

## COMENTARIOS SOBRE EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ESTRECHEZ URETRAL

---

Por el Dr. JUAN B. DERDOY

El motivo de esta comunicación, no tiene otra finalidad que poner en vuestro conocimiento y consideración el resultado obtenido en los casos operados de estrechez uretral que aquí comentamos.

La estrechez uretral es una enfermedad de asistencia frecuente en la zona rural de nuestra actividad profesional.

Nos referimos solamente a los 18 pacientes que son aquellos de los cuales hemos podido reunir la documentación clínica, radiológica, pre y post operatoria; algunos llevan varios años de operados (por ejemplo, la observación N° 11 que fué un caso publicado en el Día Médico, 1945), otros son de reciente data. En su mayoría son hombres de trabajos en el campo y en general con pocas comodidades de traslados o económicas para ir a la ciudad: factores que han repercutido para abandonarse en su tratamiento de dilataciones lentas y periódicas.

Etiológicamente 11 enfermos responden a estrechez post infecciosa (ble-norragia) y 7 a estrechez post traumática.

La ubicación de la estrechez ha sido en uno de los enfermos sobre la uretra membranosa (obs. N° 3) y 17 sobre la zona de uretra bulbar mostrándonos a la radiografía una imagen en anillo o segmento de diferentes calibres y forma.

La observación N° 3 corresponde a una estrechez traumática de la uretra membranosa, ignorada por el paciente hasta que nos consultó. A este enfermo lo traté con dilataciones periódicas desde 1936 pero a pesar de la regularidad de las mismas (hasta 2 series por año), comprobamos su fracaso llegando el enfermo a tener crisis de retención completa y fiebre urinosa. Resolvimos por tal motivo intervenirlo, resecaando la uretra membranosa por vía perineal prerrectal.

Hemos constatado en algunos casos la dilatación retroestructural de la uretra posterior; individualizando en la observación N° 1 un cálculo secundario, núcleo de infección y fístulas urinarias, que mantenían un grave estado del paciente.

Entre otros, he leído un trabajo publicado por el Prof. Bernardi en la R. A. U. del año 1942 en que relata un caso con fístulas, incluso rectal, por un cálculo enclavado en uretra posterior.

La observación N° 5 corresponde a un paciente que se presentó con un absceso periuretral supurado, recividado, estrechez filiforme y retención de

orina. Procedimos a evacuar el pus, resecar los tejidos esfacelados incluso la uretra dejando sonda uretral a permanencia; rehicimos el molde de la uretra formando un túnel con los tejidos sanos quedando un drenaje perineal.

Efectuamos cistostomía de derivación. Tuvo muy buen post-operatorio y aunque lleva muy poco tiempo tenemos la experiencia de otros casos que nos satisfizo ampliamente este proceder.

Los enfermos (obs. 1 y 13) presentaban al efectuar la uretrocistografía dilatación de las vías urinarias superiores (uréteres, pelvis, cálices). Esta complicación es una expresión de antiguo sufrimiento que repercute sobre la función renal y lleva a la pielonefritis.

La etiopatogenia de esta dilatación e insuficiencia del ostium ureteral es condicionada por la distonía muscular vesical provocada por la cistitis crónica, que secundariamente lleva a la infección ascendente con la dilatación a que hemos hecho referencia.

Las observaciones 2, 7, 8, 14 y 16 llegaron a la operación a pesar de haber soportado anteriormente la *Uretrotomía Interna*; persistiendo las manifestaciones fisiopatológicas de retención e infección que indicaban el fracaso de dicha terapéutica.

Al paciente (obs. N° 6) le habían efectuado la electrolisis intrauretral presentándose con una estrechez inextensible e infección urinosa. Fué resecaado el segmento uretral con sutura término-terminal de uretra. La derivación de orina por cistostomía suprapúbica la efectuamos en forma sistemática, ocupándonos en este momento de explorar la cavidad vesical (observando si hay cálculos divertículos, tumores, etc.) y especialmente el examinar la zona de uretra posterior y cuello de vejiga, reparándolas cuando estuviesen alteradas.

Hemos registrado así en 7 enfermos adenoma de próstata de diferentes tamaños que fueron enucleados, siempre que fué posible, en el mismo acto quirúrgico.

Siete pacientes presentaban esclerosis de cuello vesical en diferentes grados y en otros constatamos la dilatación con prostatosis o enfermedad de Heitz Boyer. Realizamos en este caso resección cruenta del cuello por vía intravesical y al enfermo (Observación 18) fué amplia hasta drenar las cavidades prostáticas.

La hemostasia fué hecha por electrocoagulación o taponamiento. Pensamos que esta reparación es importante al eliminar focos sépticos y favorecer la dinámica vesical cuando esté la uretra con buen calibre, en el futuro post-operatorio.

Este proceder agrega mayor traumatismo y alarga el acto quirúrgico pero contando con los recursos actuales (anestesia, antibióticos, transfusiones, etc.) se disminuyen los riesgos para obtener mayor posibilidad de éxito.

La biopsia del segmento uretral extirpado sólo nos fué posible hacerla en pocos casos; sin embargo su importancia es fundamental, pues el estudio anatómopatológico sistemático se impone al ser la estrechez un poco perfectamente individualizado como causa de origen a los cánceres de uretra: Guyon, Lwow, Goyet, Trzebiski, Lowley, etc.

La preparación pre operatoria fué en base de antibióticos, transfusiones, medicación de orden general y constipación intestinal, que se prolonga algunos días después de operarse. Empleamos anestesia general, éter, oxígeno, pentothal, transfusiones. Posición de la talla. Incisión mediana bulbo perineal y disección prolija de los planos, piel, aponeurosis, músculos, etc., cuando ello es posible.

La uretrectomía fué parcial y completa con uretrorrafia circular término-terminal a puntos separados con catgut cromado O, no perforantes a mucosa en 12 casos y dejamos la sonda uretral permanente de tutora para la reparación y epitelización en 6 enfermos. En todos tuvimos especial cuidado en hacer una prolija "toilette" al eliminar los núcleos y tejidos esclerosos existentes (islotos denominados por el Prof. Sabadini) dejando superficies cruentas de células sanas para la correcta neoformación.

Por razones ajenas a nosotros no aplicamos la diaternia como aconseja el Prof. Sabadini, pero creemos es un valioso recurso para la mejor restitución tisular.

Durante el post-operatorio tuvimos dos epidimitis supuradas (Obs. 3 y 17 que resolvimos por la epididectomía secundaria. Se trataba de los enfermos a quienes no habíamos efectuado la ligadura de los deferentes por ser hombres jóvenes y solteros.

En las Obs. 2 y 8 asistimos al fracaso de la sutura término-terminal de uretra, ocurrido por la participación del enfermero, quien trató de cateterizarlo a los cinco días desuniendo los cabos que luego se retrajeron.

Al enfermo de la Obs. N° 6 dejamos la sonda uretral colocada después de la sutura de uretra sin cistostomía de derivación. La presencia de dicha sonda provocó la infección y fístulas, debiendo hacer la cistostomía secundaria. Posteriormente curó el enfermo quedando en buen calibre uretral.

Observamos en el paciente (18) un flemón perineal a tipo anaerobio que nos obligó a abrir la herida ampliamente, fracasando la sutura. Considero que el no haber sido constipado unido a que su herida operatoria no fué vigilada correctamente (era un enfermo del Hospital) contribuyó a traer esta complicación.

#### CONCLUSIONES

- 1) Considero que este método preconizado por muchos autores debe aplicarse más frecuentemente.
- 2) Que la indicación quirúrgica que los estrechados con esclerosis resuelve de manera rápida la curación, pudiendo el paciente reintegrarse más precozmente a sus tareas habituales.
- 3) Que los pocos casos que aquí menciono han tenido una evolución favorable.
- 4) Las ventajas profilácticas al extirpar un núcleo de tejido anormal cuya constante irritación por la orina puede ser origen de neoplasias.
- 5) Que debe mantenerse la indicación clásica de derivar la orina por cistostomía durante el período operatorio.
- 6) Observar un prolijo control del paciente sobre su estado general y cuidado de sus heridas operatorias e higiénicas de las sondas de drenaje.
- 7) La indicación de efectuar el estudio radiológico en los estrechados.

*Observación N° 1.* — Hospital Central "17 de Octubre de Río Cuarto". E. A., arg., de 40 años. Reg. 35.854. Los Cisnes. Servicio de Vías Urinarias. Jefe: Dr. Juan B. Derdoy. Ingresó el 20 de marzo de 1950.

Sano en la infancia. A los 15 años tuvo un traumatismo perineal al golpearse sobre la cruz del caballo. Orinó sangre y después tuvo un hematoma perineal y disuria. A los 20 años tuvo blenorragia que curó. A los 30 años comenzó a notar disuria de esfuerzo y chorro cada vez más fino. Tuvo retención completa que fué sondado con bujía filiforme. Pasó dos años

N°	Nombre	Evolución	Localización	Germen	Autovacuna en millones por cc.	Antibióticos	Resultados
1	F. D'A.	3 años	Uretritis recid.	Estafilo	3000 y 7000	DHE 15 grs.	Curación.
2	D.L.V.	2 años	"	"	7.500	DHE 15 grs.	Curación.
3	D.A.	9 meses	"	"	3.000 y 7.000	DHE 10 grs.	Curación.
4	E.G.	11 meses	"	"	3, 7 y 10.000	DHE 10 grs.	Curación.
5	J.L.	4 años	"	"	3.000 y 7.000	DHE 15 grs.	Curación.
6	E.C.	2 años	"	"	3.000 y 7.000	DHE 10 grs.	Curación.
7	S.J.	1 año	"	"	7.000	Cloranfenicol	Curación.
8	Q.V.	8 meses	"	"	1, 3 y 7.000	—	Curación.
9	L.G.	6 meses	"	"	1, 3 y 7.000	DHE 15 grs.	Recidiva.
10	E.E.	14 años	"	"	1, 3 y 7.000	Teramicina	Curación.
11	V.E.L.	3 meses	"	"	1, 3 y 7.000	—	Recidiva.
12	X.V.	10 años	"	"	1, 3 y 7.000	—	En tratamiento.
13	V.F.	2 años	"	"	1, 3 y 7.000	—	En tratamiento.
14	S.B.	6 años	Uretra y prost.	"	3, 7 y 10.000	DHE 15 grs.	Curación.
15	C.C.	3 años	"	"	3, 7 y 10.000	DHE 10 grs.	Curación.
16	J.B.	4 años	"	"	3, 7 y 10.000	Teramicina	Curación.
17	C.B.	1 año	"	"	3, 7 y 10.000	DHE 20 grs.	Curación.
18	F.F.	6 años	"	"	3, 7 y 10.000	Cloromicetina	Curación.
19	G.D.	2 años	Prostatitis	"	1, 3 y 10.000	DHE y Penic.	Curación.
20	E.M.	5 años	"	"	1, 3 y 7.000	DHE y Penic.	Curación.
21	M.F.	4 años	"	"	1, 3 y 7.000	DHE 30 grs.	Recidiva y se en-
<p>cuentra en los estudios posteriores una obstrucción de los conductos eyaculadores que se desobstruye mediante la inyección de aceite yodado por vasotomía. Se repite la autovacuna a 3,7 y 10.000 millones, obteniéndose la curación.</p>							
22	P.C.	4 años	Prostatitis	Estafilo	1, 3 y 5.000	DHE 15 grs.	Curación.
23	A.M.F.	3 años	"	"	3, 7 y 10.000	DHE y Pen.	Curación.
24	H.S.	6 años	"	"	1, 7 y 5.000	DHE 10 grs.	Curación.
25	A.L.	3 años	"	"	3, 7 y 10.000	DHE y Penic.	Curación.
26	J.C.B.	1 año	"	Estaf. y entero	1, 3 y 5.000	DHE y Penic.	Curación.
27	V.S.	8 meses	"	"	3, 7 y 10.000	—	Curación.
28	D.G.	2 años	"	"	3, 7 y 10.000	DHE y Penic.	Curación.
29	D.R.	8 años	"	Estaf. y entero	3, 7 y 10.000	DHE y Penic.	Curación.
30	B.S.	5 años	"	"	3, 7 y 10.000	DHE y Penic.	Curación.
31	J.V.	2 años	"	"	3, 7 y 10.000	Terramicina	Curación.
32	B.O.M.	2 años	"	"	3, 5 y 7.000	—	Curación.
33	G.J.	4 años	Prostatitis	Estafilo	3, 7 y 10.000	DHE 10 grs.	Curación.
34	C.H.	6 años	"	"	3, 7 y 10.000	DHE y Pen.	Curación.
35	M.J.	4 años	"	"	3, 7 y 10.000	DHE 15 grs.	Curación.
36	K.W.H.	7 años	"	"	3, 7 y 10.000	Terramicina	Sin mejoría.
37	M.P.	2 años	"	"	3, 7 y 10.000	Terramicina	Curación.
38	L.D.	3 años	"	"	1, 3 y 7.000	DHE 15 grs.	Curación.
39	E.J.	3 años	"	"	1, 3 y 7.000	—	Curación.
40	B.C.	1 año	"	"	3, 5 y 7.000	Cloromicetina	Curación.
41	P.I.	9 meses	"	"	1, 3 y 7.000	Sulfas	Curación.
42	B.J.L.	3 años	"	"	1, 3 y 7.000	Cloromicetina	Curación.
43	Y.M.	6 años	"	"	3, 5 y 7.000	Terramicina	Sin mejoría.
44	B.M.	2 años	"	Estafilo y proteus	1, 3 y 7.000	Cloromicetina	Curación.
45	R.A.	7 meses	"	Estafilococo	3, 7 y 10.000	DHE 10 grs.	Curación.
46	C.R.	6 años	"	"	3, 7 y 7.000	Terramicina	Curación.
47	C.C.R.	2 años	"	"	1, 3 y 7.000	Iloticina	Curación.
48	R.B.	9 años	Hiperestesia 3, 4, 5 dedos	"	3, 5, y 7.000	DHE 20 grs.	Curación.
49	C.N.	11 años	Forunculosis post coito	"	3, 5, y 7.000	Cloromicetina	Curación.
50	R.P.	2 años	Algias generalizadas postcoito	"	3, 5, y 7.000	Cloromicetina	Curación.
51	T.B.	9 años	Reumatismo poliarticular	"	3, 7 y 10.000	Cloromicetina	Mejoría.
52	J.L.	4 años	Algias generalizadas postcoito	"	3, 7 y 10.000	DHE 10 grs.	Curación.
53	R.G.	1 año	Reumatismo	"	3, 7 y 10.000	DHE 10 grs.	Curación.
54	C.B.	3 años	Impotencia	"	3, 7 y 10.000	DHE 10 grs.	Curación.
55	C.O.R.	2 años	Algias articulares postcoito	"	3, 7 y 10.000	DHE 10 grs.	Curación.
56	C.C.	5 años	Reumatismo	"	3, 7 y 10.000	DHE 10 grs.	Curación.

y fué internado en un hospital. Aquí lo operaron de litiasis vesical, fué dilatado y dado posteriormente de alta. Volvió al campo; por tres años estuvo bien, empeorándose nuevamente, fué internado en otro hospital siendo nuevamente intervenido, donde permaneció varios meses. Es dado de alta volviendo nuevamente al campo.

Posteriormente comienza a sentirse mal, tiene fístulas vesicales y perineales con incontinencia de orina por las mismas nos consulta en muy mal estado general, desnutrido, deshidratado con intoxicación urinaria por infección.

*Estado actual:* Boca, dientes: faltan piezas y hay algunas en mal estado. Lengua seca pastosa. Corazón: Tonos normales. Mx. 12-8. Pulmones: Se auscultan algunos rales subcrepitantes finos. Puso rítmico 80 pulsaciones por minuto. Mx. 12.5, Min. 7. Abdomen: Planos deprimido en la región hipogástrica. Se observan una ancha fístula con superficie del tejido maceroso, lo mismo la piel que la rodea.

*Génito urinarias:* Se observa un pene edematoso e infiltrado con piel macerada. La porción bulbo peniana macerada por las fístulas que supuran. En la región media suprapúbica se constata una zona en cuyo lugar la piel está completamente alterada con el contacto permanente de la orina.

La exploración uretral muestra estrechez de la uretra bulbar y es imposible cateterizarla. A través de las fístulas perineales introducimos una bujía hasta la vejiga.

*Próstata:* Plana infiltrada, no se palpan los bordes. Aumentada de tamaño. A la presión del dedo deja fluir líquido urinoso purulento por las fístulas. Es dolorosa a la presión.

*Uretrografía:* Se constata la estrechez uretral, fístulas perineales. Dilataciones de uretra posterior. Vejiga con poca capacidad. Incontinencia de esfínter ureterales por reflujo vesico ureteral e hidronefrosis. Se procede a mejorar el estado general y luego lo sometieron a la intervención quirúrgica.

*Análisis de sangre:* Huddleson, (—); Glucemia, 1.10 %; Eritrosedimentación, 69; Urea, 0.70; Gl. blancos, 12.000; Gl. rojos, 2.940.000.

*Análisis de orina:* Ácida no cilindros: 1014; pus abundante; Koch. (—).

*Análisis material fecal:* (—).

*Anestesia general.* Cirujano: Dr. Juan B. Derdoy, 27 de mayo de 1950. Se amplía la cicatriz suprapúbica rescando los tejidos. Se entra en la cavidad vesical: constatamos que hay celdas en la pared de vejiga. La región de cuello y uretra prostática esta completamente dilatada: lo que corresponde a uretra prostática es una gran cavidad y comprobamos la presencia de un cálculo del tamaño de una almendra al cual extraemos. Resecamos el cuello vesical. Por vía perineal resecemos las fístulas y en lo posible el tejido escleroso junto con los restos de uretra ampliando en esa forma todo lo correspondiente a la uretra bulbar y ayudándonos con cateterismos retrógrados, las hacemos llegar hasta la cavidad vesical. La sonda uretral es dejada a permanencia por 30 días y coetáneamente se deja el drenaje suprapúbico de la vejiga. En este período hemos quitado la sonda vesical y la vejiga se ha cerrado. Una vez retirada la sonda uretral el enfermo orina por uretra.

*Radiografía:* Uretrografía el 22-X-52.

*Comentarios:* Este enfermo llegó en muy mal estado, fué operado y después de dos años constatamos un discreto estado general y urinario.

*Observación N° 2.* — Hospital Central '17 de Octubre de Río Cuarto', Reg. 30.712. Servicio de Vías Urinarias. Jefe: Dr. Juan B. Derdoy, N. N., argentino, peón. M. A., 2 de junio al 21 de julio de 1953.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Blenorragia a los 18 años que duró 2 meses. Se cura sin asistencia médica. En 1936 primera manifestación de estrechez, disuria de esfuerzo. Se trata con dilatación. En 1945 retención completa de orina por estrechez uretral. Hay esclerosis intensa. Se hace *Uretrotomía interna*. Se da de alta, por sus trabajos del campo no sigue la dilatación. En 1948 (febrero) se interna con retención de orina periuretritis y epididimitis derecha, cedió con tratamiento médico dilatación. Alta mejorado.

*Enfermedad actual:* Durante estos cinco años no se ha dilatado.

Se reinterna con retención completa de orina, reacción periuretral y fiebre.

*Análisis de orina:* Ácida 1021; Sedimento, pus hemáties. No hay bacilos de Koch.

*Análisis de sangre:* Rojos, 449.000; Urea, 0.45; Glucemia, 0.80.

*Estado actual:* Sujeto febril. Buen estado general. Corazón: Tonos normales. Pulso regular, rítmico, Mx. 12; Min. 8. Pulmones normales. Abdomen globuloso. No hay puntos dolorosos. Se palpa globo vesical.

*Geminales:* Testículos derecho, mucho de epididimitis.

*Próstata:* Agrandada, fibrosa a expensa del lóbulo derecho.

*Uretra:* Núcleo del periuretritis crónica. Estrechez uretral filiforme dura. Uretrografía.

Operación el 5-VI-1953. Anestesia general. Transfusión 200 cm. Cirujano: Dr. Juan B. Derooy. Ayudantes: Dr. Juan C. Martínez y Sr. Correa.

Posición de la talla: In isión mediana perineolobular. Se seccionan los planos, se disecciona la uretra individualizando la parte estrechada. Se seccionan totalmente y se disecan 3 cents. sobre sonda uretrovesical. Se hace uretrotomía circular término-terminal. Se retira la sonda uretral.

Seguidamente se pone en posición de cúbito dorsal. Cambiamos el campo quirúrgico e instrumental; se hace cistostomía y resección de cuello vesical escleroso. taponaje de la sonda Pezzer. Biopsia: Uretritis crónica y esclerohialinosis (R. G. Nacional de Patología).

**Comentarios:** Durante muchos años este enfermo fué víctima de las consecuencias de su estrechez. Ha sido dado de alta, en buenas condiciones de micción.

*Observación N° 3.* -- "Clínica Regional del Sud". Mayo 29 de 1952. Empleado. Río Cuarto. T. A. V.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Siempre fué sano. Recuerda que en la infancia tuvo un traumatismo en la región genital, recordando que orinó sangre. Posteriormente anduvo bien por varios años. Niega venéreas. Regular de vientre.

En 1937 lo examino por primera vez por trastornos de disuria de esfuerzo, constatando una estrechez uretral esclerosa en región membranosa con calibre de bujía N° 6, irregular y deformada en S iliaca. Continuamos la dilatación hasta obtener un pasaje del benique N° 42. Anduvo bien dos años y luego notó dificultad que volvimos a dilatar. Tuvo complicaciones de retención completa. Era evidente la disminución de elasticidad de la estrechez al correr de los años y últimamente no conseguimos agrandar el calibre. La estrechez se intensifica cayendo en varias oportunidades en nueva retención completa, necesitando la colocación de bujía filiforme a permanencia. En virtud de tal evolución decidimos operarlo.

*Análisis de orina:* Normal.

*Análisis de sangre:* Uremia. 0.55; R. glóbulos rojos, 4.350.000.

*Pielografía:* Normal.

*Uretrografía:* Estrechez de uretra membranosa.

Cirujano: Dr. Juan B. Derooy. 28 noviembre de 1952. Anestesia local. Cistostomía. Se hace incisión mediana suprapúbica. Se constata una pared vesical hipertrofiada. Se hace cistostomía dejando sonda Pezzer permanente. Resección de cuello vesical escleroso.

Diciembre 15 de 1952. Anestesia Pentothal. Eter. Oxígeno. Posición de litotomía: Se hace una incisión mediana de 6 cents. hasta 1 cm. del ano. Se disecciona la piel capa aponeurótica y muscular, seccionamos el rafe ano bulbar, luego el músculo rectouretral penetrando en el espacio prerectal. Liberamos perfectamente la uretra membranosa, próstata y esfínter estriado aproximando estos elementos a la superficie quirúrgica, mediante un benique retrogrado, facilitando así las maniobras de disección. Constatamos la estrechez dura y esclerosa, en la uretra membranosa. Seccionamos este segmento uretral en sentido vertical. Resecamos la pared posterior y laterales de toda la porción esclerosa, dejando solamente un segmento anterior para que sirva de tutor. Colocamos una sonda Nelaton uretrovesical y sobre ella reconstruimos todos los planos. Se deja la sonda a permanencia. Drenaje vesical por cistostomía.

*Evolución:* Los primeros días evoluciona muy bien, a los 6 días se instala una epididimitis izquierda (no se había ligado los deferentes en consideraciones de ser un hombre soltero). Efectuamos epidididectomía con anestesia local.

Luego todo evoluciona normalmente. A los 13 días sacamos la sonda suprapúbica y a los 30 la uretral, dándosele de alta.

Abril 27 de 1953: Obtenemos nueva uretrografía. El enfermo anda bien y hay calibre uretral 40.

**Comentarios:** Este enfermo presentaba estrechez filiforme de uretra membranosa supraesfinteriana. Lo atendí y dilaté durante 16 años. Fracasó este constante y lento proceso de dilatación. Fué operado y aunque lleva poco tiempo su micción es correcta y manifiesta el paciente el placer y bienestar durante la micción, desconocido durante 20 años.

*Observación N° 4.* -- "Hospital Central 17 de Octubre de Río Cuarto". Reg. 45.036. Servicio Vías Urinarias. Jefe: Dr. Juan B. Derooy. B. B., 58 años. Río De Los Sauces, Córdoba.

*Antecedentes hereditarios:* Padres fallecidos, sin saber la causa. 7 hermanos sanos.

*Antecedentes personales:* Siempre fué sano. a los 20 años tuvo blenorragia que curó con tratamiento médico.

*Enfermedad actual:* Comienza hace aproximadamente 3 años con disuria, ardor polaquiuria y micción chorro fino y sin fuerza. Ha tenido posteriormente períodos de retención completa. Ultimamente los signos y síntomas urinarios se han ido reagravando hasta obligarlo a internarse en este servicio.

*Estado actual:* Buen estado general. Peso, 55 kg. Alt., 1.55 mts. Cabeza, ojos: Nada de particular. Boca: Lengua saburral. Dientes: Faltan piezas y hay piorrea.

*Tórax:* Conformación normal. bases pulmonares libres. Aparato circulatorio: Area cardíaca normal. Tonos normales. Pulso rítmico: Mx. 14. Min. 9.

*Abdomen:* Plano, no doloroso. Riñones: No se palpan ni duelen. Puntos uretrales superior y medio negativos.

*Genitales:* Externos normales. Micción dificultosa a gotas. Orina turbia en tres vasos.

*Exploración uretral:* Estrechez filiforme, dura en uretra bulbar. Tacto rectal: Próstata hipertrofiada blanda, carácter de adenoma.

*Análisis de sangre:* G. rojos. 4.200.000; G. blancos. 10.200; Pagniez. (—); Uremia. 0.55.

*Análisis de orina:* Alcalina. 1015; piuria.

*Uretrografía:* Estrechez filiforme de uretra bulbar.

20 de octubre de 1952: Anestesia general. Cirujano: Dr. Juan C. Martínez. Ayudante: Dr. R. Bloj. Señorita Hechem. Por vía mediana suprapúbica, se llega a la vejiga, se la abre y por maniobras bimanuales se hace adenomectomía taponamiento de la 1:edg. Drenaje vesical suprapúbico sonda Pezzer. Evolución buena.

10 de noviembre de 1952. Anestesia general. Pentothal. Eter oxígeno. Cirujano: Dr. Juan B. Derdoy. Ayudante: Dr. Juan C. Martínez. Señorita Hechem. Posición de la talla: Incisión mediana sobre el bulbo uretral, desde el escroto hasta 1 cm. del ano. Sección de todos los planos (piel, tejido celular aponurosis muscular) que se fijan a los bordes de la herida. Se aísla la uretra; con un benique anterior se localiza la estrechez seccionando la uretra sobre el tejido sano. Luego se reseca el trozo en una extensión de 2 cms., se coloca una sonda Nelaton 16 uretrovesical y saturamos los cabos uretrales con catgut cromado no perforantes a mucosa y con varios puntos separados. Se retira la sonda uretral. Se deja drenaje vesical suprapúbico.

16 de diciembre de 1952: Es dado de alta curado. Calibre explorador 18. Micción normal.

13 de mayo de mayo de 1953: Uretrografía de control.

*Comentarios:* A este enfermo mediante el tratamiento quirúrgico se le resolvió su problema uretral y prostático en menos de dos meses de permanencia en el Hospital, paciente que no hubiese podido concurrir al médico a hacerse sus dilataciones por tener su domicilio lejos de los centros médicos.

*Observación N° 5.* — "Hospital Central 17 de Octubre de Río Cuarto". Servicio de Vías Urinarias. Jefe: Dr. Juan B. Derdoy. Agosto 1953. J. B., 60 años, peón.

*Antecedentes personales:* Blenorragia a los 20 años que curó. Hace varios años (15) tuvo un traumatismo perineal; mientras trabajaba a caballo; en el campo golpeó sobre la uretra bulbar, tuvo hematoma perineal, dolor y hematuria, pasó bien por varios años.

*Enfermedad actual:* Desde unos 7 años que tiene dificultad para crinar, chorro fino y con fuerza. En 1946 se internó en este Hospital por trasmitención y absceso periuretral que supuró y mejoró algo. Posteriormente aparecieron molestias polaquiuria, ardor, disuria. Anduvo algunos años sin dilatarse. En los últimos días se intensifican las molestias apareciendo el absceso periuretral y retención completa de crina, por cuyo motivo se interna en nuestro servicio.

*Estado actual:* Sujeto febril. Lengua seca. Dentadura en malas condiciones. Pulmones nada de particular.

*Corazón:* Tonos normales. Pulso: regular rítmico.

*Abdomen:* Se palpa el globo vesical.

*Análisis de orina:* 1016. Sedimento, pus hemáticas.

*Análisis de sangre:* Glucemia, 1.53; Urea, 0.50.

*Genitales:* Testículos normales. Se constata en la región bulbar de la uretra un absceso del tamaño de una naranja, duro, con mucha infiltración y fluctuante en su interior.

*Uretra:* Estrechez filiforme bulbar al explorador.

*Próstata:* Plana, dura.

*Uretrografía:* Estrechez uretral, absceso periuretral.

Se interviene. Anestesia general. Eter oxígeno. Pentothal. Transfusión: 250 gs. Se coloca en posición de la talla. Se abre el absceso que drena bastante pus, se resecan todos los tejidos esfacelados e infiltrados, incluso la uretra que se exitrpa en unos 3 cms. Se coloca

una sonda Nelaton hasta vejiga y se cierran parcialmente los planos sobre la misma que se dejan a permanencia cambiando luego la posición del enfermo y en el campo quirúrgico efectuamos una cistostomía. Resecamos poco tejido de cuello vesical, pues aunque está endurecido es amplio, y constatamos dilatada la uretra posterior. Se deja sonda Pezzer vesical. Se cierra pared por planos.

*Biopsia del tejido uretral:* Periuveitis crónica abscedada. Mauricio Rappaport. Registro Nacional de Patología.

*Evolución:* A los 45 días de operado sacamos radiografía y alta en muy buenas condiciones. Debe volver a dilatarse.

*Observación N° 6.* — "Hospital Central 17 de Octubre de Río Cuarto". L. B. Registro 25.757. 35 años, argentino, soltero. La Carlota. 21 de diciembre de 1948. Servicio Vías Urinarias. Jefe: Dr. Juan B. Derdoy.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Desde niño ha tenido ataques de epilepsia siempre toma luminal. Buen apetito. Regular de sus funciones intestinales. Hemorragia hace 8 años. Tardó bastante en curarse y quedó con gota matutina. En 1946 se le practicó *electrólisis intrauretral*. Después quedó con disuria de esfuerzo que fué aumentada en estos últimos tiempos, notando mucha dificultad para orinar por cuyo motivo nos consulta.

*Estado actual:* Durante la micción necesita hacer gran esfuerzo para orinar ayudándose con la contracción de las paredes abdominales. Orina con chorro muy fino y a gotas. Al explorar constatamos estrechez filiforme y se consigue pasar una bujía N° 4. La luz uretral bulbar es fibrosa estrecha e irregular.

*Examen clínico general:* Genitales: Externos normales.

*Uretra:* Se palpa una zona esclerosa y dura en uretra bulbar. Micción difícil, orina turbia.

*Análisis de orina:* Albúmina (no), sedimento normal. Glucosa (no).

*Análisis de sangre:* Kahn (—) negativa; Urea, 0.30; Rojos, 4.000.000; Blancos, 7.200.

*Uretrografía:* Se constata una estrechez fibrosa en uretra bulbar.

28 de enero de 1949. Cirujano: Dr. Juan B. Derdoy. Stas. Centeno. Walles. Anestesia raquídea. Colocado en posición de litotomía se efectúa una incisión vertical en la región bulbar. Se disecciona la uretra y localizando la porción esclerosa se extirpa un segmento que corresponda a un núcleo de 1 1/2 cms. Suturamos los cabos con catgut 00 término-terminal. Dejamos sonda permanente sin cistostomía. Después de unos días comenzó a filtrar orina al retirar la sonda. Por esto efectuamos cistostomía secundaria. Posteriormente curó bien. El enfermo es dado de alta. Curado el 1° de marzo de 1949. En octubre de 1952 obtenemos nueva uretrografía. La micción es espontánea y fácil, con calibre uretral 34 benique.

*Comentarios:* A este enfermo efectuamos la extirpación del segmento esclerosado, suturando correctamente los cabos término-terminales. El haber dejado la sonda uretral permanente fué el motivo que no cicatrizara bien la uretra. Llevó 4 años sin dilatarse y anda bien.

*Observación N° 7.* — "Clínica Regional del Sud". A. B. 42 años, casado, argentino. Ficha 13.859, Las Perdices, Córdoba. 24 de septiembre de 1942.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Es diabético. Sano en la infancia. Hemorragia a los 21 años que trató con lavajes, duró muchos meses. Regular de vientre. En 1926 fué tratado por estrechez uretral. Después durante muchos años no ha vuelto a dilatarse.

*Enfermedad actual:* Consulta por disuria de esfuerzo, chorro fino y ligera hematuria final. Constatamos estrechez uretral filiforme bastante dura y alargada en uretra bulbar.

*Estado actual:* Buen estado general. Dentadura: En malas condiciones. Pesa 112 kilos. Altura 1.88.

*Corazón:* Nada de particular. Pulmones normales: Max. 12-7.

*Abdomen globuloso.* Hígado se palpa. Genitales externos normales. Se dilató hasta el número 36. Alta.

2 de agosto de 1948: Durante estos 6 años no hemos visto al enfermo y no se ha dilatado. Vuelve a la consulta con gran dificultad para orinar, micción a gotas, retención. Reiniciamos la dilatación y después de varios días de bujía permanente se amplía algo la uretra. Después de muchas sesiones llegamos a la bujía 12. Estrechez dura y esclerosa, bulbar. Se practica *uretrotomía interna*.

*Análisis de orina:* 1020; Glucemia, 2 gs.; Sedimento normal.

*Análisis de sangre:* Glucemia, 1.20; Urea, 0.52.

*Uretrografía:* Estrechez uretral extendida e irregular en uretra bulbar. Se da el alta con indicación de dilatarse.



29 de septiembre de 1952 *Análisis de orina*: Glucosa acetona: no contiene. *Análisis de sangre*: Glucemia, 1.25 ‰.

En los últimos dos años ha tenido períodos de retención. En 1952 se consiguió dilatar solamente hasta la bujía 10 pero posteriormente fué muy irregular en el tratamiento. La estrechez se ha intensificado habiendo períodos más frecuentes de retención completa y fiebre urinosa. En vista de su intensa estrechez resolvemos operarlo.

*Análisis de sangre*: Rojos, 4.500.000; Blancos, 8.000; Urea, 0.40; Glucemia, 1.25.

*Análisis de orina*: 8 ‰ glucosa. Resto normal.

Mejora su estado general. infeccioso, diabético, etc.

Se interviene el 15 de enero de 1953. Anestesia, Pentothal. Ciclo éter. Cirujano: Dr. Juan B. Derdoy. Se ligan los deferentes. Se efectúa una cistostomía suprapúbica. Vejigas de paredes gruesas con celdas vesicales. Cuello vesical con un adenoma chico, que se extrae, dejamos taponamiento y sonda Pezzer.

*Segundo tiempo*. Febrero 16 de 1953. Cirujano: Dr. Juan B. Derdoy. Anestesia Pentothal Eter. Posición de la talla: Incisión mediana y vertical desde la raíz del escroto hasta 1 cm. del ano. Sección del tejido celular subcutáneo aponeurosis bulbo cavernoso. Llegamos a la uretra, se extirpa el tejido fibroso de la uretra en una extensión de 3 centímetros y eliminamos los núcleos infiltrados del lugar. La uretra bulbar por detrás de la estrechez está muy dilatada. Colocamos una sonda Nelaton desde el meato y sobre la misma reconstruimos el canal uretral cerrando en varios planos. Dejamos la sonda uretral colocada.

Insulina, penicilina, estreptomina, Constipación intestinal. A las 48 horas se ha establecido una infección de la herida que nos obligó a sacar algunos puntos.

Marzo 10: Retiramos la sonda suprapúbica. La herida perineal persiste abierta. En marzo 20 se sacan las sondas.

Marzo 30: Existe una pequeña fistula perineal. La micción sin sonda es fuerte y de buen chorro. Filtra muy poca orina.

Abril 2: Se saca la sonda y orina perfectamente bien.

*Uretrografía*: Buen calibre uretral. 42 benique.

*Comentarios*: Este paciente fué atendido en múltiples ocasiones. Sus dilataciones también resultaron insuficientes. La estrechez progresó hasta practicarse la uretrotomía interna.

Se resecó un extenso segmento de uretra y un adenoma de próstata.

Septiembre 1953.

Ha sido controlado y anda muy bien.

*Observación N° 8*. — "Hospital Regional 17 de Octubre de Río Cuarto. Registro 30.204. 28 de junio de 1951. 61 años. viudo. Sampacho. Servicio de Vías Urinarias. Jefe: Dr. Juan B. Derdoy.

*Antecedentes hereditarios*: Estrechez uretral. Padres muertos. Fueron 4 hermanos.

*Antecedentes personales*: Sano en la infancia. Blenorragia a los 18 años. Bien de vientre. En 1948 comenzó a tener disuria de esfuerzo y chorro fino. Al año siguiente consultó un médico quien le practicó la *Uretrotomía interna* dilatándolo después hasta el benique 46. Pasó tres años bien y luego vuelve a notar trastornos de disuria de esfuerzo y chorro fino. a veces a gotas por cuyo motivo él nos consulta.

*Estado actual*: Sujeto obeso.

*Corazón*: Tonos normales. Pulso regular rítmico.

*Pulmón*: Nada de particular.

*Abdomen*: Globuloso, tenso, no es doloroso. No hay aparente signos de alteración orgánica.

*Genitales*: Testículos normales. Orina turbia, micción difícil, turbia. *Uretra*: Se constata una estrechez uretral bulbar filiforme dura e irregular al tacto rectal. Próstata aumentada de tamaño por prostatitis infecciosa, bordes palpables, superficie lisa.

*Uretrografía*: Estrechez bulbar.

*Análisis de sangre*: Uremia, 0.45. Kahn (—); Rojos, 4.800.000; Glucemia, 1.10 ‰.

Cirujano: Dr. Juan B. Derdoy. Se hace cistostomía suprapúbica y por maniobras bimanuales se extrae un tumor adenomatoso de tamaño de un huevo de gallina muy fibroso y adherente que se debe extraer a tijera; dejamos taponamiento y sonda Pezzer suprapúbica.

Cirujano: Dr. Juan B. Derdoy. Ayudante: Dr. Juan C. Martínez. Sta. Hechem. Anestesia raquídea: Novocaína, corbacil 0.12 gs. Posición de litotomía: Se secciona la piel vertical y mediana, hasta la región próxima al ano (a 1 cm. del mismo). Se reclinan los planos hasta llegar a la uretra bulbar. Mediante un benique uretral anterior y otro retrogrado, localizamos la uretra estrechada, seccionando y resecaando un trozo de 3 cms. Se disecan los datos uretrales y suturamos en forma término-terminal sobre sonda uretro vesical. Drenaje vesical suprapúbico.

Dejamos colocada a permanencia la sonda uretral. Dicha sonda uretral provocó una reacción inflamatoria e infecciosa sobre las suturas; siendo causa que debimos retirarla. Posteriormente al mes volvimos a colocarla dejándola a permanencia para obstruir el orificio vesical suprapúbico.

El enfermo fué dado de alta, pero al mes regresa por tener dolores vesicales tipo cistitis. La uretra se mantiene sin tendencia a estrecharse. Después de algunas curas sin resultado hacemos cistostomía sospechando un cuerpo extraño y constatando un pequeño núcleo calculeoso que se instala sobre un hilo de un punto de la anterior operación. Se cierra la vejiga dejando una sonda uretral a permanencia. Se da de alta en buenas condiciones.

Abril 30: Uretrografía.

**Comentarios:** En este enfermo realizamos la uretrotomía externa, pues la dureza e inextensibilidad de la uretra no permitía otro tratamiento. Había sido previamente uretrotomizado.

*Observación Nº 9.* — "Hospital Central 17 de Octubre de Río Cuarto". Reg. 47.674. Servicio de Vías Urinarias. Jefe: Dr. Juan B. Derdoy, J. D., argentino, casado, empleado, 58 años. General Deheza. 6 de marzo de 1953.

*Antecedentes familiares:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Hace años blenorragia con epididimitis y bubón. Operado de várices. Ha tenido cólico renal derecho.

*Enfermedad actual:* Se interna por intensa disuria durante la micción, orina con chorro fino y a veces se corta. Desde los últimos días con fiebre urinosa, y semiretención de orina por cuya razón se interna.

*Estado actual:* Buen estado general.

*Corazón:* Tonos normales. Pulso regular. Mx. 15. Min. 10.

*Abdomen:* Globuloso. No hay puntos dolorosos.

*Genitales:* Externos normales. Micción: chorro fino, orina turbia.

*Explorador:* Se constata estrechez fibrosa en uretra bulbar, apenas se consigue pasar bujía Nº 5.

*Próstata:* Aumentada de tamaño con caracteres de adenoma.

*Análisis de orina:* Alcalina 1015. Sedimento, hemáties, abundantes fosfatos amoniaco. no cilindros císticos.

*Análisis de sangre:* Kahn, (—); Urea, 0.65; Glucemia, 1.16; Rojos, 3.250.000; Blancos, 8.200.

*Uretrografía:* Estrechez bulbar. Dilatación prostática.

6-IV-53: Se prepara constipándolo y aplicación de antibióticos.

17 de abril de 1953. Anestesia general, éter, oxígeno, Pentothal. Transfusión: 200 cc. Cirujano: Dr. Juan B. Derdoy. Ayudante: Dr. Juan C. Martínez. Srta. Hechem. Posición de litotomía: Incisión mediana de 6 cms. Se disecan los diversos planos llegando hasta la uretra. Se lo aliza la estrechez y reseamos un segmento de unos 3 cms. Se coloca una sonda uretral y sobre ella suturamos la uretra con catgut cromado (0) a manera termino-terminal. Se retira la sonda uretral y colocamos al paciente en posición decúbito dorsal. Efectuamos la cistostomía suprapúbica. Se reconoce un discreto adenoma de próstata que enucieamos dejando taponamiento. Drenaje vesical con sonda Pezzer. Pared por planos.

*Uretrografía de control:* El 22 de mayo de 1953.

*Evolución:* Estuvo internado 69 días, dado de alta curado.

*Observación Nº 10.* — "Hospital Central 17 de Octubre de Río Cuarto". Número Registro 26.785. Servicio Vías Urinarias. Jefe: Dr. Juan B. Derdoy, L. F. Reducción, 51 años. Jornalero, casado. 22 de abril de 1949.

*Antecedentes personales:* Sano en la infancia y en la edad adulta. Niega venéreas. Hace 8 meses está de régimen por su enfermedad a la vejiga. Esposa viva y sana, 4 hijos. Hace 15 años tuvo un traumatismo uretral bulbar. Al tener un accidente mientras trabajaba a caballo, éste se cayó apretándolo contra el suelo. Se le formó un hematoma perineal, que posteriormente supuró. Hubo poca uretrohemorragia y ardor para orinar. Después de un corto tiempo notó disuria de esfuerzo y polaquincia que fué intensificándose hasta nuestros días. En algunas oportunidades fue aiitado.

*Enfermedad actual:* Después de pasar varios años con disuria y chorro fino ha entrado bruscamente en retención completa de orina. En el pueblo donde vive no pudieron sonarlo, por lo cual es enviado a nuestro servicio.

*Estado actual:* Buen estado general, sujeto magro. Tiene dolores vesicales y no puede orinar. Corazón y pulmones: Nada de particular.

*Abdomen:* Se constata la presencia de un globo vesical que llega hasta el ombligo.

*Testículo izquierdo:* Deformado con paquivaginitis.

*Uretra:* Se palpa una cicatriz esclerosa en uretra bulbar. a la exploración hay estrechez filiforme con carácter fibrosa. Se consigue pasar una bujía Nº 4, se deja a permanencia y aún después de varios días de ensayo no es posible conseguir la dilatación.

*Análisis de sangre:* Kahn, negativa; Urea, 0.40.

*Análisis de orina:* Alcalina. Densidad, 1020.

*Uretrocistografía:* Estrechez uretra bulbar.

*Operación:* 28 de octubre de 1949. Cirujano: Dr. Juan B. Derdoy. Ayudantes: Dres. S. Recalt y E. Paganini. Srta. Gorordo. Anestesia general: Eter. Posición de la tala: Se hace cistostomía suprapúbica, extirpando en este tiempo el cuello escleroso de vejiga. Seguidamente hacemos nuevo campo en la región perineobulbar. Efectuamos incisión vertical sobre el bulbo hasta 1 cmt. del ano disecando los planos aponeurótico y muscular. Liberada la uretra y localizada la estrechez seccionando la misma en una extensión de 1 cms. cortando la uretra sobre tejido uretral sano. Luego por cateterismo retrógrado y por vía uretral cateterizamos la uretra.

Disecamos el cabo distal para aproximarlos y con puntos separados no penetrantes suturamos ambos cabos. La sonda uretral que sirvió de guía para realizar la sutura la retiramos. A los diez días cateterizamos la uretra constatando que el calibre es correcto. A los 15 días el enfermo orina correctamente siendo dado de alta.

*Comentarios:* Este enfermo pasó muchos años sufriendo con su estrechez de origen traumático. Las dilataciones fracasaron mejorando solamente con uretrectomía externa. Sutura término-terminal, se reseco el cuello vesical escleroso.

Este enfermo lleva más de cuatro años de operado: no se observa tendencia a la estrechez en nuestro control.

*Observación Nº 11.* — "Clínica Regional del Sud". F. G., 38 años. Chucul, Córdoba. Argentino. Hist. 12.516. Mayo 15 de 1942.

Resumen del trabajo publicado en El Día Médico, año XVII. Nº 48 (Rotura de uretra y litiasis renal en un fracturado pélvico). Por Dr. Juan B. Derdoy.

Enfermo que es traído a la Clínica en grave estado por un traumatismo (fué apretado por un sulky) en que viajaba.

Constatamos fracturas múltiples de pelvis, rotura de uretra bulbar y retención completa de orina.

El Dr. Ernesto Alvarez trata sus fracturas del pelvis.

Se consigue pasar una sonda Nelaton Nº 16. Se la deja a permanencia por varios días. Después tiene micciones espontáneas.

*Análisis de sangre:* Kahn (—); Urea, 0.42 %.

*Análisis de orina:* Alcalina hematuria. Pus no contiene.

A los tres meses de orinar espontáneamente comenzó a tener disuria intensa por estrechez uretral traumática; comenzamos a dilatarlo. El enfermo está en este periodo en extensión continua por sus fracturas. A los cuatro meses tiene un cólico renal que se suceden y lo operamos de un cálculo fosfático de decúbito.

Como sigue la disuria de esfuerzo obtenemos las uretrografías y constatando la estrechez, hacemos una uretrectomía externa y uretrografía término-terminal con cistostomía. Es dado de alta una vez curada sus fracturas.

Julio de 1953: Después de 10 años sacamos estas uretrografías. Tiene calibre 40 y orina muy bien.

*Observación Nº 12.* — "Clínica Regional del Sud". J. H., 32 años. General Cabrera Reg. 44.595. Julio 28 al 19 de agosto de 1953.

*Antecedentes hereditarios:* Padres sanos. Casado. 1 hijo. Esposa sana.

*Antecedentes personales:* Enfermo que vive y trabaja en el campo. Sano en la infancia. Niega venéreas. Bien de vientre. Buen apetito. Hace 10 años tuvo una intensa hemouretrorragia que duró unas 7 horas, cree fué un traumatismo mientras anda a caballo. Consultó al médico que le colocó una inyección. Hace algunos años, no sabe precisar cuantos, tiene ardores para orinar. En el último año se había declarado una intensa disuria de esfuerzo, durante toda la micción con chorro fino, se acompañaba de polaquiuria. En ocasiones sabía tener hemouretrorragia.

Buen estado general. Cabeza, boca: dientes conservados. Lengua húmeda. Amígdalas no duelen.

*Corazón:* Tonos normales en los 4 focos. Pulso regular, rítmico igual. Mx. 13-9.

*Pulmones:* Nada de particular.

*Abdomen:* Globulosa no hay puntos dolorosos.

*Genitales externos:* Normales. Erección libido normal.

*Uretra:* Se constata una estrechez cicatricial esclerosa filiforme en la región bulbar.

*Próstata:* Congestionada y aumentada de tamaño.

*Uretrografía:* Estrechez uretral filiforme.

*Análisis de sangre:* Urea 0.54 %.

*Análisis de orina:* 1010 alcalina; no cilindros ni hematies.

28 de julio de 1953. Anestesia general. Cirujano: Dr. Juan B. Derdoy. Cistostomía suprapúbica. Sonda Pezzer. Transfusión 250 gs. Región uretral. Posición de la talla: Se disecan los tejidos periuretrales y liberada la región bulbar introducimos un benique por el meato hasta chocar con la estrechez; seccionamos totalmente la uretra y luego resecaamos el segmento esclerosado. Se retira el benique y colocando otra sonda Nelaton: suturamos la uretra término-terminal. Pared perineal por planos.

*Evolución:* Agosto 14 de 1953. Se saca la sonda suprapúbica y el enfermo orina espontáneamente.

Por la herida suprapúbica ha drenado muy poca orina sólo el primer día, cerrando la herida sin necesidad de colocar la sonda uretral.

*Comentarios:* Este enfermo se intervino y en 17 días fué dado de alta.

*Observación N° 13.* — "Hospital Regional 17 de Octubre de Río Cuarto". Servicio de Vías Urinarias. Jefe: Dr. Juan B. Derdoy. Edad: 49 años. Profesión: Guarda de Ferrocarril.

*Diagnóstico:* Estrechez bulbar traumática o conjuntiva de 3 cm.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Sarampión, tos convulsa en la infancia, con evolución normal.

Desde niño no recuerda haber tenido chorro de orina grueso. Niega venéreas. Vivía en el campo, tuvo muchas caídas de caballo según él sin consecuencia.

No recuerda hematuria ni trastornos uretral. Se casó a los 28 años, tiene dos hijos, sanos.

Hace 10 años hematuria terminal, retención aguda de orina, mejora con sellos, a los 8 meses nueva retención, le colocamos bujía filiforme pero no se dilata, hace un año concurrió por su intensa disuria al Hospital Ferroviario de Buenos Aires.

Comenzó con bujía filiforme y durante un mes y medio no se puede adelantar más de la N° 12. Viene a esta ciudad y nos consulta en el servicio del Hospital Regional, para continuarse tratamiento.

*Estado actual:* Buen estado general, faltan piezas dentarias y otras enfermas.

*Tórax:* Corazón nada de particular Mx. 13 Mn. 8.

*Pulmones:* Nada de particular.

*Abdomen:* No hay puntos dolorosos en planos.

*Hígado y bazo:* no se palpan.

*Genitales externos:* normales. Próstata aumentada uniformemente, no dolorosa congestión, orina clara chorro fino, con fuerza.

*Uretra:* Meato amplio. Uretra: Para explorador N° 20 que se detiene a mitad de la bulbar. Hay una estrechez dura que acepta una bujía N° 7, estrechez esclerosa inextensible, de una extensión de 2 cm.

*Análisis de orina:* 1025, algunos glóbulos rojos. Uremia: 0.65.

*Análisis de sangre:* Kahn: (—). Glóbulos rojos: 3.100.000. Glóbulos blancos: 11.000

*Pielografía:* Normal.

*Uretrografía:* Muestra estrechez de uretra bulbar.

*Operación:* Anestesia general, pentothal éter. Cirujano: Dr. Juan B. Derdoy. Ayudantes: Dr. Martínez, Dr. González. Posición de litotomía: Incisión mediana de periné de 6 cm, abertura de la aponeurosis muscular, colocamos un benique 38 en uretra, localizamos la estrechez, sección en forma vertical y sección de 2 ½ del tracto de la uretra, ponemos una bujía y sobre ella suturamos los dos cabos con cinco puntos no penetrando en uretra.

Cistostomía y sonda vesical permanente. Resección de cuello vesical. No dejamos catéter uretral.

*Evolución:* A los 10 días pasamos una bujía 16 y llega a vejiga fácilmente. Dejamos sonda permanente para que cierre la vejiga.

*Comentarios:* Este enfermo tenía su estrechez uretral posiblemente traumática. No dió resultado la dilatación. En poco días de tratamiento quirúrgico, El enfermo fué en buenas condiciones a sus tareas.

*Observación N° 14.* — "Clínica Regional del Sud". Ficha 21.642. L. M. 38 añ s. argentino. 31 de Agosto de 1945. Río Cuarto.

*Antecedentes hereditarios:* Sano en la infancia. A los 23 años blenorragia. Hace años es dispéptico por litiasis vesicular. La blenorragia fué muy prolongada. Operado de amígdalas. Colectostomizado biliar.

*Enfermedad actual:* Consulta en 1945 por disuria de esfuerzo durante la micción, chorro fino alargado y en ocasiones con tendencia a cortarse y ser gota a gota. Se la aplica bujía filiforme no continuando con el tratamiento.

En 1946 después de un viaje entre en retención completa.

Se vuelve a dejar la bujía y luego se continúan las dilataciones. La estrechez es dura, alargada, ocupa la uretra bulbar y es poco elástica, lo cual lleva varios meses de dilatación sin conseguir que la misma sea permanente. Al dejar algunos meses vuelve la estrechez a manifestarse. Hay infección con fiebre urinosa.

Con fecha 8 de Octubre se hace *Uretrotomía interna*, preparándolo en esta oportunidad para mejorar su estado urinario e intervenirle por su vesícula biliar. En el mes de Noviembre se hace colectostomía. Continúa después el tratamiento dietético especificado por su dispepsia hepática. Durante tres años *no hace ninguna dilatación* y pasado este tiempo vuelve a consultarnos por francos trastornos a la micción y tendencia a la retención. Se insiste con la dilatación, no obteniendo ningún beneficio por tener una estrechez dura y esclerosa.

Se repite la Uretrografía y Análisis.

*Análisis de sangre:* Huddleson (—). Kahn: (—). I Karz: 17. G. Rojos: 3.000.000.

16 de Febrero de 1951. Cirujano Dr. Juan B. Derdoy. Anestesia general. Se hace cistostomía suprapúbica y constatando un cuello adenomatoso extraemos el tumor prostático que es del tamaño de un huevo de paloma. Taponamiento de la "logé". Sonda vesical suprapúbica.

12 de Abril de 1951: Uretrotomía externa.

*Cirujano:* Dr. Juan B. Derdoy. Posición de litotomía. Incisión mediana sobre el bulbo uretral. Desde la raíz del escroto hasta 1 cm. del ano. Se seccionan los planos aponeuróticos y musculares; fijándolos separados a la pared de la incisión. Llegamos a la uretra esponjosa.

Se secciona la uretra en una extensión de 3 cm. reseamos en esta extensión todo el espesor de la uretra, dejando sólo un segmento en la pared superior de la misma sobre una sonda Nelaton uretrovesical rehacemos los planos que luego neoforarán la uretra. Permanece la sonda vesical suprapúbica que se retira a los 20 días. La sonda uretral la retiramos a los 40 días.

A los 6 meses hemos controlado y constatamos buena micción y calibre uretral benique 40. Uretrografía.

*Comentarios:* Este enfermo tuvo una estrechez fibrosa que se dilató en varias oportunidades practicándosele también uretrotomía interna. Se ha beneficiado con la resección parcial de la uretra.

*Observación N° 15.* — "Hospital Regional 17 de Octubre de Río Cuarto". Reg. 12.655. Servicio de Vías Urinarias. Jefe: Dr. Juan B. Derdoy. Ingreso el 10-V; alta el 12-VI-53. Las Tapias, J. M., 52 años. Agente de Policía.

*Antecedentes hereditarios:* Padres fallecidos. 3 hermanos que viven.

*Antecedentes personales:* Sano en la infancia. Blenorragia a los 20 años que tardó varios meses en curarse. Epididimitis. Cuando hacía la conscripción tuvo una pleuresía que curó. Sufre de dispepsia vesicular.

*Enf. actual:* A los 26 años tuvo algo de disuria, lo dilataron, pasó bien varios años. En 1943 fué necesaria nueva dilatación que comenzó del N° 8 anduvo bien hasta 1951 en que fué necesario pasarle una bujía filiforme continuando su dilatación. A los 2 años se nos presenta con gran disuria casi en retención completa.

Se lo explora constando un anillo de estrechez bulbar esclerosa dura que sólo pasamos una bujía filiforme que se deja a permanencia e internándolo en el Servicio.

*Estado actual:* Buen estado general. Cabeza, ojos, oídos: Nada de particular.

*Lengua húmeda.* Faltan piezas dentarias.

*Tórax pulmones:* Normales.

*Corazón:* Area cardíaca normal, tonos conservados en los cuatro focos. Pulso rítmico: Mx 14 ½-9-.

*Abdomen:* Globuloso.

Se palpa el hígado y la vesícula es dolorosa.

*Genitales Externos:* Testículos izq. normal. Epididimo con nódulo por antigua epididimitis.

**Uretra:** Existe una estrechez fibrosa en la uretra bulbar, no pasa el explorador 10. Colocamos bujía filiforme.

**Próstata:** Aumentada de tamaño y esclerosada.

**Uretrografía:** Estrechez en la zona bulbar.

**Análisis de sangre:** Glucemia: 1.10. Urea: 0.52.

**Análisis de orina:** Alcalina 1020. Piuria, no elementos renales.

Se prepara con antibióticos y constipación intestinal.

Operación del 11 de mayo de 1953. **Anestesia general:** Srta. María de la Fuente. **Cirujano:** Dr. Juan B. Derdoy. **Ayudante:** Dr. Juan C. Martínez, Sr. Correa. **Transfusión:** 250 cc.

**Posición de la talla:** Incisión de piel y tejido celular musculoso y aponeurosis. Se reseca la uretra y constatando la estrechez se reseca unos 3 cms. y se sutura sobre sonda resinino-terminal. Se saca la sonda uretral y se cierra la pared por planos. Se cambia campo quirúrgico y posición del enfermo; hacemos la cistostomía y constatamos un cuello vesical duro escleroso con uretra posterior dilatado. Se reseca el cuello vesical dejando un taponamiento y sonda Pezzer suprapúbica. Biopsia de la uretra: Estrechez uretral inflamatoria por granuloma. Rappaport. Registro Nacional de Patología.

Se da de alta con buen calibre uretral. El enfermo orinaba bien, pero después de 1 mes aproximadamente vuelve con síntomas de cistitis. Por este motivo hacemos cistostomía sospechando un cuerpo extraño. Se extrae un cálculo secundario. Posteriormente evoluciona bien.

Uretrografía de control.

**Observación N° 16.** — "Clínica Regional del Sud". J. P. 35 años. Reg. 10.204. Agosto 10 de 1952.

**Antecedentes personales.** — Sano en la infancia. Hemorragia a los 33 años. Después de varios años con polaquiria y últimamente retención completa de orina. Se dilata y mejora. Se indica tratarse periódicamente lo cual no lo cumple.

29 de Noviembre de 1947: Se interna en nuestro servicio de Urinarias del Hospital Central 17 de Octubre de Río Cuarto. Entra en retención completa de orina por estrechez uretral.

**Examen general:** Nada especial.

**Análisis de orina:** Albúmina rastros pus, hematies.

**Análisis de sangre:** Kahn: (—). Rojos: 4.460.000 Blancos: 4.460.

Se trata de dilatarse pero no se consigue progresar pues la estrechez es dura e inextensible.

2 de Octubre de 1948. **Cirujano:** Dr. Juan B. Derdoy. **Ayudante:** Dr. Diante. **Anestesia general. Uretrotomía interna.** Dado de alta con indicación de volver a dilatarse que tampoco cumple.

Abril 6 de 1951. Hospital Central 17 de Octubre. Se interna en retención de orina por estrechez y periuretritis bulbar. En esa oportunidad se hace abertura del absceso y se deja una sonda N° 12 a permanencia. Alta con indicación de volver.

22 de Abril de 1953. Se presenta con fiebre, malestar y retención completa de orina. Se trata de pasar bujía filiforme siendo imposible su introducción. Durante su estadía en la Sala de Guardia del Hospital le efectuaron punción vesical suprapúbica. Se hacen análisis, uretrografía. Antibióticos y se interviene.

24 de Abril de 1953. **Cirujano:** Dr. Juan B. Derdoy. **Ayudante:** Dr. Juan C. Martínez y Ferla. **Anestesia,** Pentothal, éter. Oxígeno. Efectuamos cistostomía. El cuello vesical es duro y escleroso, uretra posterior dilatada. Resecamos el cuello vesical, dejando taponamiento, drenaje, vesical con sonda Pezzer.

Después de algunos días procedemos a reseca la uretra, extirpando bajo anestesia general 3 ctm. de uretra bulbar esclerosa.

Suturamos en manera término-terminal sobre sonda uretral la cual es luego retirada. Se deja la sonda vesical de derivación de orina.

30 de Mayo de 1953. Biopsia de la uretra reseca. Uretritis crónica, fibrosa activa (F. M. Rappaport). Registro Nacional de Patología Alta: Orina normal, uretra con calibre N° 40. Uretrografía.

**Comentarios:** Este enfermo fué largamente atendido pero en forma insuficiente e irregular. Esta razón hizo que llegara a una estrechez irreductible encuadrando en la indicación de la uretrectomía externa.

**Observación N° 17.** — "Clínica Regional del Sud". Ficha 44.628. J. P. 58 años. Abril 14 de 1953.

**Antecedentes personales:** Hace muchos años hemorragia que tardó mucho en curarse.

En 1936 lo examiné por retención completa de orina por estrechez filiforme uretral.

Desde entonces ha hecho algunos tratamientos en forma irregular, teniendo períodos con infección urinosa.

*Enfermedad actual:* Nos consulta nuevamente por retención de orina, existe su estrechez filiforme que constatamos es inextensible.

*Análisis de sangre:* Kahn (—). Urea: 0.62.

*Análisis de orina:* 1018. Sedimento, se observan pus no hay cilindros.

Se prepara para la intervención, 17 de abril de 1953. *Cirujano:* Dr. Juan B. Derdoy. Se hace cistostomía suprapúbica, reseca el cuello vesical. Se coloca en posición de litotomía y mediante incisión vertical llegamos a la uretra, la cual una vez disecada la resecamos en una extensión de tres cms., suturamos los cabos término-terminal sobre sonda. Se rehacen los planos perineales y retiramos la sonda uretral. Evoluciona normalmente.

A los 25 días se complica de epididimitis supurada y efectuamos epididectomía secundaria. El enfermo evoluciona bien y cura. Con fecha 20 de agosto de 1953 se hace uretrografía. Hay calibre Nº 40.

*Observación Nº 18.* — "Hospital Regional 17 de Octubre de Río Cuarto". Reg. 49.085. M. S., 61 años. Servicio de Vías Urinarias. Jefe: Dr. Juan Derdoy.

*Antecedentes personales:* Hace 15 años tuvo blenorragia que fué curada por una Curatela.

Desde 1 año polaquiuria, disuria intensa que ha tenido retención parcial hasta tener retención completa por cuyo motivo se interna en este servicio.

El chorro de orina era fino a veces a gotas.

*Estado actual:* Mal estado general. *Boca:* faltan piezas dentarias, lengua seca. *Corazón:* Área cardíaca aumentada. Tones apagados, pulso rítmico. *Pulmón:* Nada de particular. *Abdomen:* distendido se palpa el globo vesical hasta ombligo. No hay puntos dolorosos.

*Riñones:* no se palpan.

*Genitales externos:* normales, estrechez esclerosada dura en uretra bulbar. Con gran dificultad para colocar la bujía filiforme.

*Próstata:* Agrandada con los caracteres de adenoma.

22-VI-53. *Análisis de sangre:* Rojos: 2.500.000. Blancos: 6.200.

*Análisis de orina:* Albúmina rastros. 120. Sed. pus. Se prepara con antibióticos y transfusión.

8 de Mayo de 1953. Anestesia local. *Cirujano:* Dr. Juan B. Derdoy. *Ayudante:* Dr. Martínez Ravetti. Cistostomía suprapúbica y se enuclea un adenoma del tamaño de un huevo de gallina.

12 de Mayo de 1953. Anestesia general. *Cirujano:* Dr. Juan B. Derdoy. *Ayudantes:* Dr. Martínez. Sr. Correa. Posición de la talla: Incisión perineal de 6 cm. Se disecciona la uretra bulbar y se reseca 3 cm. de uretra esclerosada sutura T. T. sobre sonda que luego se retira. Cierra por planos.

*Evolución:* No hay inconveniente los primeros días que es normal. Al 6º veo al enfermo con un flemón perineal: hubo de abrir ampliamente la herida drenando toda la cavidad. Posteriormente el enfermo mejora.

Junio 16 de 1953. Se trató de cateterizar la uretra pero es imposible pues se ha separado los cabos.

Julio 2. El enfermo ha tenido un estado febril. Infección urinaria que lo ha desnutrido. Consiguió con gran dificultad pasar un benique y con el mismo cateterizar la uretra.

*Radiuretografía:* En Agosto 3 de 1953 se constata que persiste una estrechez por desunión de los cabos uretrales.

*Comentarios.* Este enfermo ha tenido una post-operatoria accidentado: primero por ser un paciente de mucha edad, en mal estado general con infección de la zona operada.

## DISCUSION

*Dr. Ricardo Bernardi.* — Es indudable que el doctor Derdoy ha presentado un trabajo muy bien documentado.

Todos sabemos que las estrecheces blenorragicas generalmente suelen ser bien dilatadas. Pero a veces, es menester proceder a la resección con la consiguiente reacción del tejido periuretral.

La uretrosromia, cuando no son bien vigiladas, pueden conducir a la estrechez uretral obligando a la resección.

En cuanto a las rupturas, si bien se dice que la estrechez traumática es única e indilatable, se ha podido comprobar que algunas son dilatables. Son dilatables las rupturas intersticiales, es decir, las rupturas traumáticas que no producen gran estrechez.

Acerca del tubo de Sabadini, considero muy interesante la insistencia del doctor Derdoy. Nosotros hemos presentado algunos casos, sobre todo con polietileno, que traen escasa reacción. El tubo de Sabadini asegura la permeabilidad cuando permanece durante un lapso de un mes y medio a dos meses.

Deseo además, felicitarlo al doctor Derdoy por su trabajo y agradecerle la concurrencia, porque debemos considerar que el doctor Derdoy es un distinguido urólogo que actúa a 600 kilómetros de esta ciudad. Eso significa un gran sacrificio y mucho entusiasmo por la especialidad.

*Dr. Derdoy.* — No me queda sino agradecer las amables palabras del señor Presidente y la atención que los colegas han dispensado a mi modesto trabajo.