

*MEDICINA.—De las estrecheces uretrales orgánicas. — Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de medicina, por don José Rozzalupi.*

La frecuencia i la importancia de aquellas condiciones morbosas, algunos nuevos conocimientos acerca de la patojenia, i algunas modificaciones en el tratamiento de dichas afecciones me han inducido a elegir para mi tesis el presente argumento.

Los conocimientos topográficos i anatómicos son la primera condicion necesaria para el estudio i práctica de estas enfermedades. Un conocimiento bastante exacto de esta parte ha podido conseguirse mediante los estudios del doctor Corradi, por medio de inyecciones de sustancias solidificables en el aparato urinario efectuadas de la manera siguiente: puesto el cadáver en una posicion vertical i recta, se hace una abertura en la rejion hipogástrica, se busca la vejiga i se adapta un robinete, por el cual se inyecta una sustancia solidificable (como cera); i cuando ésta sale por la abertura de la uretra, se apreta ésta por medio de una pinza o presion continua, siguiendo la inyeccion de cierta cantidad todavía en la vejiga. Hecho esto, se deja el tiempo necesario para la solidificacion i en seguida se hace la separacion de la pelvis del tronco, i con una seccion vertical, se obtiene el perfil exacto de la posicion i situacion de la via urinaria. Este procedimiento ofrece la ventaja sobre los de congelacion o desecacion por el calor, de no dar lugar a las modificaciones de volumen i posicion debidas a los efectos arrasadores del frio i de la desecacion al calor.

Pues bien, con este método se han conseguido una idea i conocimiento exacto de la topografia. El plano perineal, doble triángulo o base contigua a la línea inter-isquática, con los vértices uno al pubis i el otro al coxis, es el plano en el cual están en relacion fija la próstata i cuello de la vejiga mantenidas por las aponeurosis perineal média i profunda. Las partes superiores e inferiores a esta línea pueden variar o nó segun la distension de la vejiga i segun el mayor o menor espesor de las partes bajas perineales. Sobre la línea mediana, considerando una línea coxi-pública que pase por este plano, un poco cóncava arriba, está en las siguientes relaciones con las partes (considerado el cadáver en la

posicion vertical.) En esta situacion el cuello de la vejiga viene a ser la parte mas baja. La uretra prostática que parte de allí desciende casi verticalmente sobre esta linea: en esta parte la uretra es de forma casi ovalada restringida en sus dos estremidades; su largo es de un centimetro i medio, i la dilatacion corresponde a la pared posterior de la próstata. Saliendo de la próstata para hacerse membranosa, forma con dicha porcion un ángulo obtuso anterior i esta porcion sigue casi la linea coxi-pubiana; tiene uno i medio centimetro; para llegar a hacerse bulbosa, la uretra toma una forma ovalada curva de concavidad superior; su dilatacion es por el lado perineal, i ofrece en el punto donde se junta con la parte membranosa una lijera restriccion, teniendo otra en el punto de reunion con la porcion esponjosa; en esta parte bulbosa tiene tres i medio centimetros; el resto de la porcion esponjosa es variable i puede tener desde siete i medio hasta algun centimetro mas, segun el largo del pene; otra dilatacion existe en la porcion navicular.

De esta manera las estrecheces fisiológicas son: una a distancia de dos centimetros de la abertura uretral; otra a distancia de siete de donde la uretra hace un ángulo en el estado de reposo; una tercera a distancia de diez centimetros de donde empieza la porcion membranosa; i una última a distancia de doce, de donde empieza la prostática.

Es en el punto de algunas de estas estrecheces fisiológicas donde se encuentran amenudo las estrecheces morbosas i especialmente en la parte bulbosa: es porque en estos sitios se establece i permanece mas largo tiempo la flogosis.

Un individuo empieza a experimentar dificultad para orinar, el chorro de la orina disminuye o se hace espiral o bifurcado, se hacen necesarios mayores esfuerzos para orinar i las últimas gotas caen verticalmente, dice haber tenido algun tiempo antes varias blenorrijas, se examina con la sonda i se halla una dificultad para ir adelante. El diagnóstico de la estrechez está hecho i la condicion morbosa de esta estrechez hasta ahora se hacia consistir en el espesor de la mucosa o tejidos inmediatos, debida a un nuevo tejido inodular consecutivo a tantas i repetidas flogosis, i segun esta idea, el tratamiento venia por consecuencia: uretrotomia i dilatacion.

Los estudios anatómo-patológicos modernos, si han demostrado la existencia de dicha alteración para algunas estrecheces, no la han hecho reconocer como la alteración más común de la mayoría de las estrecheces. De los resultados de la necropsia, las estrecheces por el tejido inodular son muy raras i éstas se encuentran indistintamente en cualquier parte del trayecto de la uretra, por efecto de lesión traumática, o de continuidad. Mas frecuentes son las alteraciones debidas a la flogosis; pero aquí, como en cualquier otro tejido, puede suceder i sucede (como lo demuestra el exámen necroscópico) encontrar un resultado diferente según el tiempo que ha trascurrido desde el principio del proceso flogístico. Pueden haber en cierto punto espesor de las paredes de la uretra i pérdida de su retractibilidad por el exudato, o mejor, hiperplasia flogística. Pero, si el proceso ha tenido ya un trascurso de tiempo mayor, se pueden tener los efectos más lejanos de esta flogosis, como sucede en otros tejidos orgánicos; i aquí también puede tener lugar la atrofia del tejido hiperplásico morbosos o bien, habiendo éste desaparecido, puede obtenerse como residuo de la presión determinada sobre la pared uretral la atrofia con la pérdida de la elasticidad de esta misma pared. A estas últimas alteraciones morbosas la anatomía patológica parece haber demostrado ser debida las más veces la condición de las estrecheces.

El asiento de estas alteraciones se encuentra las más veces en el punto de la uretra membranosa cubierta por el bulbo, i eso, porque acaso allí la flogosis con el estado espasmódico determina i limita sus efectos en la parte fisiológicamente más estrecha.

El conocimiento de estas diversas condiciones patológicas da la razón de las diferencias sintomatológicas, al mismo tiempo que están éstas en más lógica conexión i dan también la razón de los diferentes efectos del tratamiento.

De esta variedad de condición depende el por qué en algunos las estrecheces se desarrollan de una manera rápida, el por qué en algunos otros se nota un estado de escasa secreción purulenta, el por qué en otros la aparición es muy tardía i con fenómenos progresivos, el por qué en otros también es tardía en su aparición, i llegada a cierto límite, se hace estacionaria para siempre. También concuerda el no encontrarse siempre en la parte co-

respondiente a la estrechez una dureza mayor, como debia suceder si la condicion de las tales enfermedades fuere puesta siempre en una erudacion flojística.

Las causas tambien corresponden a estos varios resultados morbosos, segun que su accion ha sido mas o menos continuada i repetida, eternizando los efectos de la flogosis, i en consecuencia, privando a los tejidos de su vitalidad orgánica, en relacion tambien con el estado constitucional del individuo mas o menos dispuesto a una actividad mayor o menor de los actos de nutricion, i en consecuencia, a las consecutivas metamorfosis que en los tejidos flogosados se cumplen mas o menos perfectamente.

Establecer la existencia, el asiento, la forma i el número de las estrecheces uretrales, es condicion preparatoria e indispensable para tentar el tratamiento terapéutico. Obtenidos estos conocimientos, viene la eleccion del método de curacion. Por esto, no basta solo el resultado del exámen directo: es preciso además el conocimiento de las causas, su naturaleza i duracion, i de los sintomas, curso, etc , de la estrechez misma.

Los últimos conocimientos de la verdadera i mas frecuente condicion morbosa de tales afecciones traen por efecto hacer mas raro el uso de la uretrotomia en la curacion de las estrecheces. I en efecto, si como antes se creía i habia indicado Reybard, la verdadera alteracion que producía la estrechez era debida en jeneral a la formacion de tejido inodular, era bien lójica la práctica de las incisiones de tales tejidos inestensibles. Pero la esperiencia consecutiva ha hecho conocer que la uretrotomia no siempre es suficiente para prevenir las reincidencias; así todas las estrecheces tienen a dichas modificaciones morbosas de la existencia de tejido inodular; esto encontrándose consecutivamente a las lesiones traumática de la uretra, en cuyo caso es útil i necesaria la uretrotomia. Es en estas estrecheces i en las flojísticas tambien, cuando existe todavia la hiperplasia bajo la forma de bridas o anillos, donde está indicada i conviene la cauterizacion; i con mucha superioridad obra entonces la práctica de la *electrolyse* o galvano-cáustica química empleada por Walez i Tripier, por la cual se aprovecha de la accion disolvente de la electricidad sobre los tejidos orgánicos.

En las estrecheces que tienen un procedimiento todavia en actividad de la flogosis con escasa secrecion muco-purulenta, la cau-

terizacion empleada como medio de medicacion sustitutiva, es de buen efecto i a menudo ella sola es bastante.

Pero, cuando se han obtenido los ultimos efectos de la flogosis, es decir, la atrofia de los tejidos normales o la atrofia de los tejidos normales i del tejido hiperplástico, es decir, la esclerosis de la pared uretral, entonces el procedimiento mas útil i necesario es el de la dilatacion.

Este método, desde tiempo atrás empleado, es el que conduce a resultados satisfactorios sin impedir, sin embargo, las reincidencias, las cuales tampoco se pueden impedir con los otros procedimientos mas enérgicos i cruentos.

El procedimiento de la dilatacion gradual, temporaria i permanente, ofrece en sus ventajas el inconveniente de la demora en los primeros momentos, que llega a causar al enfermo. El doctor Corradi, con instrumentos apropósito, alcanzó a abreviar estos primeros tiempos de la curacion i hacer mas espedita la completa curacion por medio de varios instrumentos que obran la dilatacion gradual i pronta, quedándose en sitio.

Uno de ellos consiste en una fina cuerda de tripa, o metálica terminada en forma ovalada i cubierta de mastic. Introducido i hecho pasar dicho instrumento por la estrechez, por medio de una sonda agujereada en las dos estremidades, se avanza una pequeña bolita de vidrio o metálica agujereada; que se enebra con la cuerda de tripa; i llegada a la estrechez, se hace avanzar, i detrás de ésta se introduce otra mas grande, i así en seguida hasta conseguir una dilatacion suficiente. Otro instrumento consiste en la reunion de tres hilos de plata delgados, soldados en la estremidad vesical i que introducidos juntos forman una cuerda delgada: pasada la estrechez, se hace enhebrar en dichos hilos una pequeña bolita metálica sostenida por una asta metálica de acero que lleva tres agujeros en la circunferencia; después de ésta, puede introducirse otra i así en seguida.

Un tercero i talvez mas útil instrumento se compone de dos hilos de plata unidos i soldados en la estremidad vesical: uno de éstos mas delgado puede acortarse por medio de un mecanismo en la estremidad exterior: entonces se pone como una cuerda de un arco i obliga a estender los tejidos que se ponen estirados. La abertura del instrumento se hace con lentitud i es poco dolorosa.

Por medio de estos procedimientos puede conseguirse prontamente la dilatacion de la estrechez hasta el punto de poder pasar una sonda del núm. 11 o 12.

Este perfeccionamiento es tal, que hace al presente la curacion mas espedita imenos fastidiosa, sin impedir, por cierto, que pueda renovarse, lo que obliga al paciente a pasar de tarde en tarde una sonda para prevenir la reincidencia.

---

Santiago, abril 7 de 1875.

La comision examinadora acordó publicar la presente memoria en los *Anales de la Universidad*.—WENCESLAO DIAZ, secretario interino.

---

*MEDICINA.*—*De la medicina preventiva.*—*Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de medicina, por don Francisco A. Perry.*

“El porvenir de la medicina i, por consiguiente, su verdadero progreso deben estar con preferencia basados en la atenuacion del número, de la violencia i de la especificidad de las enfermedades; debiendo esto alcanzarse por un mayor ensanche de la salud jeneral i por la observancia de la naturaleza, por medio de las conquistas de la hijiene pública i privada, por medio de la difusion de la moralidad, de las luces i del bienestar jeneral, mas bien que buscadas en la curacion de las enfermedades una vez formadas.” (1)

Tal es, señores, como se espresa el ilustre clínico francés, Trousseau, en uno de los pasajes de su *Tratado de Terapéutica*: palabras de una profunda verdad i que, una vez puestas en práctica, están llamadas a producir una enérgica i saludable convulsion en la medicina i en la humanidad entera. Permitidme decir sobre ellas algunas palabras aunque me asiste la conviccion de que nada

---

(1) Trousseau et Pidoux “Traité de Thérapeutique et de Matière médicale.” Paris. 1870. Introduccion. LXXX.