urinarias) son facilmente reductibles y
blandos, aparte de que entre uno y otro existen diferen-
cias anatomopatologicas esenciales que son de este
lugar; estos tumores urinarios desaparecen espontanea-
mente por absorcion o' bien se forman abscesos
que pueden abrirse en la uretra o' en el perineo, ge-
neralmente no son una complicacion grave.

Absceso urinario. = Debidos a' una infil

84

traci6n de orina que se localiza en los tejidos peri-ureta-
les, ocasionando una inflamaci6n con supuraci6n; su
localizaci6n es la de la rotura uretral; en la forma-
ci6n de estos abscesos hay algo de analogia con la de
los tumores urinarios que acabo de mencionar, a los
que algunas veces son consecutivos, ent6nces sucede
que un breve lapso de tiempo (12 a 24 horas) uno
de estos pequenos tumores del tamaño de una ave-
llana, alcanza el de una naranja, acompa~andose
esta r6pida evoluci6n del cortejo de sntomas de
la inflamaci6n, escalofríos, fiebre alta en algunos

85

casos, malestar general, sensación de punzadas loco dolenti, la piel se pone rubicunda, caliente, dolorosa; desde este momento queda establecido el tumor urinoso, que en algunos casos se acompaña de una tal gravedad de los síntomas generales, con aparición del delirio, que hace pensar en la existencia de un envenenamiento urinoso. No siempre el absceso sigue una marcha aguda, otras veces su evolución es lenta, los fenómenos generales, poco síntomas, remiten pronto y el absceso sigue una marcha crónica.

Cuando el absceso no es consecutivo a un

tumor urinario, aparece en el periné una tumoración cuyo tamaño sigue un aumento progresivo, es doloroso, la piel ofrece los caracteres de la inflamación, su marcha puede como en ellos ser aguda o crónica, por lo demás ofrece caracteres tan distintos, que el absceso urinario en sus comienzos no puede confundirse nunca con el tumor, del que se distingue, como vemos, por su evolución marcadamente progresiva, en contra de la estacionaria del tumor, aparte de los fenómenos generales más ó menos alarmantes que siempre acompañan al primero.

Fistulas uretrales. = Cuando el tumor urinario
 no se inclina a su debido tiempo y se da lugar
 a su abertura espontánea, entonces indefectiblemente
 queda constituida una fistula cuya duración resulta
 luego difícil. = El obstáculo que a la emisión de la
 orina constituye la lesión traumática, hace que
 aquella salga en el momento de la micción en mayor ó
 menor cantidad, según el grado del obstáculo, por el
 orificio de la fistula, pudiendo llegar a darse el caso
 de que el conducto uretral esté totalmente obstruido
 por delante del foco traumático, especialmente

cuando la fístula es ya algo antigua, en cuyo caso las cosas se complican desde el punto de vista del tratamiento, caracterizándose este estado, aparte de la ausencia total de salida de la orina, por la imposibilidad de llegar con una sonda introducida en la uretra al foco de la fístula.

Todas estas complicaciones dependientes del traumatismo uretral que llevamos estudiadas a la ligera por no alargar demasiado este trabajo, no encontramos ni con mucho la gravedad de los datos que nos restan por estudiar: infiltración urinosa y envenenamiento urinario; ciertamente que ni im-

portancia es nada despreciable puesto que puede ser la primera etapa de las últimas complicaciones citadas, pero aunque así no fuera, y aparte de las molestias y sufrimientos que ocasionan, han de más extensas las complicaciones también del traumatismo, impidiendo á veces una total curación que de ellas puede obtenerse cuando á beneficio de un buen tratamiento, ya que no evitable, se han reducido á lo menos poco extensas, como veremos más adelante; prorrogamos nuestro estudio con el de las más graves complicaciones del traumatismo uretral á las que

90

dedicaremos una mayor extensión, comenzando por
la infiltración de orina.

Infiltración de orina. = Tiene lugar este
fenómeno cuando la orina saliendo de sus vías naturales,
se derrama en el tejido celular circunvecino; es la com-
plicación que más generalmente se presenta en los
traumatismos uretrales, y si su importancia como fenó-
meno clínico es grande, no es menor su frecuencia en
estas lesiones. No ha faltado quien ha atribuido
esta frecuencia (1) de la infiltración urinaria

(1) S. Duplay. = Enfermedades de la uretra, en la Enciclopedia
internacional de Cirujía de Ashhurst. Tomo VIII, pág.^a 353.

91

como complicación del traumatismo uretral a la existencia de una antigua estrechez abandonada; sin discutir esto, pues si es nuestro fin si ofrece gran interés para nosotros, paremos a estudiar su sintomatología.

Tratándose de infiltraciones por traumatismo parece es estar prevenido, que en determinados casos en las primeras 24 horas puede presentarse un acceso febril más o menos violento y el perine aparecer tumefacto, como infiltrado al parecer y sin embargo no hay tal infiltración, pues al incidir solamente sale sangre y pus y no orina, lo cual noté-

92

ne nada de particular: recordemos lo dicho en la página respecto á la disposición del extremo posterior de la uretra dividida, cuyo borde ramificado hacia adentro se opone á la salida de la orina, aparte de que suele tambien quedar por delante de la porción membranosa de la uretra, que es como ha dicho Guyou, el verdadero esfínter de la vejiga, (1) mas aun, sucede que la porción muscular de este órgano excitada por la lesión vecina se contrae y puede resistir largo tiempo los esfuerzos de la vejiga.

(1) Guyou = Leçons cliniques sur les maladies de voies urinaires - Paris 1891 pag 491.

93

constituyendo un buen obstáculo que se opone á la entrada de la orina en el foco traumático, en estas condiciones la infiltración de orina no puede ser inmediata.

La infiltración de orina en estos traumatismos se revela por acceso febril de intensidad variable, pudiendo ser tan grande que se acompaña de intensos fenómenos cerebrales, si la infiltración tiene lugar en el tejido celular pelviano, la aparición súbita de hipo, sudores fríos, vómitos biliosos verdurosos, la frecuencia y pequenez del pulso,

94

tumefacción abdominal y el acceso térmico, á esto se reduciría todo, no pudiéndose apreciar la infiltración de un modo objetivo sino por tal cual mancha gangrenosa que aparece en algunos casos en los lados del recto y fosas isquio-rectales, á más una reuración como de parturición que se suele notar en estos mismos sitios.

No pasan así las cosas cuando la infiltración es del tejido perineal; aparte del acceso febril que es común á ambas, la orina en su derrame es detenida por la aponeurosis media hacia arriba.

ba y por abajo por la inferior, de aqui que solo
 hacia adelante puede verificarse la infiltración.
 Comienza por el perine que se pone edematoso, lue-
 go va extendiéndose la lesión al escroto y pene,
 llegando aquel a adquirir el tamaño de una
 cabeza de feto: poco a poco va cubriendo el
 edema por el pubis y paredes abdominales, no
 tardando en invadir las regiones glúteas; esta
 tumefacción indolora no tarda en cambiar
 de aspecto, la piel toma un tinte erisipelatoso,
 está caliente, hay dolor, el edema avanza

indolente se ha hecho doloroso, es más, duro al tacto, y á la presión produce un pequeño ruido de crepitación fina, á estos fenómenos sigue la aparición de escaras, que una vez limitadas se desprenden parcialmente, dando lugar á un derrame de un líquido sauroso fétido, constituido por pus, orina y filamentos de tejido mortificado, pudiendo quedar sin tegumento extensas superficies y según Duplay (1) resultar demudadas á la caída

(1) Duplay. = Enfermedades de la uretra en el tomo VIII pág. 355 de la Enciclopedia internacional de Curujia de Ashhurst.

97

de las escaras el testículo y el pene, quedando privados de su cubierta.

He aquí brevemente trazado el cuadro clínico de la más frecuente complicación del traumatismo uretral, que suele ser, por decirlo así, en algunos casos, la introducción al uroureteranismo urinario, que vamos a estudiar seguidamente, última de las complicaciones que estamos estudiando y la más fatal de todas ellas.

Ureteranismo urinario; fiebre urinosa.

Estos nombres sirven para designar una

98

serie variada en sus formas e intensidad de accidentes febriles que pueden complicar las enfermedades del aparato urinario, cuyas dos formas, aguda y crónica, vamos a estudiar someramente.

Forma aguda. = Dentro de ella hay tres distintos tipos que conviene conocer bien: es el primero el de fiebre con accesos fracos, muy parecido a un acceso franco de paludismo; en él la fiebre aparece bruscamente, la temperatura sube rápidamente a 40 grados y aun 41^o acompañándose este ascenso de violento escalofrío que alguna vez

se acompaña, aunque especialmente de ansiedad, cla-
 uoris y enfriamiento de las extremidades; á estos fe-
 nómenos sigue un estado de calor de duración ve-
 riable según los casos, los ojos se ponen brillantes,
 la piel seca, áspera; poco á poco van disminuyen-
 do estos fenómenos, iniciándose un periodo de
 sudor que termina el acceso, quedando algo de
 cansancio que suele durar entre uno y tres días.

Este acceso va siempre acompañado de fe-
 nómenos digestivos, lengua ancha, saburral, la
 boca pastosa, amarga, hay náuseas y no

100

puede faltar algún movimiento y diarrea. En algunos casos estas alteraciones ofrecen un aspecto tan alarmante que semejan en un todo el cuadro de la uremia de forma gastro-intestinal.

Acompañan también a estos accesos ciertos trastornos nerviosos, especialmente un delirio más o menos violento que conviene tener en cuenta para evitar error.

Sucedé en algunos casos que uno de los estados que constituyen el acceso es exagerado, y somiua el cuadro clínico, faltando en bene-

101

ficio muy la proporción que debe haber entre todos los estados del acceso; esto constituye el acceso de tipo permicioso, y ya es de forma indeterminada, la fiebre es altísima, el sudor muy abundante, exagerándose de un modo alarmante el cuadro de la forma anterior y ofreciendo como único fenómeno nuevo un estado de prostración y de colapso subsiguiente al acceso que generalmente hace sucumbir al enfermo en 24 ó 36 horas.

Otras veces lo que predomina es el primer estado, los escalofríos son violentos, de forma

102

subintrante, la agitación, delirio, cianosis y enfriamiento de las extremidades dominan la escena y el enfermo sucumbe antes de que haya tenido tiempo de reaccionar; esta forma es la algida; hay en fin otras varias, la asfítica, tetánica, coleriforme etc... que se caracterizan por el predominio de los fenómenos que las dan nombre y todas las que suelen terminar por la muerte, al contrario de lo que sucede en la forma de los accesos fríos, cuya terminación habitual es la curación.

Para terminiar con la forma aguda hay un tipo de fiebre urinosa continua remittente, caracterizada por accesos, que aunque de forma variable, según los casos, es siempre la misma en cada uno de ellos generalmente, pues pueden presentarse dos y aun más formas en un mismo caso, si bien esto es raro; en los intervalos de los accesos la fiebre no desaparece, solamente es menor, de manera que se trata de estado febril continuo con exacerbaciones, en las que después de

104
un intenso escalofrío se inicia un período de
reacción lento y difícil, faltando por completo
el estadio de calor, una vez establecida la reacción
al enfermo agitado no logra sudar abundantemente,
solo si una ligera transpiración es la que
pone término a estos accesos.

Los trastornos digestivos son aquí más in-
tensos, la lengua se pone roja y seca, saliva
escasa y ácida, preséntase igualmente la dia-
rrea y mórtilos, a los pocos días de enfermedad
la lengua cubierta de fuliginosidades, se

109

pose negrunca, córnea, y no es raro se presente
muguet que invade la cara interna de las me-
jillas y muy especialmente la faringe y velo del
paladar.

Cuando hay trastornos nerviosos suelen ir
seguidos de prostración, y como no faltan trastornos
pulmonares y cardiacos, irregularidad e intermiten-
cia del pulso, opresión torácica, disnea y aun con-
gestión adenoidal del pulmón, no siendo infrecuen-
tes verdaderas pulmonías.

Hay, en fin, complicaciones en este tipo

106

de forma continua remiteute, como extensas supuraciones de las partes blandas (tejido celular, muscular y articulaciones) que según Telford, las regiones en que suelen ocurrir por orden de frecuencia son las piernas, muslos, ualgas, hipogastrio, antebrazo, brazo y región precordial, un caso en la fosa ilíaca y otro de absceso retrofaringeo, las supuraciones articulares más raras que las del tejido celular y muscular guardan este orden: rodilla, hombro y gangante del pie.

Para terminar señalaré la parotiditis

presentada en algunos casos en los últimos periodos ¹⁰⁷
con caracteres y gravedad en un todo análogo
á los que presenta en las infecciones graves que
suelen ordinariamente presentarla.

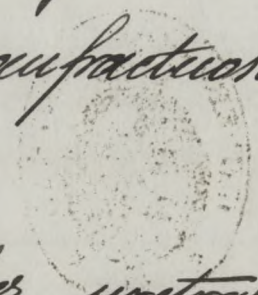
En fin, para concluir con la fiebre urinosa,
describiré la forma crónica; caracterízala una
fiebre continua, moderada, que ya sucede al tipo
contínuo remitente, ya es primitiva, siendo rara
esta complicación del traumatismo uretral, en
casos de éste lo corriente es que la forma
crónica sea un periodo más ó menos largo

de la forma aguda, pero siempre de una mayor gravedad que ella, generalmente en esta forma la elevación térmica es ligera, hay disminución del apetito, saburro, sequedad y pataridad de la boca, enflaquecimiento progresivo, que conduce a la caquexia; esta forma termina ya por vuelta al estado agudo o bien por progreso de la caquexia, en uno y otro caso el desenlace es la muerte, sucediendo en el último caso con una hipotermia marcada.

209

Complicaciones secundarias ó tardías. Entre ellas
la más notable y aun casi única es la estrechez
uretral, tan constante que hubiera decir á Boeckel
que toda lesión traumática de la uretra es una
estrechez en germen, si mal no recuerdo; estrechez
que no es igual á la producida por otras causas:
la traumática ocupa siempre la extensión del
traumatismo, y como éste de ordinario solo suele
alcanzar á una parte de la circunferencia del
conducto, la estrechez á esta se limita.

estrechez que aun en los casos de rotura intersticial se forma, si la lesi6n del conducto uretral le divide en totalidad, queda entonces una estrechez que ofrece el caracter de estar constituida toda ella por tejido de nueva formaci6n, desprovisto de mucosa que forma un trayecto anfractuoso filiforme, y son las peores.



De todos modos la estrechez uretral que sigue a todo traumatismo de la uretra no solo tiene importancia por si, si que tambien

111

por las complicaciones que ella á su vez puede
ofrecer, como lo prueba el siguiente caso que
voy á referir:

Se trata de un hombre llamado Nicomedes
Sabajos, natural de Fordesillas (Valladolid)
de buena constitución y salud habitual,
que ingresó en la Clínica quirúrgica de
la facultad de Medicina de Valladolid,
el 7 de Septiembre de 1898.

Nada de antecedente que pubie-
ran tener relación con la enfermedad

112
que padece fuera del traumatismo que el
creo la dió lugar, he aquí como el enfer-
mo mismo nos dió escrito sus antecedentes
patológicos.

Cuando tenía unos diez años, al ir
a saltar sobre una piedra que tendría
como un metro de altura, sobre la que
había colocado unos pedazos de ladrillos,
casi a caballo sobre la piedra, sintien-
do como que se me habrían clavado los
ladrillos entre el culo y las bridas un
fuerte dolor y echar sangre por el

117

conducto uretral fué lo que primero sentí;
el médico que me visitó me dispuso unos lava-
dos uretrales con solución de ácido bórico,
la orina que los primeros días salía con mu-
cha dificultad, fué poco á poco saliendo
mejor y así que al parecer sintiera molli-
tia alguna paré un auto; al cabo de
este tiempo ó poco más sentí un día dol-
res y mucha dificultad de orinar, lle-
gándose á detener la orina, pero paró y
no tuvo caso; en Mayo de 1892 se re-

114

partió el accidente acompañado de un charón
del eroto y entre el auto y éste se le formó
luego un bultito: ingresó en el hospital
de Zamora donde se reventó y se formaron
unas fistulas, le curaron con inyecciones de
sublimado por la uretra, y a los 8 días se
le abrió un tercer absceso, que como los otros
me le curaron con lavados de sublimado
y iodoformo; así estuvo hasta el 29 de Julio
que ingresó en el hospital provincial de
Valladolid, siguió con la misma

115

medicacióu hasta el 12 de Septiembre que me hicie
rau la uretro-tomia interna, seguida de dormi-
res de dilatacióu progresiva con cateteres de
Bouique, llegando al número 52.

Los años estuvo bien, sus fistulas cicatriza-
ron: en 1895 en el sitio de la última fistula
abierta se formó un absceso urinario que se resol-
vió espontaneamente según el médico que me
visitó; nada volvió a urter durante otros dos
años; el 97 formacióu de nuevo absceso que
supuró: estuve 8 dias en cama y curó sin
tratamiento, volvió a aparecer el 24 de

116

Junio de 1898 y el 30 ingresó en nuestra clínica con una fistula uretral; el 24 de Julio estaba curado y el 3 de Septiembre se abrió nuevamente, ingresando el 7 y estando curado ya el 30 del mismo mes.

En cuanto a su estado actual, el enfermo tiene dos estrecheces, una al nivel del cuello del bulbo de una extensión como de unos 8 milímetros, y otra cerca de la región prostática como de unos tres.

El enfermo siguió todo el curso en la clínica haciéndose la dilatación progresiva

117

con cateteres de Beauque, donde se le propuso la estirpación de la estrechez, seguida de uretroragia que rechazó, y así dejamos este caso al terminar nuestros estudios.

Aquí hacer grandes comentarios acerca de las estrecheces uretrales traumáticas, el estudio de los antecedentes del caso que acabo de relatar y que fueron cuidadosamente ratificados por mí cerca del enfermo, bastan para comprender como luego en el curso de la estrechez pueden sobrevenir todas esas complicaciones que hemos estudiado antes con el título de inmediatas o primitivas; en efecto, en este enfermo la retención uri-

118

uaria, la infiltración y el absceso y fistulas uretrales se sucedieron en distintas etapas de su enfermedad apenas de la uretrotomía practicada, por la incuria y abandono del enfermo en una lesión de la que tan poco caro se suele hacer y que sin embargo conviene seguir muy de cerca.

Quiero, para no alargar desmesuradamente este trabajo, por terminado el capítulo de las complicaciones, y empezemos con el del traumatismo uretral y sus complicaciones.

119

Tratamiento del traumatismo uretral y de cada una de sus complicaciones.

Antes de abordar de lleno el estudio de esta parte interesante de nuestro trabajo, conviene establecer un orden de exposición para evitar repeticiones inútiles y hallar fácilmente lo que buscamos.

Desde luego comencaremos por el estudio del tratamiento del traumatismo en los primeros momentos antes de que haya lugar a complicaciones, para seguir con el estudio de éstas, empezando por las inmediatas y terminando con las tardías.

120

Tratamiento del traumatismo uretral.

I

Un individuo ha sido traumatizado y la lesión arienta en la uretra, ¿que hacer con él? Aquí no cabe discusión real cual fuere la intensidad de la lesión, intervenir desde luego, ahora bien ¿qué clase de intervención ha de llevarse a cabo? nada más variable que esto; depende de la intensidad del traumatismo, de su calidad y de la extensión que alcance la lesión uretral. De todos modos, lo que urge es restablecer

121
la permeabilidad de la uretra, ha de evitarse toda re-
tención de orina, y aun más, hasta el más pequeño
obstáculo en su emisión; esto es, genéricamente hablan-
do, la línea de conducta que el práctico tiene que
seguir desde el primer momento siquiera luego sea
menester añadirle algo para mayor seguridad del
tratamiento o para evitar las complicaciones tardías.

Las heridas iucias de la uretra son sumamen-
te raras, pueden ser longitudinales, transversales y
oblicuas; las primeras curan generalmente bien
y sin quedar estrechas, de la misma manera,

122

que la herida hecha en la talla ó en la uretrotomía
externa, no sucede lo mismo con las transversales y las
oblicuas; estas es preciso suturarlas agrandando la he-
rida cutánea, pues sino quedar una estrechez: Si
en estas heridas el conducto ha sido seccionado totalmente
y las dos porciones del conducto quedan separadas una
de otra, en tal caso de no intervenir, se forma entre
ambas un cordón fibroso por cicatrización á dis-
tancia, lo que se evita fácilmente practicando
la sutura de la uretra, formándose una cicatriz
plana que no deja estrechez ni más que la cicat-

129

trixacióu na por primera intencióu; se practica la sutura
uretral o la ystacuretral a punto perdido, afirmando
esta a beneficio de la sutura, por plausos de los tegidos
blandos peri-uretrales.

Si se trata de punturas, el tratamiento se reduce
a una expectacióu simple, pues generalmente curan
sin complicacióu alguna y en muy poco tiempo.

Cuando la lesióu es debida a una falsa via,
entonces debe introducirse una sonda permanente,
procurando que su extremo rija al pasar por la ure-
tra la pared opuesta a la en que arietas la per-
foración; si esto no se consiguiere en algunas tes-

124

tativas no debe iunitorne; Guyou aconseja entonces practicar la punción capilar de la vejiga y esperar unos días, así conseguimos unos días de tregua para luego intentar un nuevo cateterismo que en no pocos casos puede llevarse a cabo si después de varias tentativas no conseguimos nada, solo nos queda el recurso de una intervención y mejor será, como aconseja Gilleaux, (1) practicar el cateterismo retrogado si la lesión orieta en la porción prostática, y si en la esponjosa la operación del orjal perineal.

(1) Gilleaux = Chirurgie Clinique. = Paris 1891, pag.º 310.

Se trata de una rotura de la uretra, ya el cateterismo resulta difícil, siempre perjudicial las más de las veces, como he dicho al hablar de él como medio diagnóstico, sin embargo, como habrá, sobre todo si está internada la pared inferior de la uretra solamente, en que puede prestarnos algún servicio una sonda curva (pues solo los instrumentos curvos llevan aquí la indicación) y no metálica, se tratará de introducir hasta la vejiga, siguiendo la pared superior de la uretra y teniendo mucho cuidado la mayor dulzura y delicadereza es de recomendar en estos casos, pues de

126

lo contrario pueden ocasionarse perjuicios de consideración; si consiguiéramos llegar á la vejiga con la sonda, no debemos dejar de vigilar el periné del enfermo, y al menor indicio de infiltración, absceso ó tumor urinario abrir inmediatamente el foco traumático y ponerle en amplia comunicación con el exterior.

El cateterismo no usará seguridades de curación sin complicaciones; la orina puede pararse entre la uretra y la sonda, y dar lugar á estar así que casi resulta preferible recurrir desde los primeros momentos á una intervención activa que nos ponga

127

a' cubierto (en lo que cabe) de ellas, pora ello uada
mejor que la incisi6n del perin6 (ojal perineal),
al efecto, en la linea media del perin6 se practica
una incisi6n que compranda todo el foco del traumatismo,
se va' incidiendo capa por capa los tejidos hasta lle-
gar a' la bolsa sanguinea; al incidir esta se escapa
gran cantidad de sangre procedente del hematoma for-
mado por el traumatismo, se lava ampliamente has-
ta quedar sin coagulos y perfectamente limpio el
foco traumático, se puede apreciar ent6nc la lesi6n
de la uretra, introduciendo una sonda por el

128

meato, aparecerá en extremo en el fondo de la uretra,
entonces hay que introducirla en el extremo posterior
de la uretra, cosa difícil siempre e imposible en al-
gunos casos, se usará por tanteos, con mucha paciencia
y haciendo el enfermo esfuerzos de orinar, si no está clo-
roformizado, o comprimiéndole un dedo el hi-
pogastrio para que salga algo de orina y nos orien-
te acerca de la situación del cabo posterior de la
uretra si conseguimos el fin que nos proponemos;
queda esta cuestión á resolver la sutura de la
uretra, ante todo se resecau los tejidos excriva-

129

mente contudidos o encañados, luego se une la uretra
a los tejidos periuretrales, por medio de una sutura
se practica luego un segundo plano de sutura
sobreponiendo bien los tejidos peri-uretrales y uretra,
y por último, en un tercer plano se comprende la
piel; al cabo de unos seis a siete dias se retira la son-
da y se comienza a introducir por raciones cateteres.
Pues que para dilatar la cicatriz, de los puntos
de sutura no hay que preocuparse, pues siempre
se dan con catgut fino.

Ya he indicado que en algunos casos el

cateterismo resulta imposible a pesar de la intervención
 perineal: ¿qué hacer entonces? Se procede a practicar
 la talla hipogástrica, practicando el llamado catete-
 rismo retrogado, una sonda blanda de Dilatán
 es introducida por el cuello de la vejiga y siguiendo
 el procedimiento dicho se la hace penetrar en el ca-
 blo anterior, y salir por la uretra, siguiendo luego
 la misma conducta que acabamos de describir.

Con esto hemos cumplido nuestra misión y pres-
 to al enfermo el abrigo de las complicaciones que
 dejamos descritas, así sucedió en uno de los ca-

151
ros tratados por nuestro distinguido maestro, May Rector
de la Universidad de Valladolid (Dr. Sagarra):
Un alfiler cae á torcajadas sobre uno de los tercetes
del armazón de una cama, fué llevado al hospital
inmediatamente con uretromagia, retención de orina
y tumor perineal; se trataba de un traumatismo
uretral, el cateterismo no es posible practicarle,
algunas horas después de haber ingresado el enfer-
mo se le practicó la operación del ojo perineal
que salva al enfermo, curando en poco tiempo
sin complicaciones.

102

En los traumatismos que acompañan á las lesiones pubianas, nuestra conducta ha de ser en general la misma sin ninguna variante, únicamente hemos de tener en cuenta la posibilidad de que las esquirlas que han herido la uretra estén libres y enclavadas en ella, y cuyo caso no hemos de olvidar nunca de extraerlas y cuando permanezcan unidas al hueso matriz resecarlas, pero esto es más bien del tratamiento de las fracturas pubianas. Por lo demás ya recurriendo, seguí los casos á la vía hipro-

133

gástrica ya á la perineal, se combatirán los acci-
dentes y complicaciones de la lesión uretral según
ya quedamos indicado.

En cuanto á si la vía hipogástrica es el trata-
miento de elección en este grupo de lesiones no he-
mos de detenernos en estudiar este punto, iudique-
mos únicamente que la vía perineal ofrece más
ventajas, menos peligros, y sobre todo es la vía
natural por donde debe dirigirse el tratamiento,
como recientemente ha demostrado un cirujano
de autoridad tan indiscutible en la mate-

ria como Arcibia. (1)

124

II

No siempre tendremos ocasión de tratar un traumatismo uretral en sus primeros momentos, caso en el que el enfermo se nos presenta en pleno período de complicaciones, ya es la retención de orina únicamente la que domina la escena y entonces podemos intentar el cateterismo simple, la uretrotomía

(1) De la perineotomía prevexical en las roturas de la uretra por fracturas de la pelvis, por el Dr. D. E. Arcibia. = Rev. de Med. Ciruj. Práct. = 7. Lp. de 1.º vol.

135.
externa, la punción de la vejiga, el cateterismo retro-
grado, según los casos, pero en estas condiciones quedamos
dentro del tratamiento general, ^{del traumatismo,} pero cuando los
casos han ido más adelante; que hacer ya en
un tumor ó un absceso urinario, lo que se ha formado?
no queda más que un recorro, incidir el absceso,
lavarle ampliamente desalojando todo el pus que
contenga, desluciendo con el dedo las tabéculas que
á veces le aprisionan y no le dejan salir y el
tumor urinario incidible igualmente restablecien-

126

do el curso normal de la orina, de aquí en adelante
trataudore de complicaciones no hay que pausar
en la sutura de la uretra para evitar la estrechez.
Sabemos que así una como otro de estas dos complica-
ciones suelen curar espontaneamente, pero el individuo
queda expuesto á recidivas, de aquí que sea
preferible incidir de una vez para obtener
una curación definitiva ó evitar ^{no} solo la reci-
diva, si que hasta la formación de fistulas
seruarias; estas cuando se han presentado en-

137

ran sino son muy extensas, con el solo restableci-
miento del curso normal de la orina mediante
aplicación de una sonda permanente, avivando
un poco sus bordes por cauterización, pero si son al-
go extensas, entonces hay que hacer una verdadera
uroto-plastia para conseguir su curación, opera-
ción que no describo por hallarme en cualquier
tratado de Cirujía.

La infiltración de orina y el curruen-
amiento son complicaciones de más importancia,
que requieren un tratamiento diferente en

128

procedimiento y en resultados. En cuanto a la primera, dos indicaciones tenemos que llevar: dar salida al líquido infiltrado e impedir la infiltración, restableciendo el curso normal de la orina.

Si acintamos a los primeros momentos de la infiltración, basta generalmente practicar en el periné una incisión en la línea media, que interronando todo el foco del traumatismo llegue hasta la uretra, a esto requerirá la cura rigurosamente antiséptica de la herida y la introducción, si es posible, de la sonda, por vía

normal.

109

Tratándose ya de una infiltración extensa que invade el perineo, el escroto, y aun sube al hipogastrio y a la raíz de los miembros, el tratamiento, aunque sigue siendo fundamentalmente el mismo, hay en él variaciones de detalle que conviene conocer: desde luego hay que practicar la incisión profunda en la línea media ya descrita, y como ésta ha de resultar insuficiente, se practicarán otras varias tanto mayores en número cuanto mayor sea la extensión

140
de la infiltración; las incisiones interesan la piel
y tejido celular subcutáneo solamente, hecho esto
nos resta hacer la cura antiséptica de la herida,
teniendo buen cuidado de no emplear el sublimado,
el ácido fólico, ni otros compuestos tóxicos, pues
seguramente producirían empuenamiento. Con-
viene igualmente no olvidar que en estas con-
diciones el enfermo esté bajo la acción de fe-
sómicos de intoxicación urinaria y sus fuer-
zas están deprimidas, de aquí que sea preciso

149

instituir al mismo tiempo un tratamiento médico,
tónico y reconstituyente.

Una vez hecho esto dejemos unos días
en reposo al enfermo para que se repaугa un
tanto, y luego podremos dedicarnos a tratar el
traumatismo uretral; el tratamiento inmediato
no conviene en estos casos.

Por último, entre las complicaciones
inmediatas, nos queda la fiebre urinaria; todo cuan-
to se haga para prevenirla, será poco comparado

142

con las consecuencias á que dá lugar su aparición, el punto capital aquí es el tratamiento preventivo; el práctico debe siempre evitarlo, si puede, pues una vez la enfermedad constituida, únicamente le resta ir recogiendo las indicaciones que vayan surgiendo en su curso; como línea general de conducta se procurará provocar en el enfermo una reacción y sudación abundantes, se abrigará á los enfermos, se les pondrán caloríferos á los pies y á los lados, y, por último, se les darán bebidas excitantes. Guyon recomienda una infusión

140

de té con 120 gramos de ron, además desde los comienzos del estado prescribe al enfermo 20 centigramos de sulfato de quiniina cada hora hasta llegar á un gramo y aun más en algunos casos, administrando un purgante salino una vez que el acceso haya terminado.

Esto es lo que puede hacerse para combatir la intoxicación urémica, dependiendo su terminación por la curación, más de la forma é intensidad del acceso que no de la medicación, ésta solo es un auxiliar cuya acción resulta deficiente é infructuosa las más de

las veces.

144

En fin, y para terminar este trabajo, digamos algo acerca del tratamiento de la estrechez uretral traumática; este es el mismo de la estrechez en general, podemos recurrir a varios procedimientos, cruentos unos, incruentos otros; entre los primeros tenemos la dilatación brusca de la estrechez, ó división, empleada antiguamente, hoy desechada: otro medio de tratamiento es la uretrotomía, ya externa ó interna, esta es la más generalmente empleada, recurriéndose a aquella solo excepcionalmente, puede

145
por fin recurrir a la extirpación de la cicatriz
seguida de uretromagia, para llevar a cabo la que
es preciso que la extensión de la estrechez no tenga
más de un centímetro.

Empleábase antes la cauterización de las estrecheces
por medio de substancias que más que cáusticas eran
astringentes y eran introducidas a beneficio de caude-
lillas, de manera que los efectos terapéuticos que
con ellas se obtenían más eran debidos a la dila-
tación que producían que no a la cauterización;
este procedimiento como el de la diverticulosis, hoy

146

abandonado, ha sido substituido por la cauterización eléctrica (galvano-caústica química) que ha dado algunos resultados satisfactorios, debiendo hacerla no muy extensa y ayudándola de la dilatación.

Como tratamiento inminente de resultados positivos, tenemos la dilatación gradual progresiva puede hacerse bien con sondas ordinarias o con los catéteres Demique', pero este procedimiento tiene el inconveniente de no ser en sus efectos durable, sino cuando se tiene mucha constancia y el cuidado de continuar intro-

147
diciendo una sonda del número 18 de la escala francesa
una ó dos veces semanalmente.

En fin, los tratamientos son: como de efectos durables
y que no exigen cuidados posteriores; la extirpación de la
estrechez seguida de uretrografía á él debe acudirse siem-
pre que sea posible, y cuando no á la dilatación interina
ó galvano-caústica, ó sin ir precedida de ésta: en fin,
solo cuando la estrechez resulte infranqueable al
conductor del uretrotomo es cuando debe recurrirse
á la uretrotomía externa.

148

He llegado al fin de la tarea que me habia impuesto,
y para acabar de molestaros, permitidme establecer
unas cuantas conclusiones que se desprenden de lo que
ya queda expuesto:

Conclusiones. = 1.^a Los traumatismos de la ure-
tra, aunque raros, tienen importancia clinica, por la
gravedad que entrañan y por las complicaciones que
pueden sobrevenir.

2.^a Para que el diagnóstico del traumatismo
uretral sea completo ha de estar fundado

149

sobre las tres cosas siguientes: la calidad del agente traumático, el sitio en que acontece el traumatismo y la extensión que alcanza, solo así podrá entablarse el tratamiento de un modo racional y práctico.

3.^a En todo traumatismo de la uretra la intervención desde el primer momento debe ser la regla, con el fin de proporcionar es expresar y expresar al enfermo.

4.^a Debe tenerse muy en cuenta si hay o no complicaciones, y en caso afirmativo tratarlas desde el mismo tiempo; no debe olvidarse el traumatismo.

150

uretral, pues resultaría insuficiente el tratamiento.

5.^a De todos modos de tratamiento el preferible es practicar desde luego la operación del ojal perineal seguida de uretrotomía, con los cuidados anti-repticos de rigor así se obtiene una cicatriz plana que no deja estrechez.

6.^a Caso de no hacerse la operación dicha, como lo que urge es restablecer el curso de la orina, se intentará siempre por vía perineal, y caso de no poder ser posible, se acude á la tipo-

gástrica.

159

7.^a En el tratamiento de las complicaciones, en las primeras cada una tiene el suyo preciso, sin variantes, en las tardías en que se pueden emplear varias, el mejor para las estrecheces traumáticas que no tengan más extensión de un centímetro, es la esterpección de la estrechez seguida de uretrografía, y cuando ésta no sea posible la dilatación gradual progresiva, ésta solo da resultados paliativos, aquella es curativa.

He llegado por fin, Excmo. Sr., al final de la
tarea que me habia impuesto; ni grandes eran mis
temores de resultar deficiente al comenzarla, ahora
cuando contemplo en conjunto el cuadro realizado,
no heau de desaparecer, pues esto es una pena, que,
a pesar de mis afanes y desvelos, no he sabido,
seguramente, evitar deficiencias por mi tem-
teuidas, y mi sentimiento es mayor al considerar
a cuanto es acreedor el dignisimo Tribunal


a' quien he tenido la honra de dirigirme, y cuan poco es lo que ¹⁵⁰
yo he podido ofrecerle.

Para no molestaros más, aceptad con benevolencia
este trabajo, que, respetuosamente, me permito ofreceros.

Madrid 29 de Octubre de 1.904.

He dicho.

Anastasio Pérez Gurráster


Entendido
Gurráster

Admirable
José Duval

Admirable
José Gomer Ocaña

Admirable

Redondo

Verificó el ejercicio el día once de Diciembre
de 1901 y fue calificado de aprobado

Jelias Guerra

J. Gomer Ocaña

J. Lora Vining

Mauricio

El Secretario
J. Duval

