

ADMINISTRACION DE PREDNISOLONA Y ALFA-TOCOFEROL COMBINADOS CON EL TRATAMIENTO QUIRURGICO (URETRECTOMIA Y URETORRAFIA) O TRATAMIENTO INCRUENTO (DILATACIONES) EN LAS ESTRECHECES DE LA URETRA

Por los Dres. MARIO F. VICCHI y M. VARGAS SYLVA
(Venezuela)

Deseamos exponer nuestra modesta experiencia sobre este tema. Hemos combinado el tratamiento biológico: prednisolona (Co-Hydeltra) y alfa-tocoferol (Ephynal) con el tratamiento quirúrgico (uretrectomía y uretrorrafia con técnica descrita por L. Sabadini) o con tratamiento incruento (dilataciones uretrales progresivas).

Presentamos una serie de 43 casos, controlados rigurosa y periódicamente. La incorporación de un tratamiento biológico en la cura de las estrecheces uretrales constituye una gran adquisición, ya que hasta el presente únicamente teníamos procedimientos mecánicos casi siempre poco satisfactorios por la gran tendencia de la estrechez a sufrir nuevas retracciones. Klemperer, denominó colagenosis a una entidad patológica que agrupa un conjunto de enfermedades de distinta etiología: pero que tienen un nexo estructural común (degeneración, desnaturalización o modificación del tejido conjunto colágeno).

Scardino y Hudson sostienen que la estrechez de la uretra es una fibrosis de este tipo y que podría beneficiarse con la administración de tocoferol: hacen estos autores referencia a 22 casos tratados con buenos resultados.

Ch. D. Bonner, Melvyn K. Lyons y Daniel Shields, del Departamento de Urología de la Universidad de Boston, recomiendan inyecciones de cortisona locales en las estrecheces de la uretra, manifestando haber obtenido buenos resultados.

Roger Baker y colaboradores hacen referencia a 24 casos tratados con cortisona y extirpación, incisión o ruptura de las estrecheces, habiendo obtenido buenos resultados (estos autores se refieren a estrecheces uretrales y uretrales). Aconsejan no retirar los puntos de piel antes de los 24 días y suturar la aponeurosis con hilos metálicos.

Lawrence L. Layton, de Baltimore, cree que la cortisona determina una inhibición del sulfato de condroitina del tejido conjuntivo. In vitro ha demostrado que los fibroblastos del tejido conjuntivo, se modifican después de haber estado 3 días en contacto con altas concentraciones de cortisona. Ha com-

probado además que esta droga inhibe la síntesis del sulfato orgánico soluble contenido en el corazón y músculos; en cambio no tiene acción sobre la síntesis del éster del sulfato soluble en el tejido hepático. Jhon E. Byrne M. D. St. Louis, sostiene que la cortisona inhibe la fijación del sulfato usado en la síntesis del tejido conjuntivo. Presentan 26 casos tratados con cortisona: en 12 hubo recidiva de la estrechez.

Sabemos que desde hace mucho tiempo se emplea con algún éxito el tocoferol en el tratamiento de la enfermedad de Peyronie (induración plástica de los cuerpos cavernosos) y en la enfermedad de Dupuytren (mano en garra). Según Klemperer estas enfermedades de distinta etiología tienen un substratum común que es la alteración de la colagenosis, algunos autores creen que la estrechez uretral es una fibrositis de este tipo, y han creído que podría beneficiarse con la administración de tocoferol.

Peter Scardino y Perry Hudson, presentan 22 pacientes tratados con tocoferol, habiendo administrado dosis que varían entre los 300 y 1.200 mg. diarios. Obtuvieron éxito en la mitad de los casos tratados con o sin dilatación. Palomo, trata con tocoferol estrecheces de la uretra y del uréter y presenta 12 casos en una comunicación previa.

En toda la bibliografía revisada no hemos encontrado ningún trabajo en el cual se relate la aplicación combinada de estos dos métodos biológicos y otros procedimientos clásicos, intervención quirúrgica o dilataciones uretrales. Si bien nuestra bibliografía no es completa porque tenemos dificultades para conseguir datos exhaustivos por actuar en un medio rural que nos impone muchas limitaciones, sin embargo hemos revisado muchos trabajos y en ellos no hemos encontrado un planteamiento similar al que exponemos.

El 90 % de las estrecheces se deben a secuelas de blenorragias complicadas y se localizan en la región bulbar de la uretra, más raramente se deben a infecciones tuberculosas, piógenas, sifilíticas o traumáticas. No nos referiremos a los síntomas, complicaciones y tratamientos clásicos por ser ampliamente conocidos en los medios especializados.

En nuestra serie hemos combinado la administración de prednisolona (co-hydeltra), alfatocoferol (ephynal), con procedimientos quirúrgicos (uretrectomía y uretrorrafia con la técnica descrita por L. Sabadini) o con dilataciones uretrales con la técnica clásica. En nuestra serie hemos encontrado estrecheces de distinta etiología: como secuela de una blenorragia 24. Por uretritis piógena por sonda permanente 2. De etiología sifilítica 1. Congénita 2 (en realidad estas son estrecheces mixtas ya que se trata de 2 hermanos con estrechez desde la niñez pero que fueron sometidos a numerosas intervenciones uretrales). Traumática 3. Mixtas (post-gonorrea y quirúrgica 11).

Nosotros usamos prednisolona (cohydeltra) a dosis de 30 mg. diarios al principiar el tratamiento, nos permitimos recordar que esta droga es de 3 a 5 veces más activa que el acetato de cortisona; mantenemos esta dosis durante un mes y luego efectuamos reducciones progresivas. En cuanto al alfatocoferol (ephynal) damos dosis de 300 mg. inyectable durante 15 días a un mes; luego administramos la droga por vía oral. Ambas drogas deben ser administradas un tiempo relativamente largo. En algunos pacientes hemos asociado esta terapéutica con oxifilina con el objeto de prevenir las retenciones acuosas. En la literatura que hemos revisado no hemos encontrado trabajos que se refieran a la combinación de estas dos drogas en el tratamiento de las estrecheces uretrales.

RESULTADOS

Tratamiento quirúrgico únicamente (uretrectomía y uretrorrafia).

Número de casos, 10. Resultados muy buenos, 5. Fracaso parcial porque hubo retracción y se instituyó tratamiento biológico y dilataciones con éxito, 3. Fracaso total a los cuales hubo que reintervenirlos previo tratamiento biológico, 2.

Tiempo de evolución de los casos favorables: un paciente lleva 2 años, otro 1 año, otro 10 meses y dos menos de 6 meses.

Tratamiento combinado de prednisolona, alfatocoferol y uretrectomía y uretrorrafia

Número de casos tratados: 18. Resultados muy buenos, 17. Fracasos totales, 1 (caso N° 34), paciente con destrucción de toda la uretra péndula.

Tiempo de evolución de los casos favorables: menos de 6 meses: 7 casos; 6 meses: 2 casos; 9 meses: 4 casos; 10 meses: 1 caso; 12 meses: 1 caso; 15 meses, 1 caso.

Dilataciones uretrales y tratamiento biológico

Número de casos, 16. Favorables todos, ya que las dilataciones se hicieron más fácilmente que en otras ocasiones y se consiguió un mayor calibre uretral.

Tiempo de evolución: 14 meses, 1 caso. Menos de 6 meses, 8 casos. Evolución desconocida, 2 casos. Casos recientes, 5.

Tratamiento con inyecciones locales con hidrocortisona

Tenemos dos casos tratados con inyecciones locales de hidrocortisona, pero no podemos sacar conclusiones porque en ambos se hizo además tratamiento biológico en la forma ya citada. El caso N° 7 con estrechez del meato uretral por chancro sifilítico se le hizo inyecciones locales de hidrocortisona y se administró prednisolona y alfatocoferol, los resultados fueron buenos.

El caso N° 8 se trata de una mujer con estrechez uretral traumática post-parto a quien además se practicó uretrectomía y uretrorrafia y tratamiento biológico. La evolución fué excelente y un año después de operada se encuentra muy bien sin retracción uretral. Como vemos por lo expuesto no podemos opinar sobre este tema porque estos dos pacientes estuvieron sometidos a terapéuticas mixtas.

Tratamiento biológico exclusivo

Tenemos dos casos tratados durante 40 días con prednisolona y alfatocoferol como única terapéutica. El caso N° 2 a quien le habíamos practicado una operación radical la cual fracasó por retracción total de la cicatriz quirúrgica, se instituyó tratamiento biológico y el paciente manifiesta que sus micciones eran mucho más fáciles, sin embargo en la uretrografía tomada antes y después del tratamiento no se aprecia modificación anatómica. El caso N° 21

manifiesta igualmente que su micción es más confortable y la uretrografía obtenida 40 días después de instituir el tratamiento biológico nos muestra una uretra más amplia que en la uretrografía tomada antes de administrar esta terapéutica. Ambos fueron operados con mucho éxito. Hemos observado que la mayoría de los enfermos notan mejoría en la micción con el tratamiento biológico exclusivo, sin embargo no creemos que este tratamiento deba instituirse sin ir acompañado de la cirugía o las dilataciones uretrales.

Pacientes que merecen un comentario especial

Caso N° 9. — Consideramos a este paciente como uno de los más demostrativos. Al ingresar a nuestro Servicio había sido intervenido 18 veces (varias uretrotomías internas, uretrotomía externa, cistostomías, etc). Nosotros le practicamos la operación radical con la técnica ya citada y también fracasó con retracción marcadísima de la cicatriz quirúrgica. Este paciente se ha pasado casi toda su vida entre operaciones y tratamientos incruentos de su uretra. Le instituímos tratamiento biológico intensivo y lo reintervinimos con pleno éxito, ha pasado más de un año de la 2ª intervención y la uretra se mantiene amplia; hace poco tiempo hemos practicado una cistoscopia debido a una ureterohidronefrosis doble, habiendo comprobado una infiltración inflamatoria en todo el trigono englobando ambos meatos ureterales. Se indicó tratamiento biológico intensivo y con gran sorpresa vimos desaparecer la gran dilatación de ambas vías excretoras, probablemente influyó en este resultado la acción antiflogística de la prednisolona, hemos deseado hacer este comentario porque puede resultar de interés. En la actualidad pasa con facilidad un beniqué N° 52.

El caso N° 8 tiene interés por tratarse de una mujer con estrechez uretral muy grave post-parto se aplicó el mismo criterio que en los hombres y se obtuvo un gran éxito: lleva 17 meses de operada y el calibre uretral se mantiene amplio y no hay ningún trastorno funcional.

El caso N° 15 merece destacarse porque había dos estrecheces separadas por un puente de 5 cm. de uretra sana, se practicó uretrectomía y uretrorrafia en el cabo distal y la misma operación en el proximal respetando la uretra sana, el paciente lleva 9 meses de operado y la uretra se mantiene con muy buen calibre. El caso N° 12 merece destacarse porque tenía un adenoma de la próstata y una estrechez uretral filiforme, fué operado en un tiempo practicando operación con la técnica descrita por L. Sabadini y adenomectomía transvesical con pleno éxito el paciente está muy bien después de 17 meses de operado. El caso N° 26, a este enfermo le practicaron una operación uretral en otro Servicio, quedando con una pérdida de substancia de 5 cm.: ambos cabos uretrales estaban unidos por un trayecto parauretral filiforme, desde que fué operado no orinó por uretra, evacuaba la vejiga por un pequeño orificio abierto en la cicatriz suprapúbica con grave proceso supurado y alteración de la piel por acción de la orina. Se le practica operación radical y se administra tratamiento biológico con éxito: el enfermo lleva 4 meses y la uretra se mantiene amplia y no hay dificultades. El único fracaso que hemos tenido en el

tratamiento combinado quirúrgico y biológico es el del caso N° 33 paciente con destrucción del glándula y toda la uretra péndula como complicación de operación efectuada en otro Servicio, no se pudo controlar la tendencia retráctil de la extensa esclerosis.

Deseamos aclarar que al hacer la suma de los casos que figuran en cada capítulo de tratamiento, parecería que hay una discordancia con el número total de casos que anunciamos (43), pero ocurre que figura en más de un capítulo, ya que en aquellos enfermos en los cuales ha fracasado una terapéutica han sido tratados con otro procedimiento.

CONCLUSIONES

1º) Basados en los trabajos experimentales, casuística de otros autores y en nuestra propia experiencia clínico quirúrgica, creemos que el tratamiento con prednisolona (cohydeltra) y alfatocoferol (ephyanal) beneficia en forma evidente a los pacientes con estrechez uretral. Presentamos 40 casos controlados rigurosamente.

2º) Nuestra serie de enfermos estaban afectados en alta proporción por lesiones muy graves, por falta de una orientación especializada en sus tratamientos anteriores. La casi totalidad de ellos se han beneficiado en forma evidente con el tratamiento biológico.

3º) Hemos empleado prednisolona (cohydeltra) y alfatocoferol (ephyanal) no hemos observado ninguna intolerancia de estas drogas a pesar de haberlas suministrado durante varios meses.

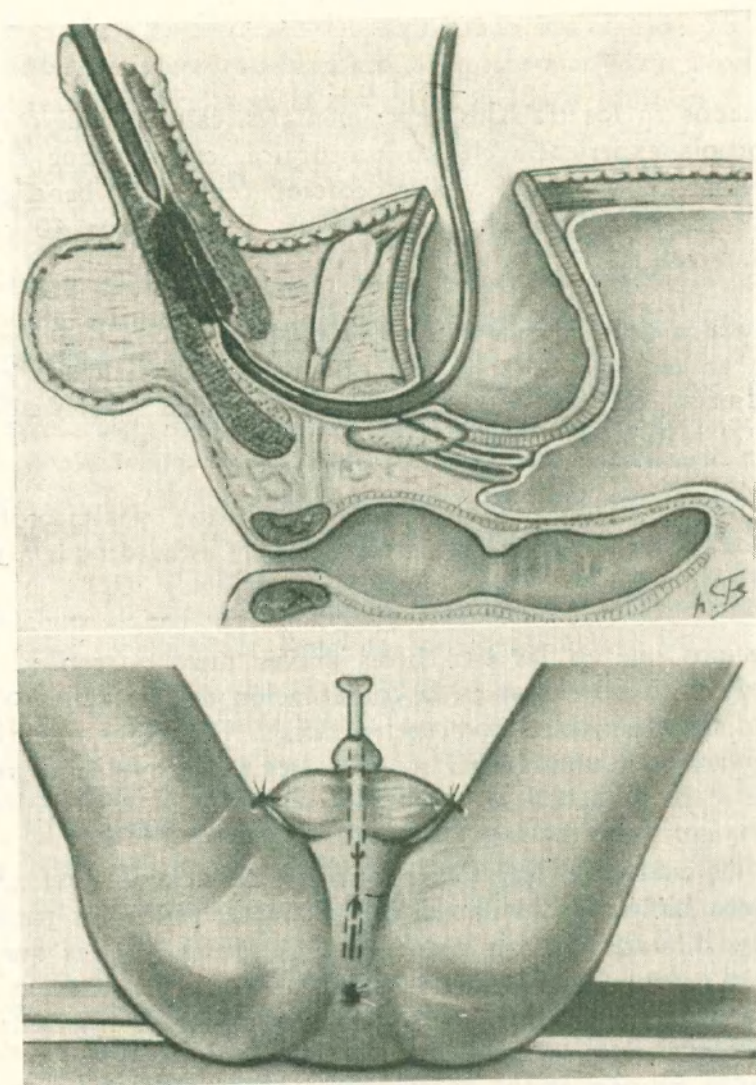
4º) Creemos que en las estrecheces graves muy retráctiles, las mejores posibilidades de éxito debe estar en la combinación del tratamiento biológico y quirúrgico radical (uretrectomía y uretrorrafia). Pensamos que tiene que ser más fácil la creación de una cicatriz nueva elástica que modificar un viejo bloque cicatrizal.

5º) En las estrecheces que tienen menor tendencia a la retracción indicamos tratamiento biológico y dilataciones uretrales, todos los pacientes manifiestan que las dilataciones han resultado más fáciles que las que se les han efectuado anteriormente, con la sola administración de estas drogas manifiestan que las micciones son más fáciles, y se consigue pasar un instrumento de mayor calibre.

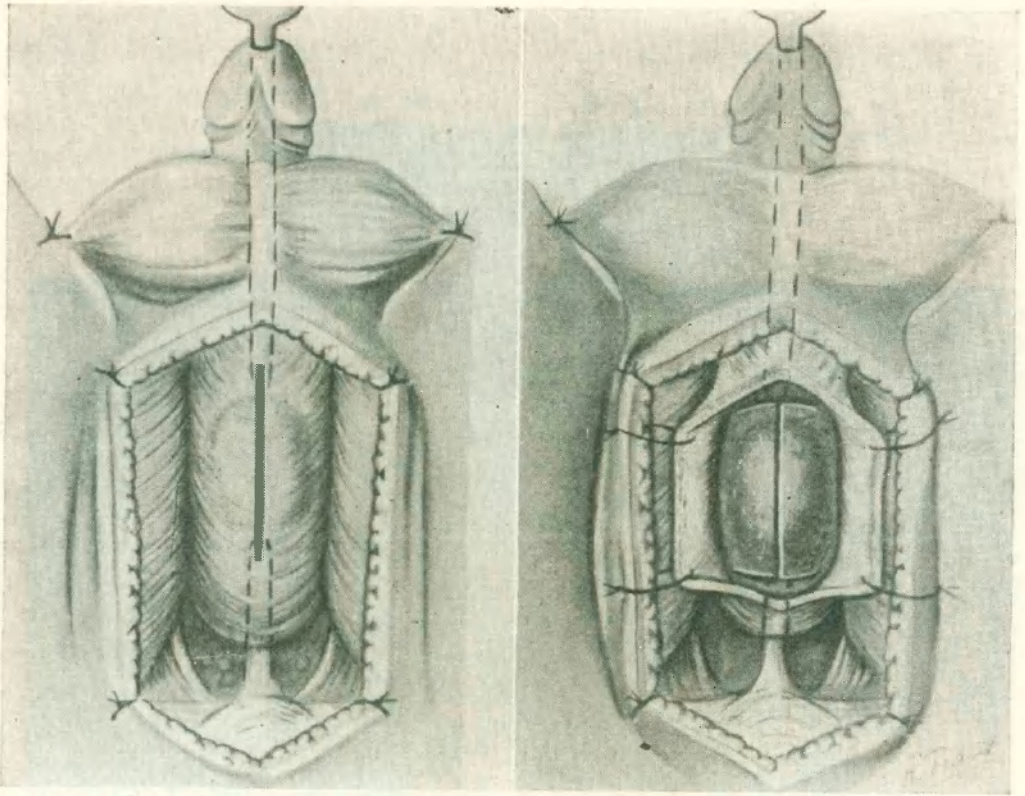
6º) Como intervención quirúrgica hemos empleado la uretrectomía y uretrorrafia con amplia resección de la cicatriz con la técnica descripta por L. Sabadini.

Técnica operatoria

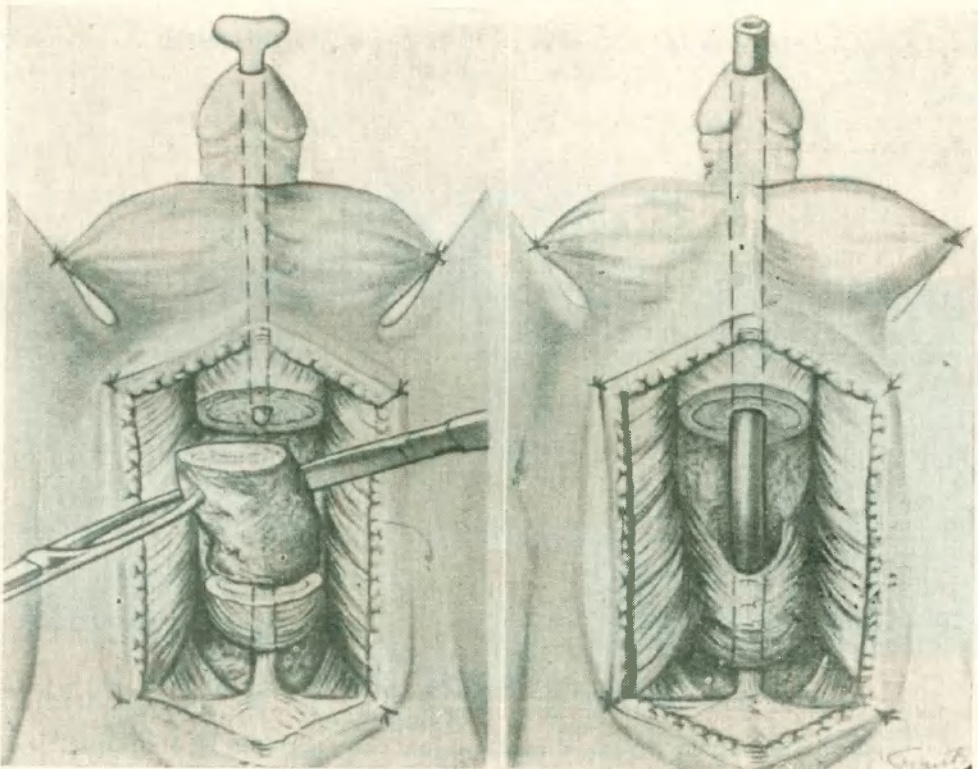
Estas láminas son reproducciones del libro "Chirurgie de L'Uretre de L. Sabadini".



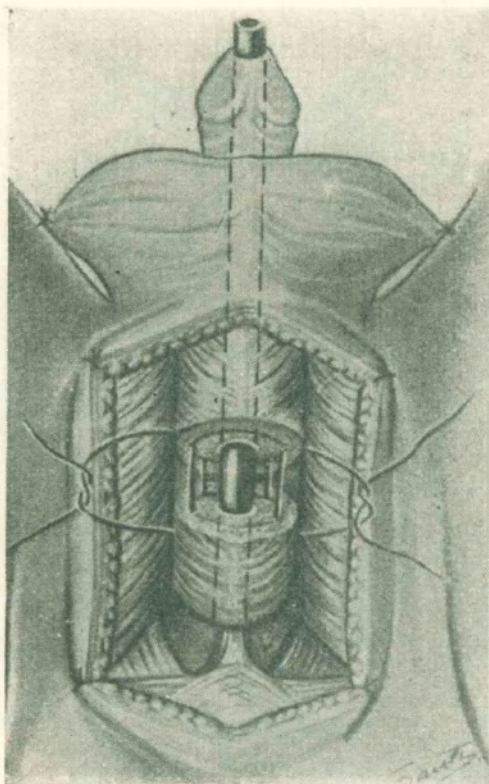
Cistostomía, colocación de dos beniqués que delimita el callo cicatrizal.



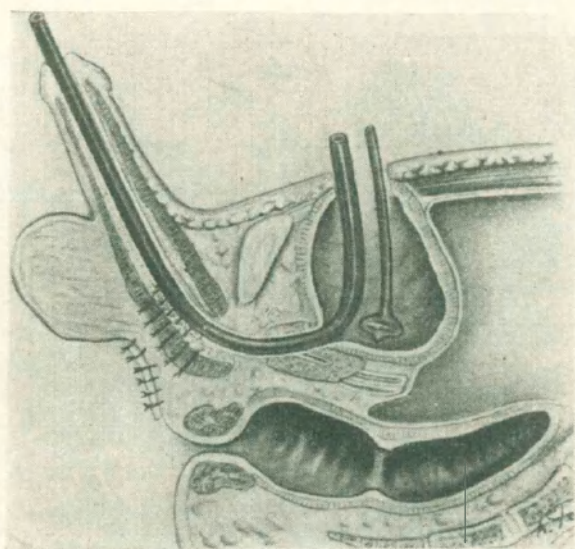
Incisión de planos superficiales, aponeurosis perineal superficial y separación del músculo bulbo cavernoso, separado en sentido longitudinal.



Resección del callo fibroso y colocación del tutor.



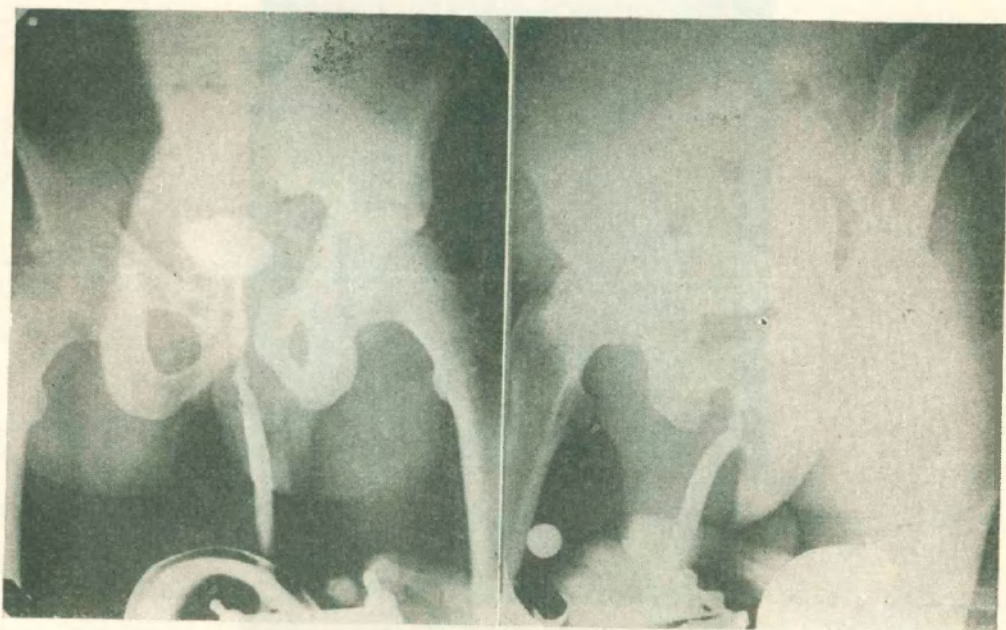
Sutura de la uretra sobre el tutor que le sirve de guía.



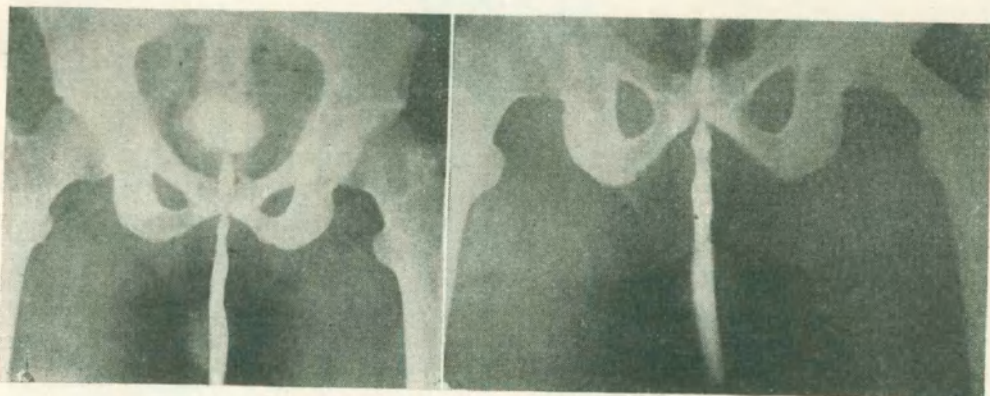
Operación terminada mostrando el tutor uretral que sale por el orificio de la cistostomía. Sonda hipogástrica para el drenaje de la orina.

Caso N° 1. — Hosp. Oxford, Upata, Estado Bolívar, Venezuela. C. D. 40 años. 20-11-55.

Antecedentes: a los 20 años blenorragia. Desde hace años dificultad para orinar, estos trastornos se acentúan progresivamente. Ingres a nuestro Servicio con retención aguda de orina, el médico que lo trató de urgencia hizo punción hipogástrica.



Uretrografías de frente y perfil, efectuadas luego de un mes de operado, demostrando un buen calibre uretral.



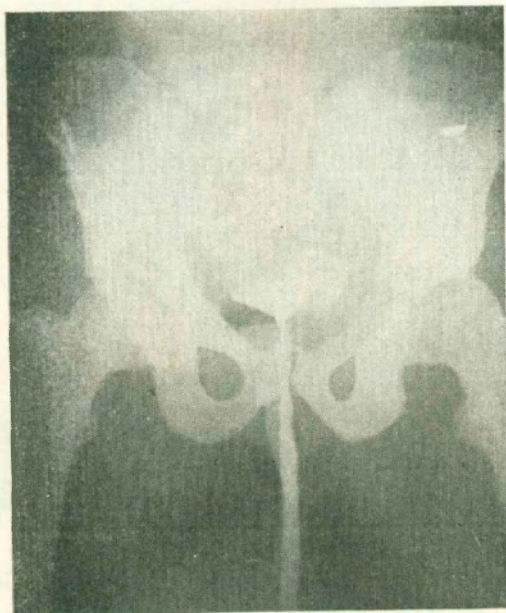
Cuatro meses después de operado. El calibre uretral se conserva amplio. Pasa beniqué N° 46 con facilidad.

A los siete meses después de operado. Se observa la uretra con calibre amplio. Permite la introducción de un beniqué N° 46.

Examen urológico: paciente con mal estado general, globo vesical por retención aguda de orina debido a una estrechez filiforme de la uretra como secuela de una infección blenorragica.

20-11-55. Anestesia raquídea continua. Uretrectomía y uretrorrafia con la técnica descrita por L. Sabadini. Cirujano Dr. M. F. Vicchi. Post-operatorio sin complicaciones.

Concorre a controlarse 2 años después de operado. 22-7-57. La uretrografía nos muestra uretra normal de buen calibre. Paciente sin inconvenientes.



Veinte y dos meses después de operado, la uretra mantiene una amplitud normal.

Ultimo examen: 11-12-57. Uretrografía normal. Uretra amplia, pasa beniqué Nº 50 con toda facilidad.

Comentario: paciente con estrechez uretral infranqueable, postgonococia. Se practicó de urgencia operación radical (Técnica descrita, por L. Sabadini). No hizo dilataciones en el post-operatorio. 25 meses después de operado muestra uretra normal.

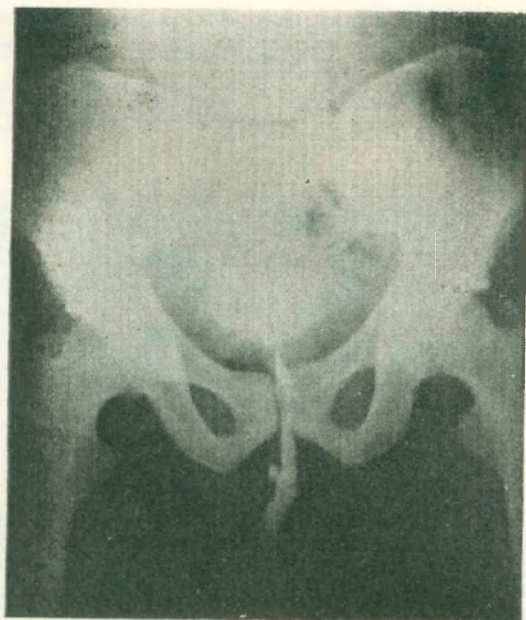
Caso Nº 2. — Hosp. Oxford. Upata, Estado Bolívar, Venezuela. F. H. 55 años, Junio de 1955.

Antecedentes: hemorragia hace años. Recidiva en varias oportunidades. Desde hace meses micción muy dificultosa. Orinas piúricas. Distensión vesical.

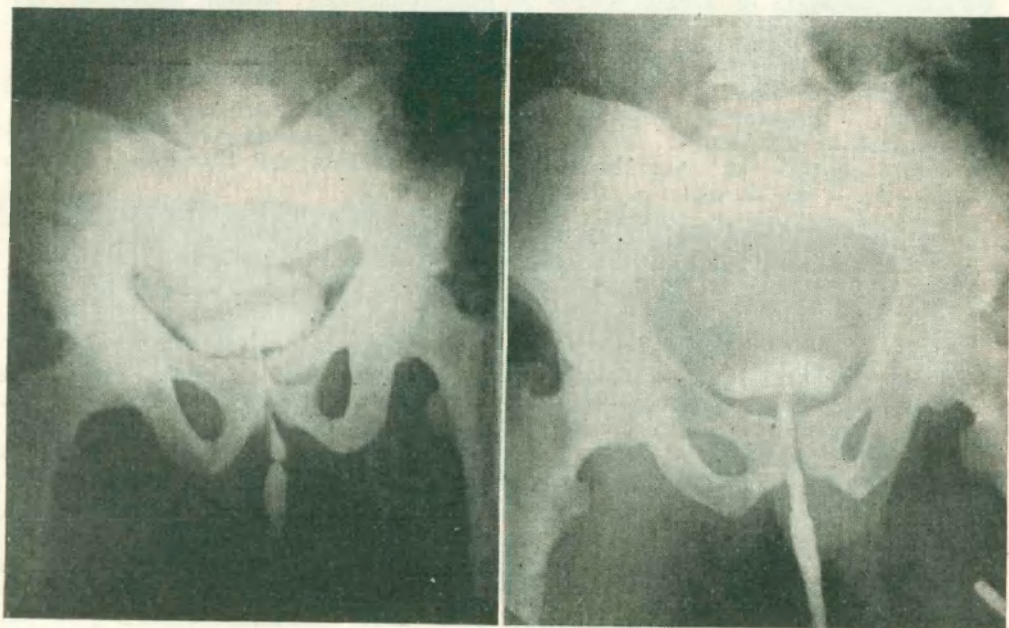
Examen urológico: tacto rectal, próstata con caracteres normales. Estrechez infranqueable de la uretra.

14-6-55. Anestesia raquídea continua. Op. radical con la técnica descrita por L. Sabadini. Cirujano M. F. Vicchi. Post-operatorio sin incidencias destacables.

Uretrografía de control un mes después de operado. Uretra amplia. El paciente no concurre a controlarse.



Uretrografía practicada después de un mes de operado. Demuestra un amplio calibre uretral.



Veinte y tres meses después de la operación, presenta retracción filiforme de la uretra. Al mes de la segunda intervención. La uretra se mantiene amplia.

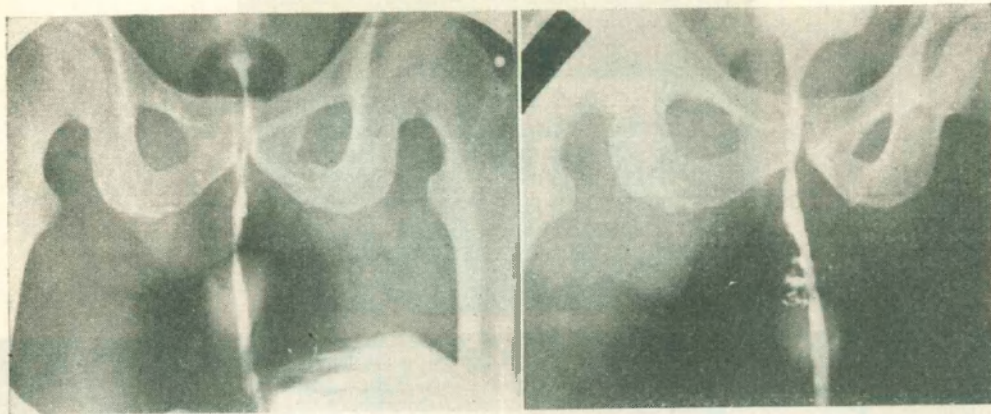
Reingresa en mayo de 1957 con retracción total de la cicatriz uretral operatoria. Se inicia tratamiento biológico (cohydeltra y ephynal) tratamiento instituido durante 40 días. en la pl preoperatorio.

6-7-57. Anestesia raquídea continua. Reoperación con igual técnica que en la primera operación. Cirujano Dr. M. F. Vicchi. Post-operatorio sin inconvenientes. 12-8-57. Uretrografía de control: uretra amplia.

Ultimo examen. diciembre de 1957. Uretra amplia pasa fácilmente benique Nº 46. No hay inconvenientes miccionales.

Comentario: paciente en el cual fracasó la primera operación radical en cambio la reintervención apoyada en el pre y post-operatorio con prednisolona y alfatocoferol (co-hydeltra y ephynal) fué seguida de un completo éxito.

Caso Nº 3. — Hosp. Oxford. Upata, Estado Bolívar, Venezuela. J. A. M. 59 años. 22-2-56.



Uretrografía antes de la operación. Observamos estrecheces múltiples en uretra bulbar. Entre flechas, los 4 cm. de uretra resecada.

Dos meses después de la operación. Existe buen calibre uretral. Hay reflujo del contraste.

Antecedentes: hace 30 años blenorragia complicada. Pocos años después retención completa de orina por estrechez filiforme. Le practicaron uretrectomía interna. Posteriormente estuvo sometido a dilataciones muy molestas.

Estado actual: polaquiuria y disuria, gran esfuerzo para efectuar la micción, orinas piúricas, globo vesical palpable por retención de orina.

Uretrografía: se observan una serie de anillos de estrechez, uno localizado en la uretra bulbar es infranqueable a los instrumentos uretrales.

28-2-56. Anestesia raquídea continua. Operación con la técnica descrita por Sabadini. Cirujano Dr. M. F. Vicchi. Post-operatorio: no hubo inconvenientes destacables salvo una intensa reacción alérgica al polvo de sulfatiazol colocado en la herida operatoria.

18-1-57. Uretra amplia, hay discreta retracción post-quirúrgica; pasa con alguna dificultad beniqué Nº 40.

Uretrografía de control discreta disminución del calibre uretral que no determina ningún inconveniente.

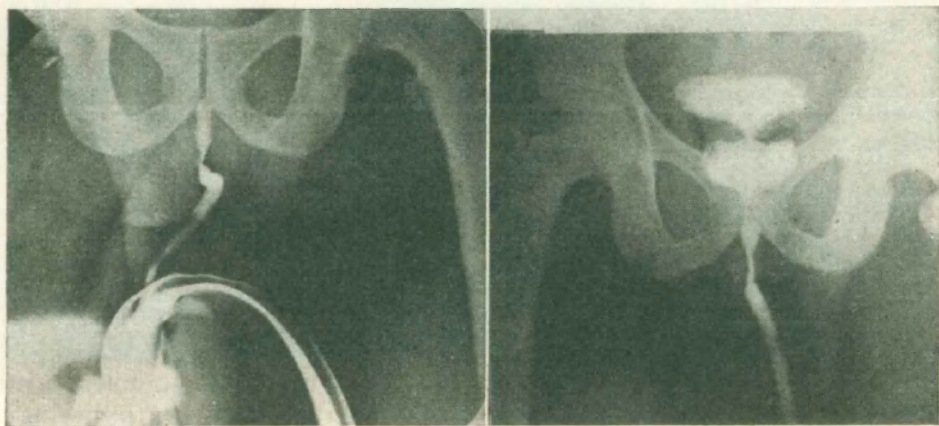
Desde enero de 1957 se administra prednisolona y alfa-tocoferol. Último examen junio de 1957. Uretra muy elástica pasa con facilidad beniqué N° 45.

Comentario: estrechez grave de la uretra que evolucionó muy bien después de haber sido sometido a una operación radical (op. de Sabadini). Sin embargo la uretra se ha mostrado mucho más elástica desde que el paciente estuvo sometido a tratamiento biológico.



Catorce meses después de la operación. Se observa discreta retracción. Pasa con facilidad beniqué N° 55.

Caso N° 4. — Hsp. Oxford. Upata, Estado Bolívar, Venezuela. A. G. 39 años. Enero de 1956.



Paciente que ingresa con retención completa de orina. Estrechez filiforme.

Dos meses después de operado. Se observa retracción de la uretra. Cavernosis prostática.

Antecedentes: hace años blenorragia. Quedó como secuela estrechez uretral muy retráctil, periódicamente fué sometido a dilataciones periódicas pero con malos resultados.

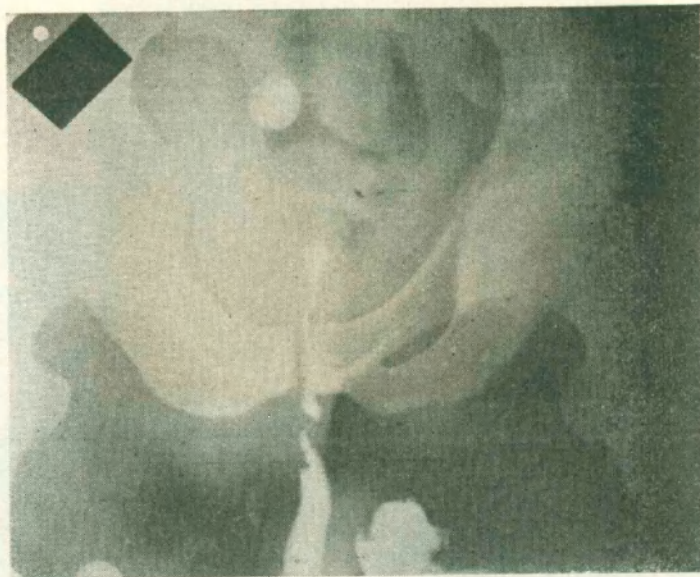
Ingresa a nuestro Servicio con mal estado general, infección urinaria y estrechez uretral infranqueable.

Uretrografía: se observa estrechez filiforme en la uretra bulbar. 4-1-56. Anestesia raquídea continua. Se practica uretrectomía y uretrorrafia con la técnica descrita por Sabadini.

Control 2 meses después de operado; uretografía: uretra con discreta retracción postquirúrgica, micciones fáciles, pasa beniqué N° 36.

Ultimo examen: octubre 1958. Enfermo bien con micciones fáciles. Pasa Bq. N° 36.

Caso N° 5. — Hosp. Oxford, Upata, Estado Bolívar, Venezuela. L. S. 56 años. 8-4-56.



Uretrografía preoperatoria. Observamos una estrechez filiforme en la uretra bulbar.

Antecedentes: paciente con estrechez filiforme de la uretra post-blenorrágica. Sometido a varias series de dilataciones y uretrotomía interna, siempre hubo retracción uretral.

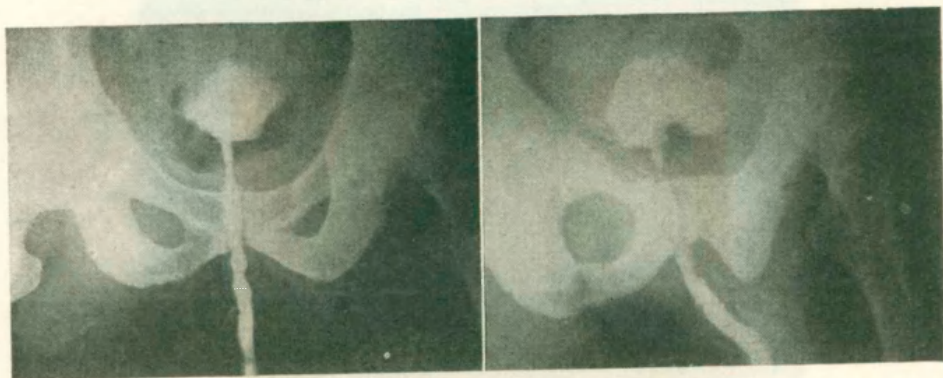
Ingresa con retención completa de orina, micciones por rebosamiento e infección urinaria.

Uretrografía: estrechez filiforme de la uretra bulbar. 20-4-56. Anestesia raquídea continua. Op. radical con la técnica ya citada. Cirujano Dr. M. F. Vicchi.

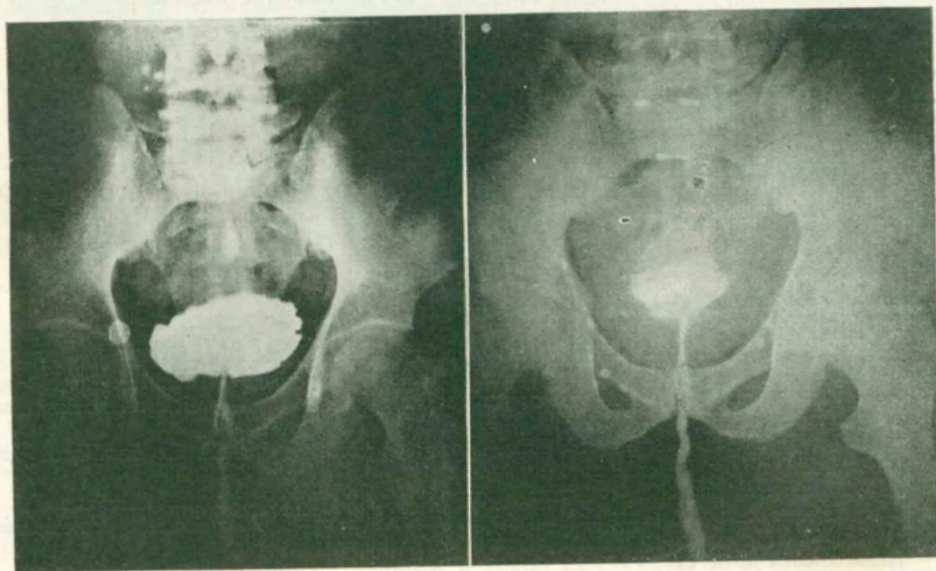
Post-operatorio: infección de la herida perineal que no tuvo consecuencias. Octubre de 1956. Retracción uretral pasa con dificultad beniqué N° 40.

Inicia tratamiento biológico y dilataciones. La uretra se mantiene sin retracción y muy elástica. Ultimo examen: uretra amplia y elástica pasa bien un beniqué N° 55. 27-II-57.

Comentario: paciente en quien la operación radical tuvo buen resultado sin embargo hubo discreta retracción y después del tratamiento biológico se observó una mayor amplitud y elasticidad uretral. Paciente controlado durante 17 meses.



Uretrografías de frente y perfil obtenidas dos meses después de operado. Existe buen calibre uretral.



Seis meses después de la operación, el calibre de la uretra se mantiene amplio.

Dieciocho meses después de la operación, la uretra se mantiene con caracteres normales.

Caso N° 6. — Hosp. Oxford, Upata, Estado Bolívar, Venezuela, J. A. S. 43 años. julio de 1956. Estrechez como secuela de una infección blenorragica. Fué dilatado en varias oportunidades.

Ingresa con retención completa de orina. Uretrografía: el contraste no franquea la estrechez, produciéndose uretrorragia.

16-7-56. Anestesia raquídea continua. Uretrectomía y uretrorrafia. Cirujano Dr. M. F. Vicchi. Post-operatorio sin inconvenientes. Ultimo control 16-10-56. Uretra amplia sin retracción, pasa fácil beniqué N° 45



Tres meses después de operado. La uretra se mantiene amplia. No hay retracción.

Comentario: paciente con grave estrechez post-blenorragia. La operación radical tuvo éxito. Se desconoce la evolución alejada. A los 3 meses de operado la uretra era amplia.

Caso N° 7. — Hosp. Oxford, Upata, Estado Bolívar, Venezuela, P. S. 60 años. 3-3-56.

Antecedentes: blenorragia, chancro sifilítico localizado en el meato uretral. La retracción del meato era tan intensa que determinaba grave obstáculo miccional. Hicieron varias meatotomías sin resultado.

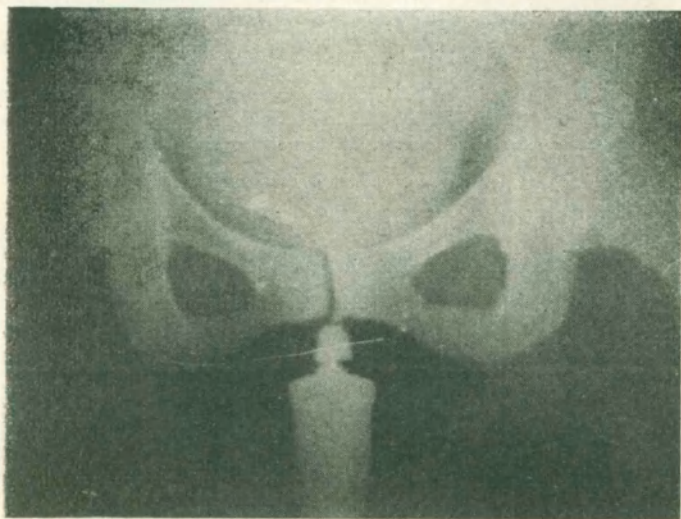
Ingresa con grave obstáculo miccional por retracción de la cicatriz localizada en el meato uretral. Adenoma de la próstata.

9-3-56. Anestesia raquídea continua. Adenomectomía y meatotomía. Cirujano Dr. M. F. Vicchi. Se inyecta en la cicatriz del meato hidrocortisona. (5 inyecciones) posteriormente se administra prednisolona (co-hydreltra) alfatocofeol (ephynal).

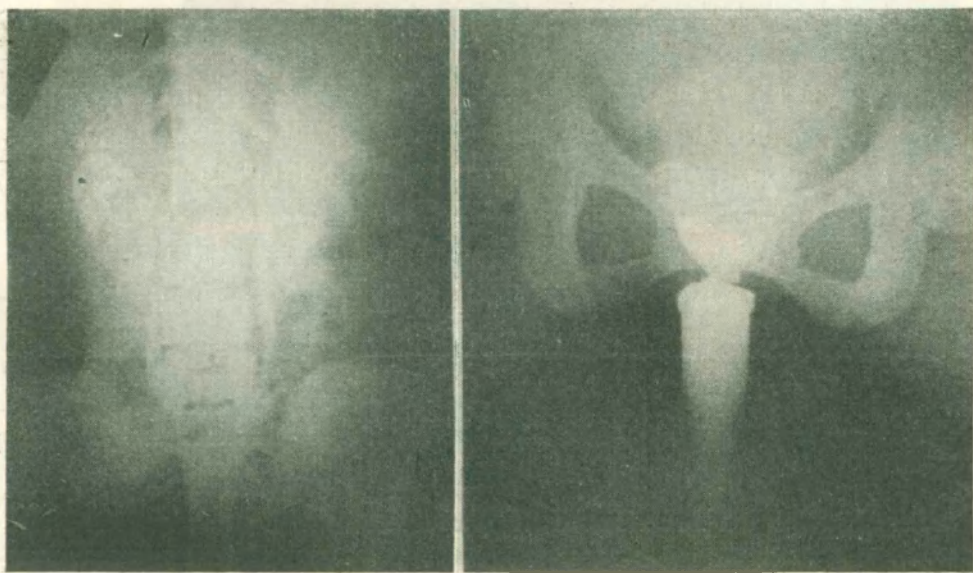
Ultimo control abril de 1957. El meato se mantiene amplio, manifiesta el paciente que es la primera vez después de una meatotomía que no reproduce la estrechez del meato.

Comentario: estrechez de meato uretral después de un chancro. Se hace meatotomía, inyecciones locales de hidrocortisona y prednisolona y alfatocofeol con éxito. Paciente controlado durante 13 meses.

Caso N° 8. — Hosp. Oxford, Upata, Estado Bolívar, Venezuela. E. de S. 33 años.
Junio de 1956.



Antes de operar. Se observa obstrucción total de la uretra. No pasa el contraste. Nótese la gran distensión vesical.



Urografía intravenosa. Urétero-uronefrosis bilateral por obstáculo mecánico uretral.

Tres meses después de operada. Mantiene un amplio calibre uretral. Se observa reflujo del contraste.

Antecedentes: hace años parto distócico muy accidentado. Pocos días después nota pérdida de orina por vagina, durante 20 días. Posteriormente tiene dificultad miccional que se acentúa progresivamente, llegando a orinar gota a gota. Hace 2 años le diagnostican tumor

abdominal y efectúan laparotomía exploratoria, manifiesta la paciente que le informaron que no encontraron nada, posiblemente se trató de un globo vesical.

Estado actual: concurre a nuestro hospital con micción muy dificultosa, vejiga palpable por gran distensión (hasta el ombligo llega el globo vesical).

Exploración uretral: estrechez infranqueable de la uretra. Uretrografía: el medio de contraste no franquea la estrechez refluendo totalmente a vagina.

Urografía intravenosa: se observa gran distensión vesical y ureterouronefrosis bilateral por éstasis.

18-6-56. Anestesia raquídea continua. Se practica uretrectomía y uretrorrafia con igual técnica que en el hombre. Cirujano Dr. M. F. Vicchi. En el post-operatorio se inyecta hidrocortisona en la cicatriz quirúrgica. Se instituye tratamiento biológico.



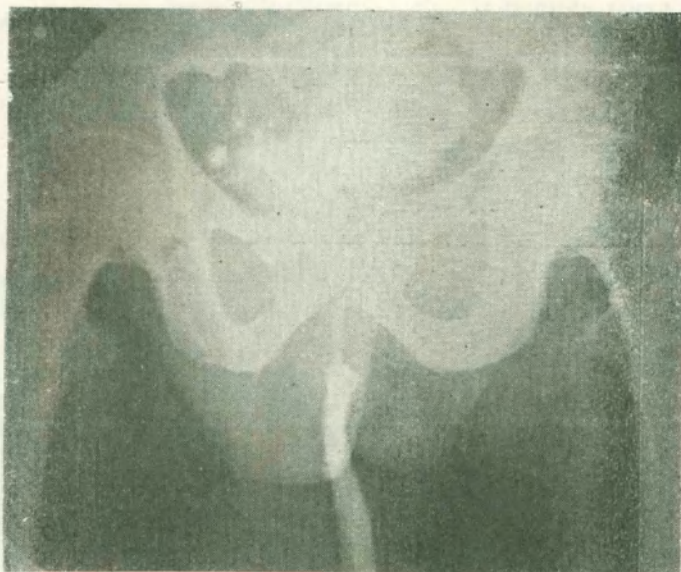
Doce meses después de la operación. No hay retracción uretral. La introducción del catéter y medio de contraste se hace fácilmente.

Ultimo examen 13-6-57. Pasa con facilidad por uretra una sonda N° 18. La uretrografía muestra una uretra normal.

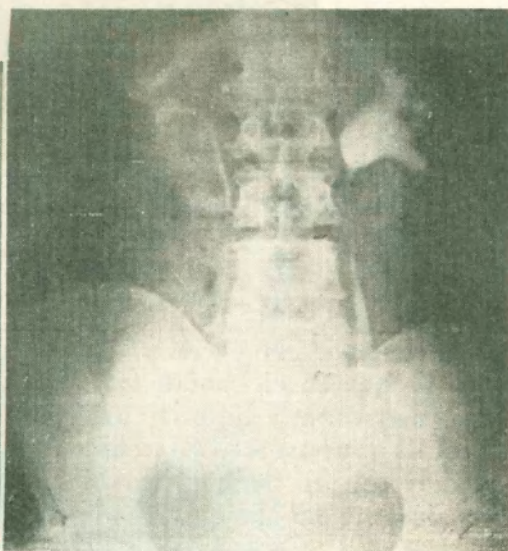
Comentario: estrechez traumática en una mujer a quien se le practica uretrectomía y uretrorrafia y tratamiento biológico alfatocofeol y prednisona. Un año después la paciente se encuentra con muy buen calibre uretral.

Caso 9. — Hosp. Oxford, Upata, Estado Bolívar, Venezuela. F. D. 50 años. Septiembre de 1956.

Antecedentes: desde niño tiene esfuerzo miccional. 2 hermanos se encuentran en las mismas condiciones. Este paciente sufrió 18 intervenciones uretrales (uretrotomía interna en varias oportunidades, cistotomías y dilataciones, uretrotomía externa, etc. Siempre se producía retracción total de la uretra, a nivel del sitio operado.



Antes de la operación. Observamos estrechez en la región bulbar. Cavernosis prostática.



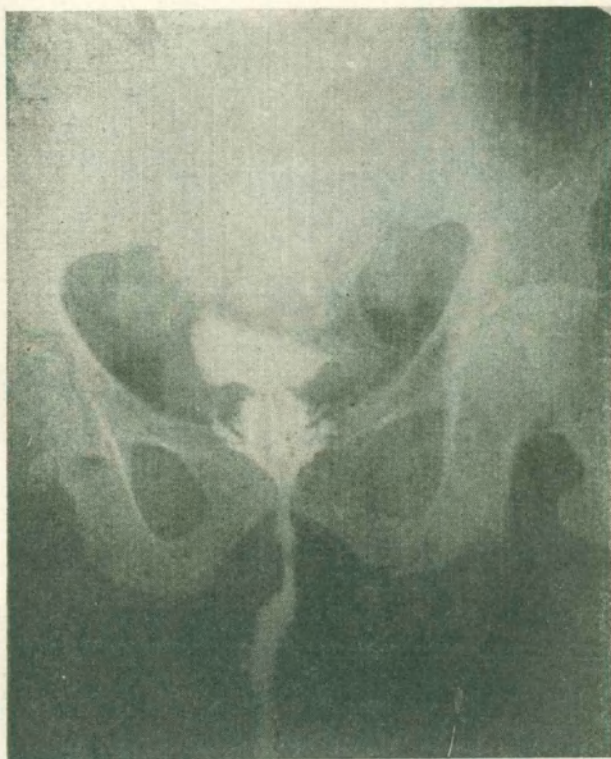
Reingresa con cólico renal. En la uretrografía se observa una gran retracción de la cicatriz. La urografía intravenosa nos demuestra una urétero-uronefrosis izquierda.

Estado actual: ingresa a nuestro Hospital con imposibilidad para efectuar la micción, orinas intensamente piúricas y uretero uronefrosis bilateral.

21-9-57. Anestesia raquídea continua. Uretrectomía y uretrorrafia. Cirujano Dr. M. F. Vicchi. Se produce 3 meses después retracción total de la cicatriz quirúrgica, retención de orina y cólico renoureteral derecho.

28-12-56. Anestesia raquídea continua. Se reopera con igual técnica. Pero se administra durante el pre y post-operatorio, prednisolona y alfatocoferol. El paciente se mantiene muy bien sin sufrir retracción quirúrgica.

Ultimo examen: septiembre de 1957. Uretra amplia pasa un beniqué N° 44. La uretrografía muestra buen calibre uretral.



Tres meses después de la segunda operación. Hay buen calibre uretral, con discreta retracción. Cavernosis prostática.

Comentario: consideramos a este paciente como uno de los más demostrativos, ya que en él habían fracasado todos los tratamientos uretrales (dilataciones, uretrotomía interna, uretrotomía externa, cistostomía y dilatación y uretrectomía y uretrorrafia (técnica de L. Sabadini). El tratamiento quirúrgico combinado con el tratamiento biológico tuvo éxito completo. Paciente controlado durante 15 meses

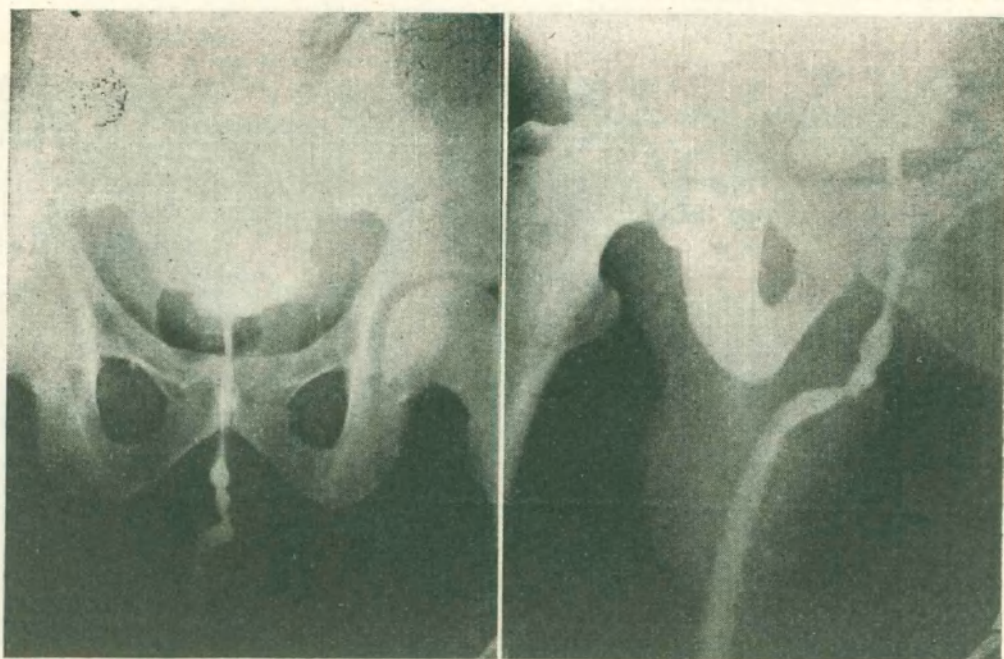
Caso N° 10. — Hosp. Oxford, Upata, Estado Bolívar, Venezuela, R. C. 46 años, octubre 1956.

Antecedentes: estrechez uretral por infección gonocócica, ha hecho dilataciones uretrales en varias oportunidades, siempre hubo retracción uretral. Examen urológico: estrechez uretral.

Uretrografía: estrechez uretral muy marcada en la región bulbar de la uretra.

12-10-56. Anestesia raquídea continua. Uretrectomía y uretrorrafia. Cirujano Dr. M. F. Vicchi. Post-operatorio: epididimitis.

Marzo de 1957. Se comprueba gran retracción uretral. Inicia tratamiento biológico y dilataciones uretrales. Ultimo examen: 10-12-57. Uretra amplia pasa beniqué N° 47. Uretra elástica.



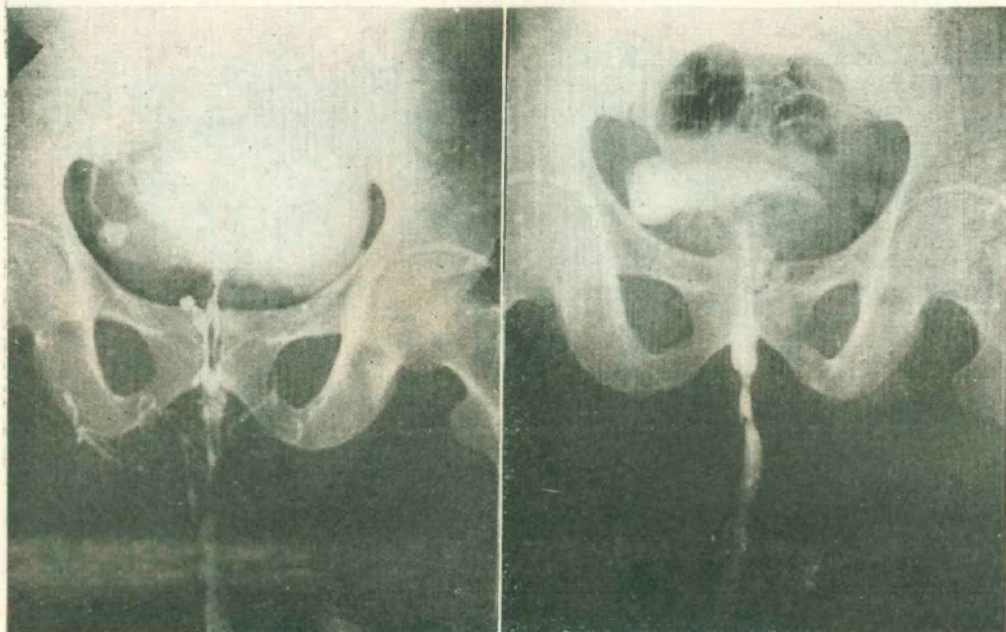
Uretrografías de frente y perfil obtenidas a los tres meses de operado. Se observa un buen calibre uretral. Nótese la cicatriz quirúrgica.



Cinco meses después de operado. La uretra se mantiene amplia.

Comentario: paciente con estrechez post-blenorragia. Después de la operación radical hubo retracción uretral. El tratamiento biológico y dilataciones fué seguido de éxito. Paciente controlado durante 14 meses.

Caso N° 11. — Hosp. Oxford, Upata, Estado Bolívar, Venezuela. J. D. 52 años. Diciembre 1956. Desde niño trastornos miccionales. Tiene 2 hermanos en las mismas condiciones. En 2 oportunidades uretrectomía interna. Dilataciones en varias oportunidades.



Antes de operarse. Observamos gran destrucción de la uretra. Reflujo venoso muy marcado.

Tres meses después de la operación. Uretra amplia, discreta retracción de la cicatriz quirúrgica. Cavernosis prostática.



Siete meses después de la operación. La uretra

se mantiene amplia. Cavernosis prostática.

Ingresa con grave obstáculo miccional. Obstáculo uretral infranqueable.

Uretrografía: el contraste no franquea la estrechez y se produce uretrorragia e inquietante regurgitación venosa sin consecuencias. Se administra prednisolona y alfatocoferol durante el pre y post-operatorio.

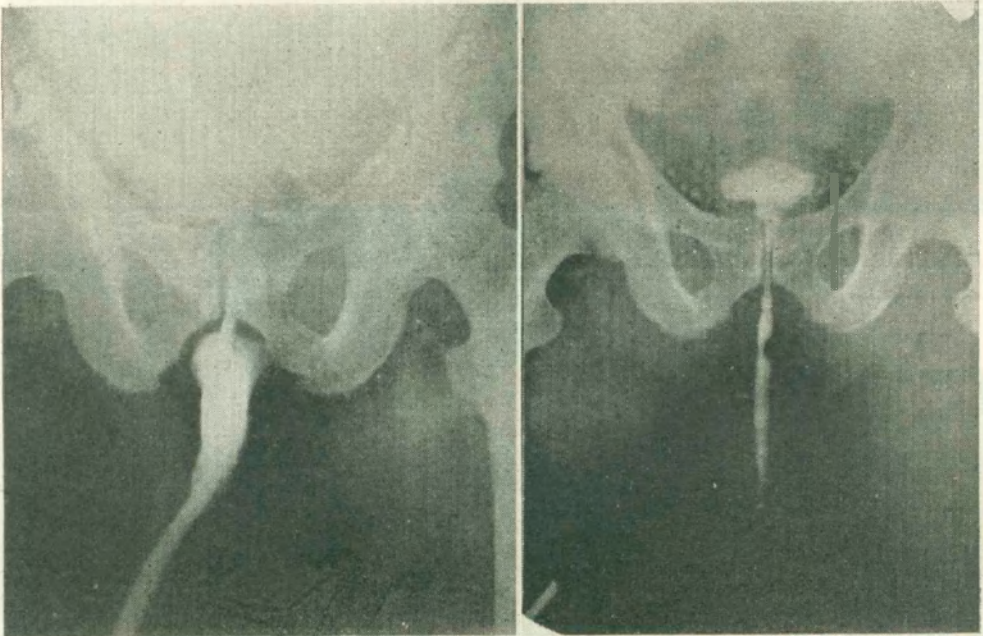
21-12-57. Anestesia raquídea continua. Op. radical con la técnica descrita por L. Sabadini. Cirujano Dr. M. F. Vicchi.

Ultimo examen: 13-9-57. Uretrografía, uretra amplia. Pasa beniqué N° 40.

Comentario: paciente con estrechez uretral mixta (congénita y quirúrgica). El tratamiento quirúrgico y biológico combinado tuvo éxito. Paciente controlado durante 9 meses.

Caso N° 12. — Hosp. Oxford, Upata, Venezuela. P. A. 75 años, diciembre de 1956.

Antecedentes: Paciente con trastornos miccionales desde hace años. Ultimamente los trastornos han aumentado hasta casi imposibilitar la micción. Paciente con insuficiencia renal y muy mal estado general.



Estrechez uretral en la región bulbar. Gran distensión de la uretra por presión del contraste. Adenoma de la próstata.

Un año después de operado. Hay muy discreta retracción. El calibre es amplio.

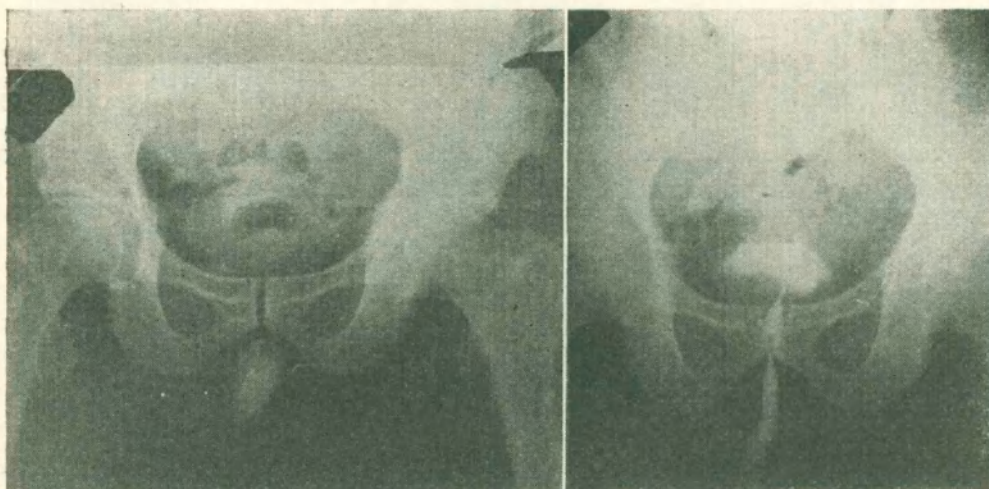
Uretrografía: El contraste no franquea la estrechez, se observa gran distensión uretral por delante de la estrechez. Estrechez infranqueable de la uretra. Tacto rectal: próstata aumentada de tamaño adenomatosa. Se administra tratamiento biológico.

7-12-56. Anestesia raquídea continua. Adenomectomía transvesical y uretrectomía y uretrorragia en un tiempo. Cirujanos Dr. M. F. Vicchi. Este paciente no concurrió a controlarse sino un año después de operado.

Ultimo control: 29-12-57. Uretrografía: muy discreta retracción, sin obstáculo miccional. Pasa con facilidad beniqué N° 44.

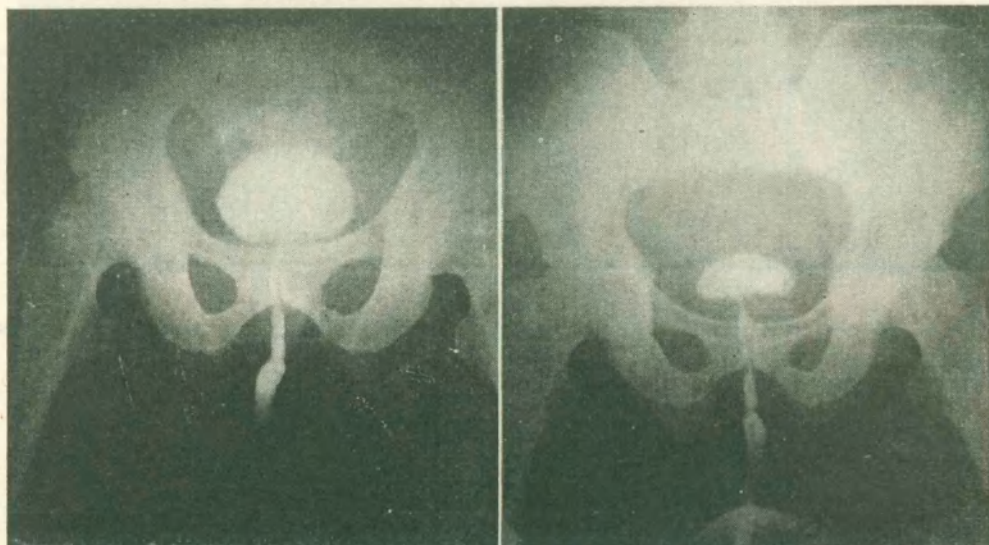
Comentario: paciente con grave estrechez y adenoma de la próstata. Se practica operación de Sabadini y adenomectomía en un tiempo, se administra tratamiento biológico. Se obtuvo éxito completo. Paciente con un año de evolución.

- 1 Caso N° 13. — Hosp. Oxford, Upata, Estado Bolívar, Venezuela. P. G. 46 años. 15-1-57.
 1 Estrechez post-gonocócica. Ha sido dilatado en varias oportunidades.
 1 Ingresa con grave trastorno miccional por estrechez uretral infranqueable.



Obstrucción uretral grave. El medio de contraste no franquea la estrechez.

Dos meses después de la operación. Existe buen calibre uretral. No se observa retracción quirúrgica.



Han transcurrido cuatro meses de operado y tratado con el procedimiento biológico. La uretra se mantiene amplia.

Seis meses después de la operación. Existe buen calibre uretral.

Uretrografía: el contraste no pasa por la grave estrechez.

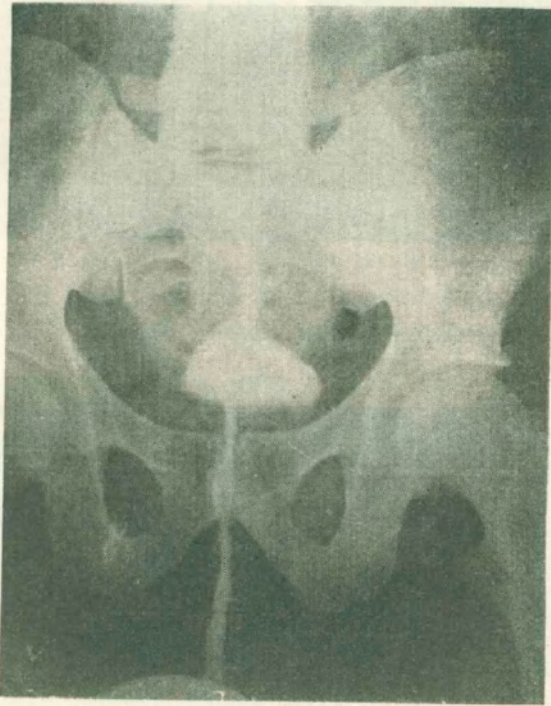
19-1-57. Anestesia raquídea continua. Se hace uretrectomía y uretrorrafia. Cirujano Dr. S. Karovich.

Durante el pre y post-operatorio se instituye tratamiento biológico.

Uretrografía: 2 meses después de operado, nos muestra uretra normal. Ultimo examen: 18-11-57. Hace más de dos meses que no veíamos al enfermo; la uretra es amplia para beniqué Nº 50 bien.

Comentario: paciente con estrechez post-blenorragia. El tratamiento biológico y quirúrgico tuvo éxito. Evolución 9 meses.

Caso Nº 14. — Hosp. Oxford, Upata, Estado Bolívar, Venezuela. M. R. 39 años. Febrero 1957.



Un mes después de operado. La uretra se mantiene amplia.

Estrechez uretral post-gonorreica a quien se le había practicado uretrotomía interna.

Ingresa con retención completa de orina. Se practica op. radical de urgencia. Se administra tratamiento biológico.

16-2-57. Anestesia raquídea continua. Se hace uretrectomía y uretrorrafia. Cirujano Dr. M. F. Vicchi.

Post-operatorio: este enfermo tuvo un post-operatorio complicado: uretrorragia, absceso de próstata, etc., todos estos accidentes se solucionaron bien.

Uretrografía de control: uretra amplia.

14-10-57 se hace uretrorrafia y se comprueba la existencia de un cálculo vesical. Se lo extrae por cistostomía.

Ultimo examen: diciembre de 1957. Uretra amplia, pasa beniqué Nº 50.

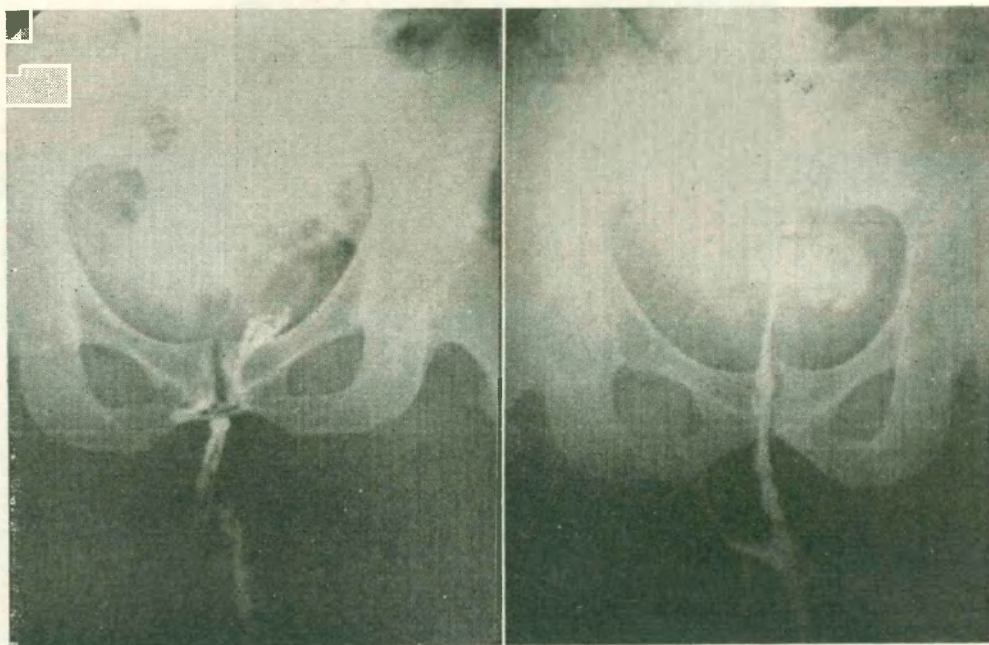
Comentario: estrechez uretral grave. Se practicó operación radical de urgencia. A pesar de las complicaciones el tratamiento biológico y quirúrgico tuvo éxito. Evolución 10 meses.



Control a los cinco meses de realizada la operación. El calibre de la uretra es normal

Ocho meses. El calibre uretral se mantiene amplio.

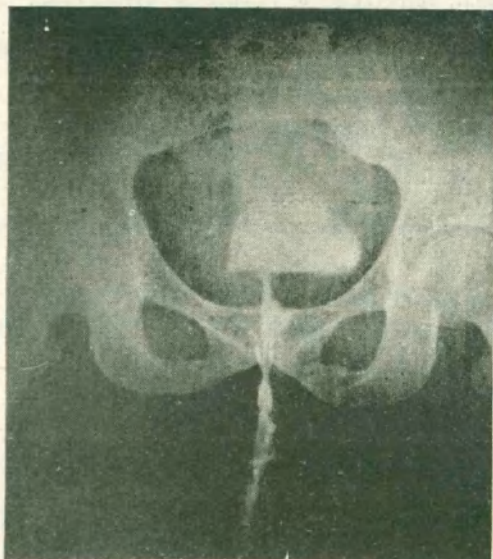
Caso N° 15. — Hosp. Oxford, Upata, Estado Bolívar, Venezuela. R. A. 52 años. 23-2-57.



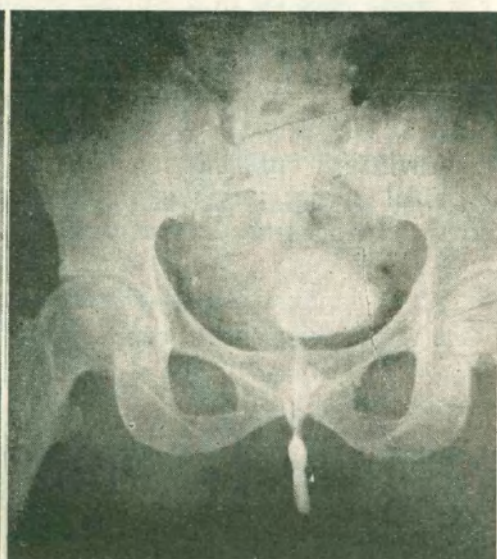
Uretrografía previa a la operación. Destrucción uretral con decalage de la misma y gran reflujo venoso.

La urethrectomía distal ha cicatrizado bien; en cambio la proximal no se ha cicatrizado y persiste fístula urethroperineal.

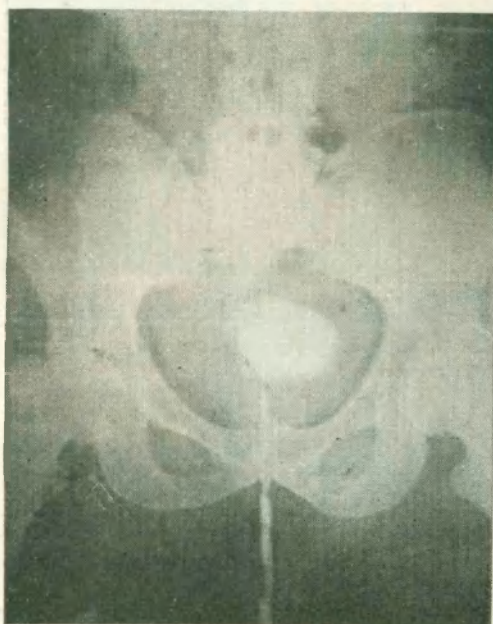
Antecedentes: de joven blenorragia. En 1940 uretrotomía interna. En 1943 nueva uretrotomía. Desde entonces ha sido sometido a dilataciones periódicas constantemente. Siempre la uretra se retrajo hasta dificultar la micción.



Cicatrización incompleta y discreta retracción quirúrgica.



Observamos un buen calibre uretral.



Cinco meses después de operado. El calibre uretral es amplio. Cavernosis prostática.



Siete meses después de operado. La uretra es amplia. Cavernosis prostática.

Ingresa con retención completa de orina. Estrechez uretral infranqueable.

Uretrografía: gran destrucción uretral, "decalage uretral" y reflujo venoso.

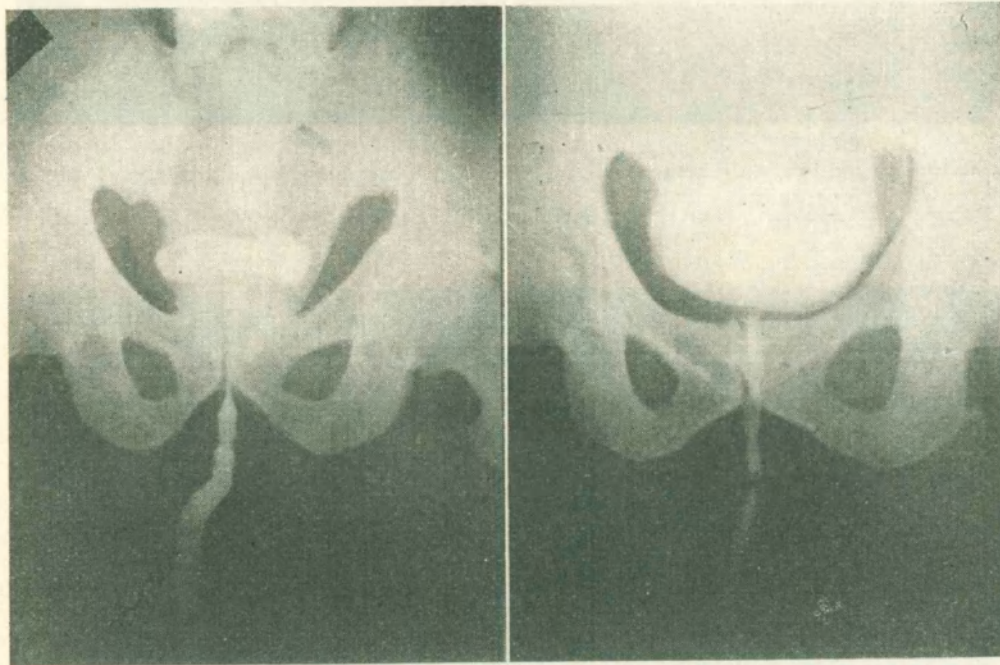
23-2-57. Anestesia raquídea continua. Se comprueba 2 estrecheces uretrales separadas por un puente uretral sano de 5 cm. de longitud. Se hace uretrectomía y uretrorrafia en la estrechez distal y la misma operación en la estrechez proximal, respetando el puente de uretra sana. Cirujano Dr. M. F. Vicchi.

En el post-operatorio se administró prednisolona y alfatocoferol. 23-3-57. Uretra amplia, pero se observa fístula uretroperineal. La cual cicatrizó manteniendo el tutor.

Ultimo examen 27-12-57. Enfermo muy bien, pasa fácil beniqué N° 50.

Comentario: enfermo con lesión uretral muy grave. Se practica de urgencia una doble uretrectomía y uretrorrafia. Se administra tratamiento biológico. Se obtiene pleno éxito. Evolución 9 meses.

Caso N° 16. — Hosp. Oxford, Upata, Estado Bolívar, Venezuela. R. A. 68 años. 22-2-57.



Caso N° 16. — Un mes después de la operación. La uretrografía nos demuestra un buen calibre uretral.

Caso N° 17. — Estrechez filiforme de la uretra.

Blenorragia hace años. Quedó con estrechez uretral. Han hecho uretrotomía interna.

22-2-57. El paciente tuvo retención completa de orina, fué sondado en otro Servicio, se le produjo falsa vía. Ingresa con muy mal estado general, globo vesical y profusa uretrorragia. Se efectúa de urgencia operación con la técnica de Sabadini.

22-2-57. Anestesia raquídea continua. Se comprueba falsa vía y cicatriz retrátil uretral. Se hace uretrectomía y uretrorrafia. Cirujano Dr. M. F. Vicchi.

Post-operatorio sin inconvenientes. Se administró prednisolona y alfatocoferol.

24-3-57. Uretrografía de control, uretra amplia dando una imagen normal, el paciente no se ha sometido a exámenes de control, pero en diciembre de 1957 nos informa que se encuentra absolutamente bien.

Comentario: enfermo con estrechez mixta (inflamatoria y quirúrgica). Ingresa con falsa vía y estrechez uretral, se hace operación radical de urgencia y se administra tratamiento biológico. Se obtiene éxito funcional completo. Evolución 9 meses.

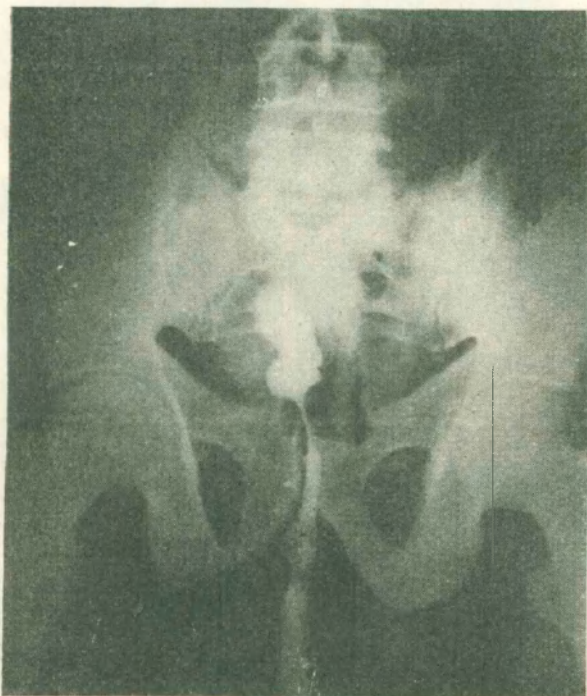
Caso N° 17. — Hosp. Oxford, Upata, Estado Bolívar, Venezuela. R. D. 55 años, Mayo 1957. Paciente con estrechez uretral post-blenorrágica. Siempre hubo mucha dificultad para hacer las dilataciones. Estrechez filiforme de la uretra. Se le administra tratamiento biológico y dilataciones. La uretra se dilata con facilidad.

Ultimo examen 18-8-57. La uretra se mantiene amplia, pasa beniqué N° 42. El paciente manifiesta que en esta oportunidad las dilataciones han sido más fáciles.

Comentario: paciente con estrechez uretral post-blenorragia, difícil de dilatar. La dilatación y tratamiento biológico hizo más fácil la dilatación uretral. Evolución 3 meses.

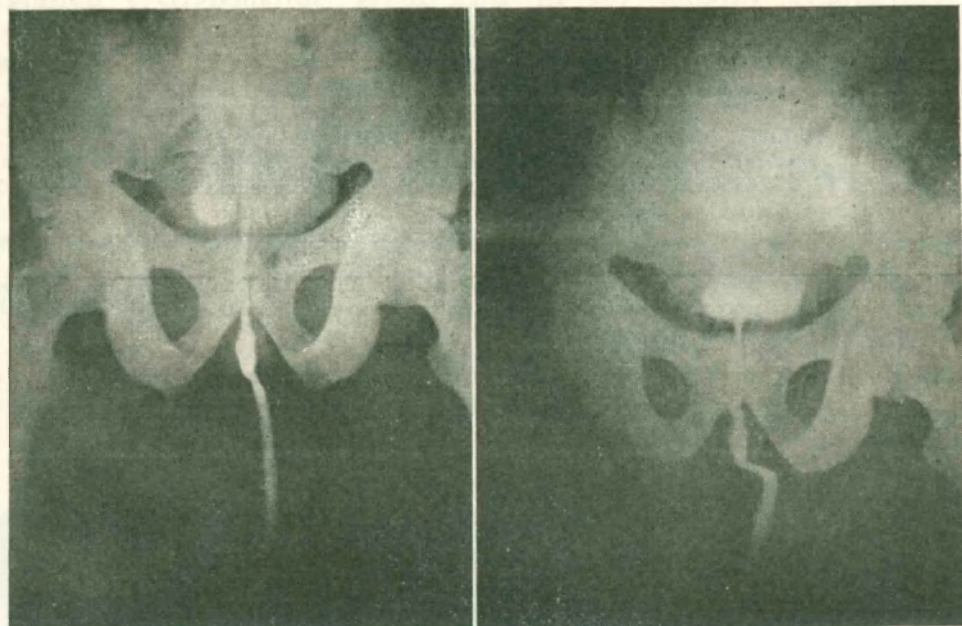
Caso N° 18. — Hosp. Oxford, Upata, Estado Bolívar, Venezuela. I. G. 59 años. Mayo 1957. Estrechez uretral post-blenorrágica. Muy retráctil. Se hace tratamiento biológico y dilataciones uretrales. Rápidamente se consigue buen calibre uretral.

Ultimo examen: 10-7-57. Uretra amplia. Pasa Beniqué N° 46 bien.



Estrechez uretral y falsa vía por cateterismo intempestivo.

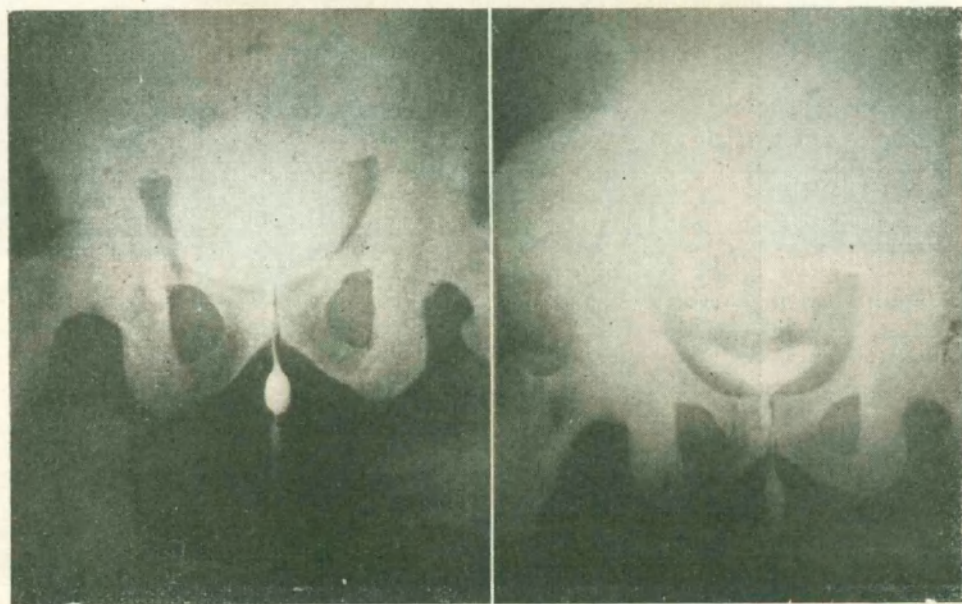
Comentario: estrechez retráctil. Fácilmente dilatado después de instituir tratamiento biológico. Evolución dos meses.



Un mes después de haber sido dilatado y tratado con el método biológico.

Dos meses después de su tratamiento biológico la uretra se mantiene amplia.

Caso N° 19. — Hosp. Oxford, Upata, Estado Bolívar, Venezuela. R. L. H. 38 años. Mayo de 1957. Estrechez uretral filiforme post-blenorrágica. Determina retención completa de orina. Se instituye tratamiento biológico y dilataciones; rápidamente se obtiene buen calibre.



Estrechez filiforme en la región bulbar. Dilatación uretral por encima de la estrechez.

Tre meses después del tratamiento biológico y dilataciones, la uretra se mantiene amplia.

20-6-57. Anestesia raquídea continua. Resección transuretral por hipertrofia del cuello vesical. Cirujano Dr. M. F. Vicchi.

Ultimo examen agosto de 1957. Uretra amplia pasa beniqué N° 48. Uretrografía: imagen normal.

Comentario: estrechez uretral filiforme, tratada con dilataciones y tratamiento biológico. Se tuvo éxito inmediato, Evolución 3 meses.

Caso N° 20. — Hosp. Oxford, Upata, Estado Bolívar, Venezuela. I. G. 41 años. Junio 1957. Paciente con estrechez uretral como secuela de antigua gonorrea. Se indica tratamiento



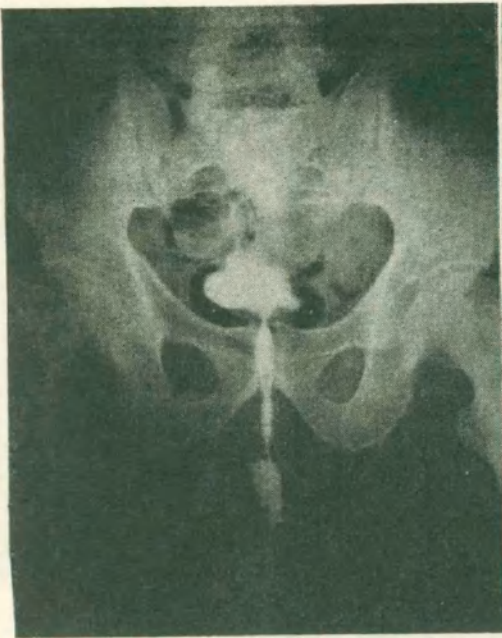
Existe un gran segmento de la uretra con anillos de estrecheces amplias.

biológico y dilataciones. Ultimo control; uretrografía uretra discretamente retraída. Ha interrumpido el tratamiento de dilataciones y biológico.

Caso N° 21. — Hosp. Oxford, Upata, Estado Bolívar, Venezuela. S. A. 58 años. Mayo 1957. Paciente con estrechez uretral filiforme como secuela de una blenorragia. Ingresó con un proceso agudo con intensa periuretritis. Mal estado general. Se hace cistostomía y se instituyen antibióticos y tratamiento biológico durante 40 días. Mejoró la micción. 6-7-57. Anestesia raquídea continua. Operación con la técnica ya descrita. Cirujano Dr. M. F. Vicchi. Postoperatorio sin inconvenientes.

13-8-57. Uretrografía uretra amplia pero aún en vías de cicatrización. Ultimo examen: 11-10-57. Uretrografía; uretra amplia sin complicaciones pasa beniqué N° 44.

Comentario: paciente con grave proceso inflamatorio uretral y peri uretral el cual cede con antibióticos. Una vez pasado el proceso infeccioso se comprueba grave y extensa estrechez uretral, se inicia tratamiento biológico exclusivo y después de 40 días se comprueba una gran mejoría en la micción y la uretrografía nos muestra una uretra más amplia. Se practica op. radical y 6 meses después se comprueba que la uretra se mantiene amplia.



Estrechez uretral filiforme en la región bulbar.



Uretrografía preoperatoria, después de cuarenta días de tratamiento exclusivamente biológico. Se observa mayor amplitud uretral.



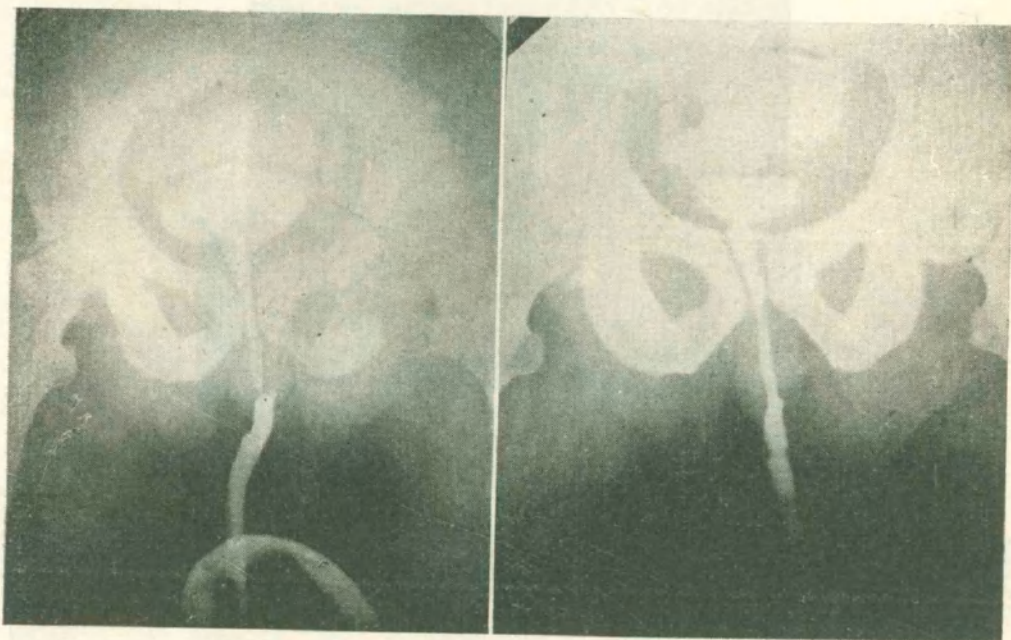
A los dos meses de operado. Hay cicatrización incompleta de la uretra. Existe buen calibre.



Tres meses después de la operación. Existe buen calibre uretral, no obstante, puede apreciarse un defecto en la cicatrización.

Caso N° 22. — Hosp. Oxford, Upata, Estado Bolívar, Venezuela. E. G. 47 años. 19-6-57. Estrechez uretral post-blenorrágica. Sometido a dilataciones, dilataciones diatérmicas y resección transuretral. Manifiesta el paciente que las dilataciones eran muy lentas y dificultosas por la gran tenacidad retráctil de la estrechez. Habiendo sido siempre tratado por especialista de reconocida idoneidad.

Uretrografía: estrechez filiforme en la región bulbar de la uretra. Se administra tratamiento biológico durante 15 días y posteriormente se practican dilataciones uretrales. Rápidamente se llega a un Beniqué N° 52 anteriormente nunca pudo pasar un calibre mayor al 42. Último examen 16-11-57. El enfermo hace 3 meses que no concurre a controlarse; pasa con facilidad un beniqué N° 54.



Estrechez filiforme de la región bulbar de la uretra.

Tres meses de tratamiento biológico y dilataciones, la uretra demuestra una amplitud suficiente.

Comentario: paciente con estrechez muy difícil de dilatar. Instituyendo tratamiento biológico previo, las dilataciones fueron muy fáciles y se consiguió un calibre muy superior al de sesiones anteriores. Evolución: 5 meses.

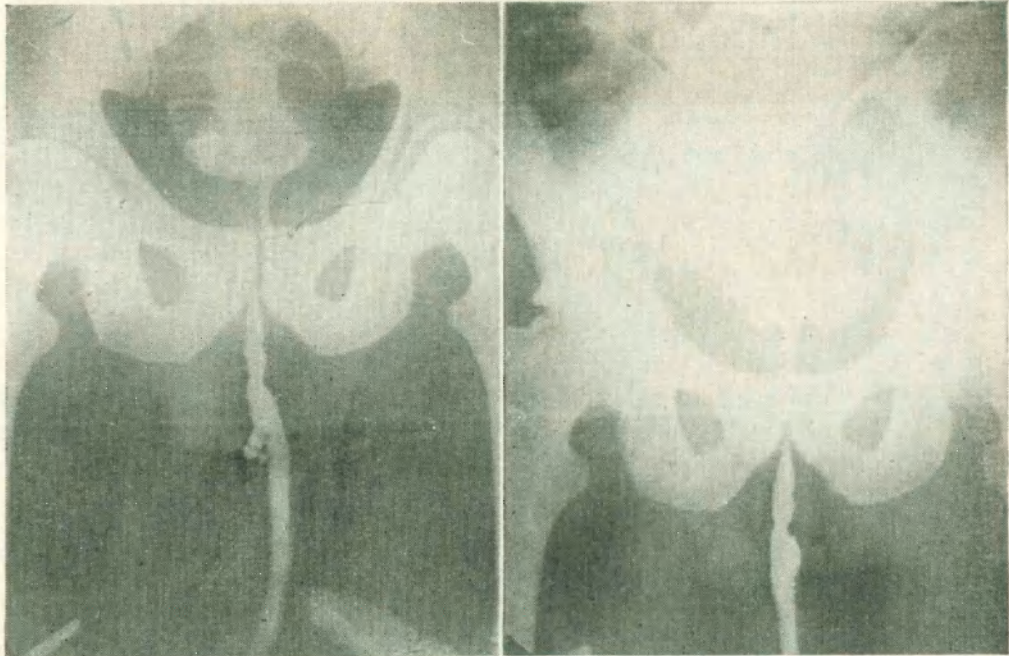
Caso N° 23. — Hosp. Oxford, Upata, Estado Bolívar, Venezuela. E. L. 43 años. 7-7-57. Estrechez uretral como secuela de una antigua blenorragia. Desde hace meses nota dificultad para orinar. Hace 5 días retención completa de orina.

Uretrografía: estrechez filiforme en la región bulbar. Se administra tratamiento biológico 17-7-57. Anestesia raquídea continua. Uretrectomía y uretrorrafia. Cirujano Dr. M. F. Vicchi. Último control 21-9-57. Uretra amplia. Pasa beniqué N° 48.

Comentario: enfermo con estrechez post-blenorrágica, tratado con cirugía y trat. biológico. Evolución 2 meses, sin inconvenientes.



Estrechez filiforme de la región bulbar de la uretra.



Al mes de operado. Uretra en vías de cicatrización, con buen calibre.

A los dos meses. Uretra amplia y aún en vías de cicatrización.

Caso N° 24. — Hosp. Oxford, Upata, Estado Bolívar, Venezuela. C. A. 55 años. 12-1-55.

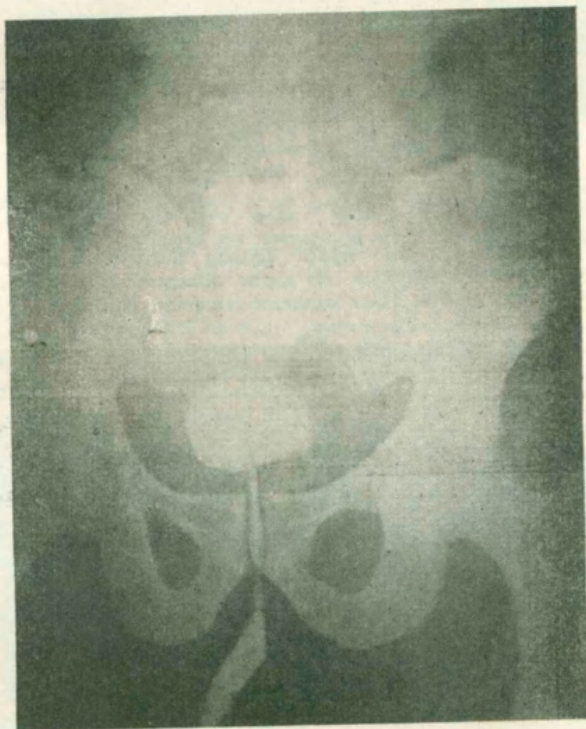
Antecedentes: tuberculosis pulmonar. Retención completa de orina por estrechez uretral post-gonorréica. Paciente indisciplinado que no sigue tratamiento. En varias oportunidades ingresa con retención completa de orina.

Uretrografía: estrechez uretral. 3-8-57. Ingresa con retención completa de orina. Inicia tratamiento biológico y dilataciones.

Ultimo examen: enero de 1938. Hematuria profusa. El paciente orina mejor, tuvo molestias por la hematuria.

Comentario: paciente con tratamiento muy irregular que no nos permite obtener conclusiones.

Caso N° 25. — Hosp. Oxford, Upata, Estado Bolívar, Venezuela. R. G. 53 años. 1-8-57. Estrechez uretral filiforme como secuela de antigua blenorragia. Ingresa con grave trastorno miccional.



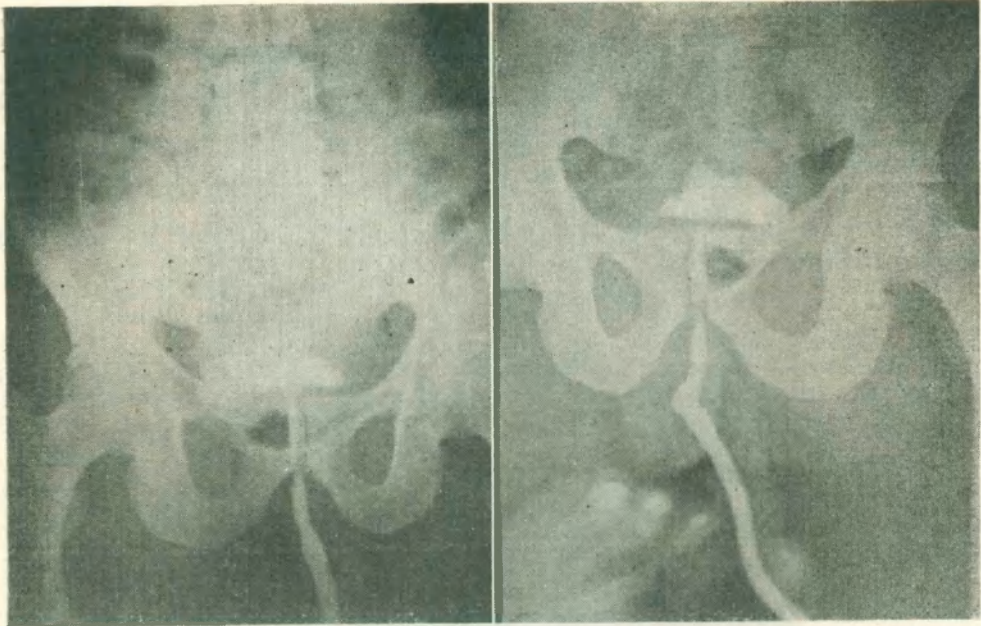
Estrechez uretral filiforme de la región bulbar.

Uretrografía: estrechez uretral en la región bulbar. Se instituye tratamiento biológico desde el preoperatorio. 8-8-57. Anestesia raquídea continua. Se practica operación con la técnica ya descripta. Cirujano Dr. M. F. Vicchi.

Setiembre de 1957. Uretrografía de control: uretra normal.

Ultimo examen: Diciembre de 1957. Uretra amplia, pasa beniqué N° 55.

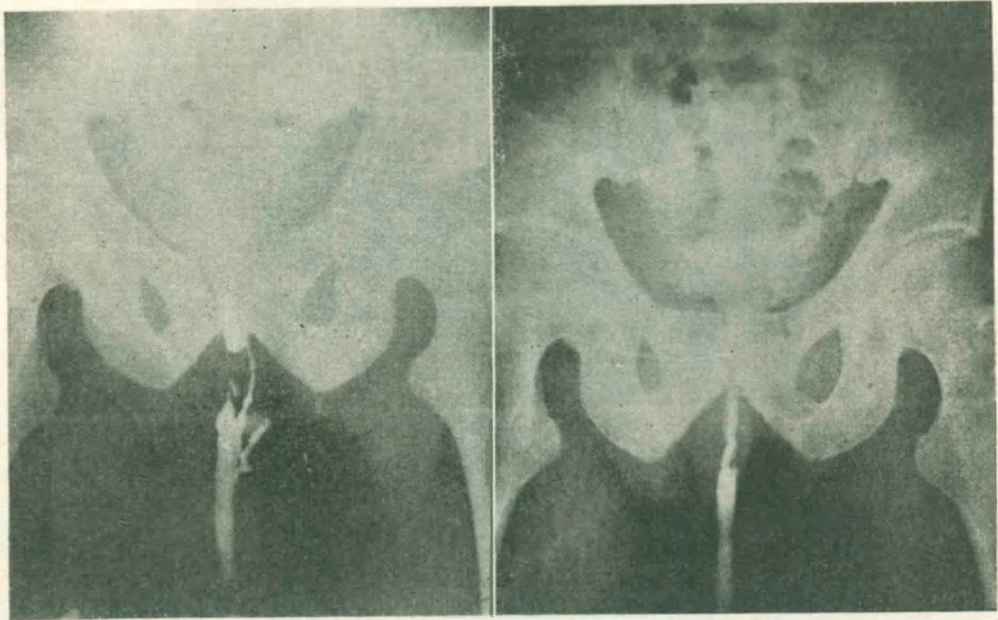
Comentario: paciente con grave estrechez el cual respondió muy bien al tratamiento quirúrgico y biológico combinados. Evolución 5 meses.



Al mes de operado. Observamos la uretra amplia.

Al cabo de dos meses de la operación. La uretra tiene el aspecto normal.

Caso N° 26. — Hosp. Oxford, Upatá, Estado Bolívar, Venezuela, C. B. 48 años. 1-8-57. Estrechez uretral post-gonocócica. Ha hecho dilataciones en varias oportunidades siempre sufrió nuevas retracciones graves. Hace 6 meses retención completa de orina, hicieron pun-



Uretrografía realizada después de intervención uretral practicada en otro servicio. Se observa pérdida de substancia de cuatro centímetros y un trayecto parauretral filiforme.

Un mes después de operado. Se observa la uretra con buen calibre y recuperado en eje.

ciones hipogástricas y luego cistostomía. Posteriormente hicieron uretrectomía y uretrorrafia en otro Servicio.

Ingresa a nuestro Servicio con muy mal estado general. Desde que fué operado no pudo efectuar micciones por uretra, el paciente vaciaba vejiga por un pequeño orificio fistuloso en la cicatriz suprapúbica. Alteración cutánea y absceso en la región suprapúbica.

Se inicia tratamiento biológico y general. Pérdida de 5 cm de uretra. 15-8-57. Anestesia raquídea continua. Uretrectomía y uretrorrafia, se comprueba una separación de ambos cabos uretrales por un espacio de 5 cm debido a una destrucción total de ese segmento uretral. Cirujano Dr. M. F. Vicchi. En la uretrografía previa a la operación se observa muy bien la destrucción uretral y la unión de ambos cabos por un trayecto para uretral.

Uretrografía de control, 13-9-57: muestra un buen calibre. El paciente no tiene ninguna dificultad. Pasa Beniqué N° 43. Último examen: 5-12-57. Enfermo sin inconvenientes. Uretra amplia, pasa fácil beniqué N° 44. El meato uretral es pequeño.

Comentario: paciente con grave destrucción de la uretra por intervención quirúrgica practicada en otro Servicio. Se hizo tratamiento biológico y quirúrgico combinado con pleno éxito. Evolución: más de 4 meses.

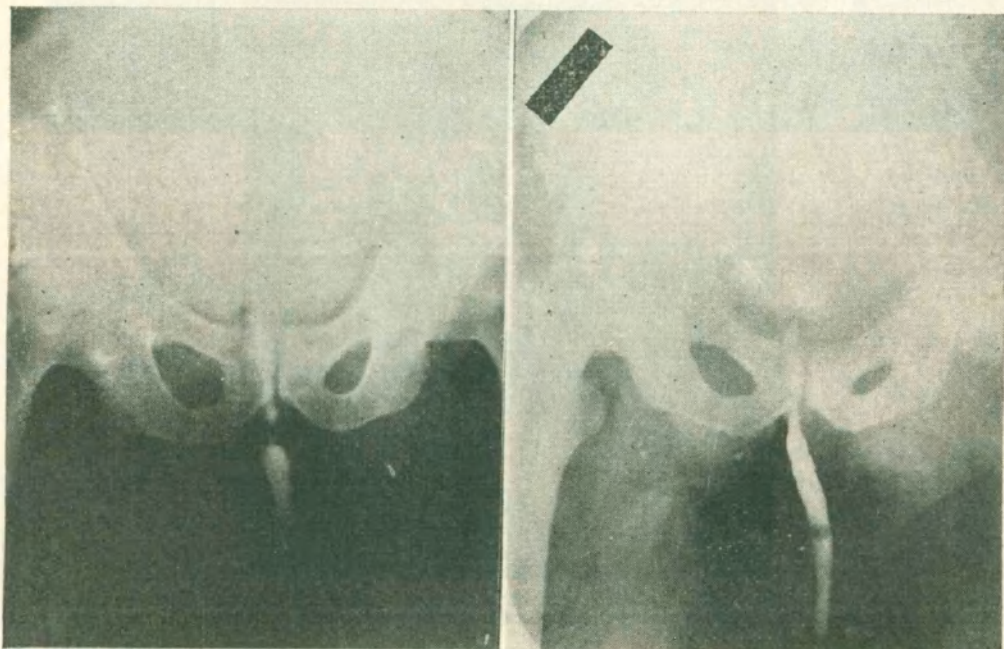
Caso N° 27. — Hosp. Oxford, Estado Bolívar, Venezuela. P. S. 39 años. 22-8-57.

Estrechez uretral como secuela de una blenorragia. Las dilataciones que le fueron practicadas fueron muy dificultosas y sangrantes. Ingresa con grave obstáculo miccional.

Uretrografía: estrechez filiforme en la región bulbar de la uretra. Se administra prednisona (cohydeltra) y alfatoferol (ephynal). Se efectúan dilataciones las cuales resultan muy fáciles y progresan rápidamente, el paciente manifiesta que hay gran diferencia con esta sesión de dilataciones y las dificultades que tuvo anteriormente. Se pasó beniqué N° 47 con toda facilidad.

Comentario: paciente tratado con dilataciones y trat. biológico, las dilataciones resultan más fáciles que en sesiones anteriores. Evolución 3 meses.

Caso N° 28. — Hosp. Oxford. Estado Bolívar, Venezuela. F. B. 67 años. 20-4-57. Paciente a quien se efectuó nefrectomía hace 6 años. Ingresa con hematuria. Se observa un di-



la uretra.
Estrechez filiforme de la región bulbar de

Uretrografía de control al mes de instituido el tratamiento biológico. La uretra es amplia.

vertículo vesical. Abril de 1937. Anestesia raquídea continua. Diverticulectomía. Cirujano Dr. M. F. Vicchi.

Post-operatorio: se produce intensa uretritis supurada por sonda uretral a permanencia.

6-9-57. Retención completa de orina. Uretrografía: estrechez filiforme de la uretra. Se interpreta como estrechez debida a la uretritis ocasionada por la sonda permanente.

Se instituye tratamiento biológico y dilataciones. Ultimo examen: 6-12-57. Uretra amplía pasa beniqué N° 41.

Comentario: estrechez uretral por sonda permanente. Se trató con dilataciones y tratamiento biológico. No hubo inconvenientes.

Caso N° 29. — Hosp. Oxford, Estado Bolívar, Venezuela. R. F. 44 años. 14-9-57. Estrechez uretral como secuela de antigua blenorragia, en los últimos 14 años le han efectuado numerosas series de dilataciones. Siempre se reprodujo la estrechez.

En el pre-operatorio inicia tratamiento biológico.

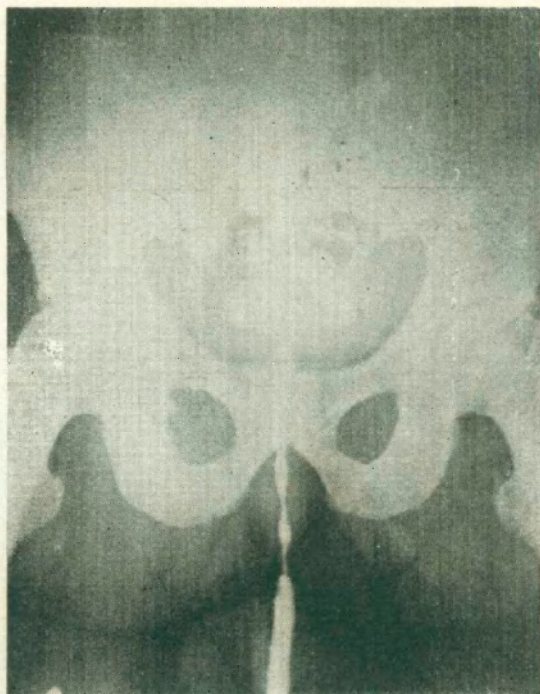
21-9-57. Anestesia raquídea continua. Se practica operación radical con la técnica ya descrita. Cirujano Dr. M. Vargas Sylva.

Post-operatorio sin incidencias.

Ultimo examen: 22-12-57 uretrografía normal. Pasa bien beniqué N° 43. El meato uretral es pequeño.

Comentario: paciente con estrechez muy retráctil, de etiología gonocócica. Se le practica operación y tratamiento biológico, se obtuvo muy buen resultado. Evolución 3 meses.

Caso N° 30. — Hosp. Oxford, Estado Bolívar, Venezuela. C. M. 60 años. Septiembre 1957. Hace 30 años grave traumatismo en la región escrotal. Años después nota dificultad para



Estrechez uretral de la porción bulbar.

orinar, fenómenos que se acentúan progresivamente. Ingresa con micción gota a gota. Uretrografía: estrechez uretral marcada. Se hace tratamiento biológico y dilataciones. Rápidamente se obtiene muy amplio calibre.

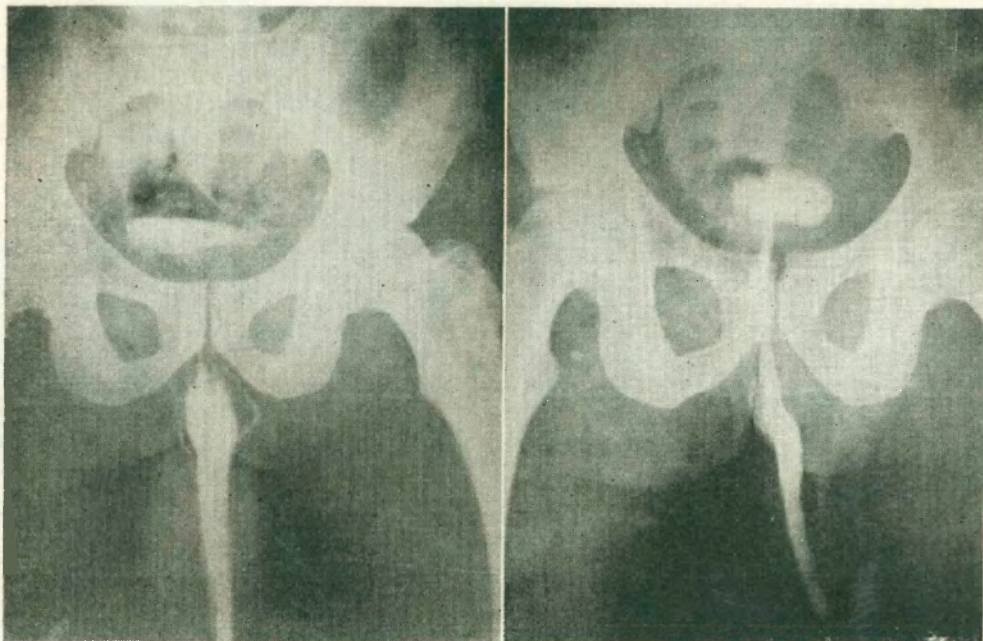
Ultimo examen: 22-10-57. Enfermo muy bien, pasa con facilidad beniqué N° 55.

Comentario: paciente en quien la combinación del tratamiento biológico y las dilataciones fué seguido de éxito. Evolución 2 meses.

Caso N° 31. — Hospital Oxford, Estado Bolívar, Venezuela. J. M. 50 años. Septiembre de 1957. Antecedentes: Blenorragia en la adolescencia. Hace 28 años caída a horcajadas con seria contusión perineal. Tres años después retención completa de orina. Desde hace años tiene esfuerzo miccional.

Ingresa con muy mal estado general y flemón urinoso. Uretrografía: se ven una serie de anillos de estrechez uretral.

Septiembre de 1957. Anestesia raquídea continua. Cistostomía y extirpación de todo el tejido necrótico. Cirujano Dr. M. F. Vicchi.



Estrechez infranqueable de la uretra y flemón urinoso.

Dos meses de tratamiento biológico. Apreciamos la uretra con buen calibre.

Posteriormente se le instituye tratamiento biológico y dilataciones uretrales las cuales progresan rápidamente.

Ultimo examen: 5-12-57. Uretra amplia pasa fácilmente beniqué N° 50.

Comentario: paciente con estrechez traumática. Responde muy bien a las dilataciones combinada con el tratamiento biológico. Evolución de dos meses.

Caso N° 32. — Hospital Oxford, Estado Bolívar, Venezuela. J. G. 50 años. 14-9-57. Hace 30 años blenorragia. Desde hace años dificultad para orinar. Ingresa con absceso perineal y gran periuretritis.

Se administra antibióticos y prednisolona y alfatocoferol. 3-10-57. Anestesia raquídea continua. Se practica operación con la técnica descripta. Cirujano Dr. M. Vargas Sylva.

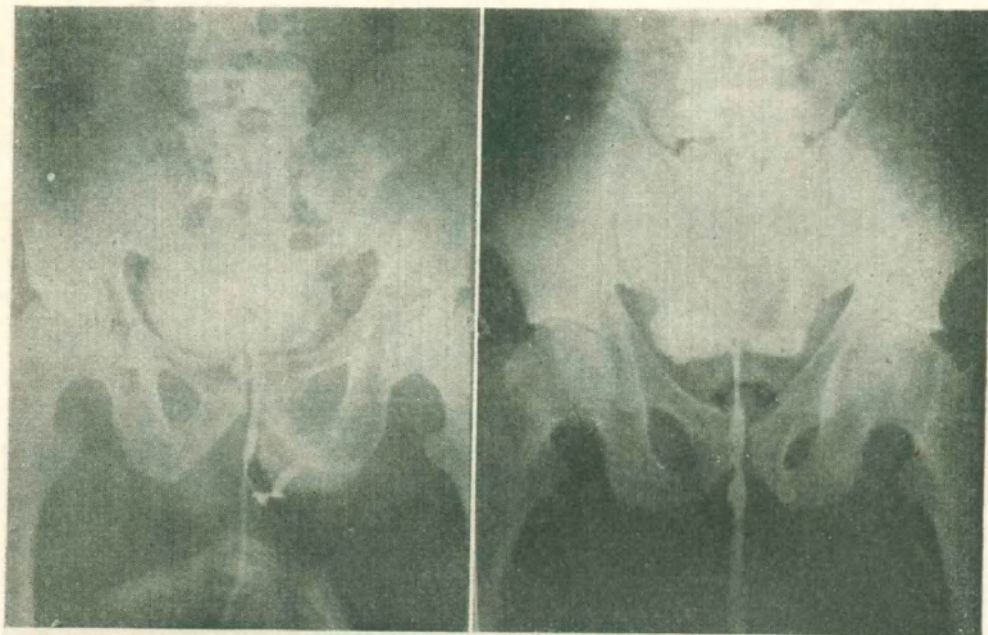
Post-operatorio sin incidencias.

Ultimo examen: diciembre de 1957. Uretra amplia. Pasa beniqué N° 55.

Comentario: paciente con estrechez uretral y grave proceso periuretral. Respondió muy bien a la operación y tratamiento biológico. Dos meses de evolución.

Caso N° 33. — Hospital Oxford, Estado Bolívar, Venezuela. J. M. A. 56 años. 19-9-57. Hace un año retención completa de orina. En otro Servicio la practican cistostomía, en el postoperatorio inmediato se le presenta un cuadro peritoneal que obliga a hacer resección intestinal. Posteriormente se practica nueva cistostomía y una operación uretral por vía perineal.

Ingresa a nuestro Servicio con cistostomía definitiva. Con destrucción del glándula y de la mayor parte de la uretra anterior. Paciente en estado caquético. Se hace tratamiento general.



Caso N° 33. — A los dos meses de operado. Fístula uretro-perineal postquirúrgica. La uretra se mantiene en eje con discreta retracción.

Caso N° 34. — Discreta estrechez uretral.

y tratamiento biológico. 5-10-57. Anestesia raquídea continua. Se sigue la técnica descrita y se hace una reconstrucción de toda la uretra anterior.

Diciembre de 1957. Uretrografía: la estrechez de la uretra bulbar se mantiene amplia, pero la nueva uretra anterior tiende a retraerse cuando se deja tan sólo 24 horas sin tutor.

Comentario: paciente con destrucción total de la uretra péndula y estrechez filiforme en la uretra bulbar. La nueva uretra péndula tiende a retraerse a pesar del tratamiento biológico.

Caso N° 34. — Hospital Oxford, Estado Bolívar, Venezuela. T. C. U. 49 años. 12-11-57. Desde hace meses obstáculo miccional. Ingresa con retención completa de orina. Uretrografía: estrechez uretral que permite el paso de bujías. Tacto rectal: próstata discretamente aumentada de tamaño. Se le administra prednisolona y alfatocoferol. Las dilataciones pro-

gresan rápidamente. 16-11-57. Anestesia raquídea continua. Resección transuretral por adenoma pequeño de la próstata. Cirujano Dr. M. F. Vicchi.

Ultimo examen: Diciembre de 1957. Uretra amplia. Pasa beniqué N° 55.

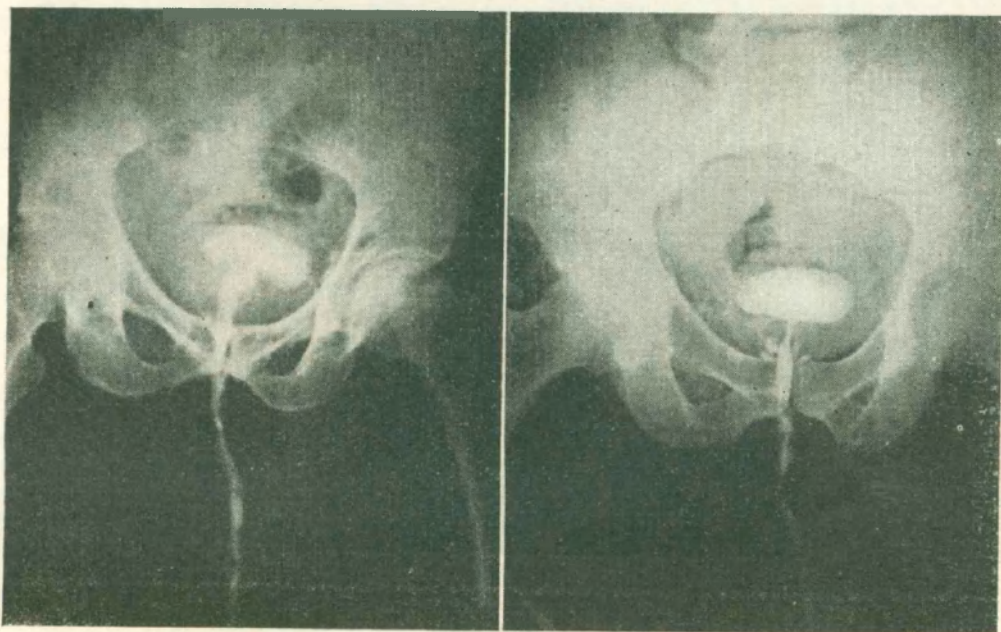
Comentario: paciente que responde rápidamente al tratamiento biológico. Evolución de 1 mes.

Caso N° 35. — Hospital Oxford. Estado Bolívar, Venezuela. R. M. 42 años. 30-10-57. Enfermo con estrechez uretral como secuela de antigua blenorragia. Las dilataciones han sido siempre muy dificultosas y nunca pudieron colocar un beniqué mayor del 35.

Ingresa con obstáculo miccional muy marcado. Muy mal estado general, cirrosis hepática. Inicia tratamiento biológico y dilataciones. Se consigue llegar con facilidad hasta el beniqué N° 41 y el paciente interrumpe el tratamiento.

Ultimo examen: 31-1-58. Micciones fáciles. Pasa un beniqué N° 38 con facilidad. Se indica continuar con el tratamiento.

Comentarios estrechez uretral por blenorragia. Las dilataciones después de instituido el tratamiento biológico fueron mucho más fáciles y se llegó a pasar un instrumento de mayor calibre.



Caso N° 36. — Extensa estrechez uretral.

Caso N° 37
Estrechez filiforme y destrucción de la uretra.

Caso N° 36. — Hosp. Oxford. Estado Bolívar, Venezuela. T. R. 63 años. 4-11-57. Estrechez uretral como secuela de una blenorragia. Ha sido dilatado con anterioridad. Ingresa con una infección aguda bálano-prepucial y uretral. Diabetes.

Uretrografía: Estrechez extensa de la uretra. Se administra tratamiento biológico y dilataciones.

Se llega en pocos días a obtener un calibre N° 50 de beniqué. 8-12-57. Uretrografía normal.

Ultimo examen: en enero de 1958. Enfermo sin inconvenientes.

Comentario: paciente con estrechez post-blenorrágica el cual respondió bien al tratamiento combinado: dilataciones y biológico. Evolución de dos meses.

Caso N° 37. — Hospital Oxford, Estado Bolívar, Venezuela. R. Y. 53 años. 16-11-57. Estrechez blenorragica. Ha hecho dilataciones en muchas oportunidades y le han practicado uretrotomía interna.

Ingresa a nuestro servicio con pronunciado obstáculo para efectuar la micción. Uretrografía: estrechez filiforme. Se lo somete a tratamiento biológico. No concurre a los controles.

Caso N° 38. — Hospital Oxford, Estado Bolívar, Venezuela. E. F. 66 años. 15-10-57. Hace 7 meses operado por tumor de próstata, no tenía estrechez. Después de ser operado quedó con incontinencia de orina y posteriormente con grave obstáculo miccional.

Ingresa con retención completa de orina. Micciones por rebosamiento.

Tacto rectal: se palpa próstata dura y aumentada de tamaño.



Estrechez uretral con gran obstáculo miccional.

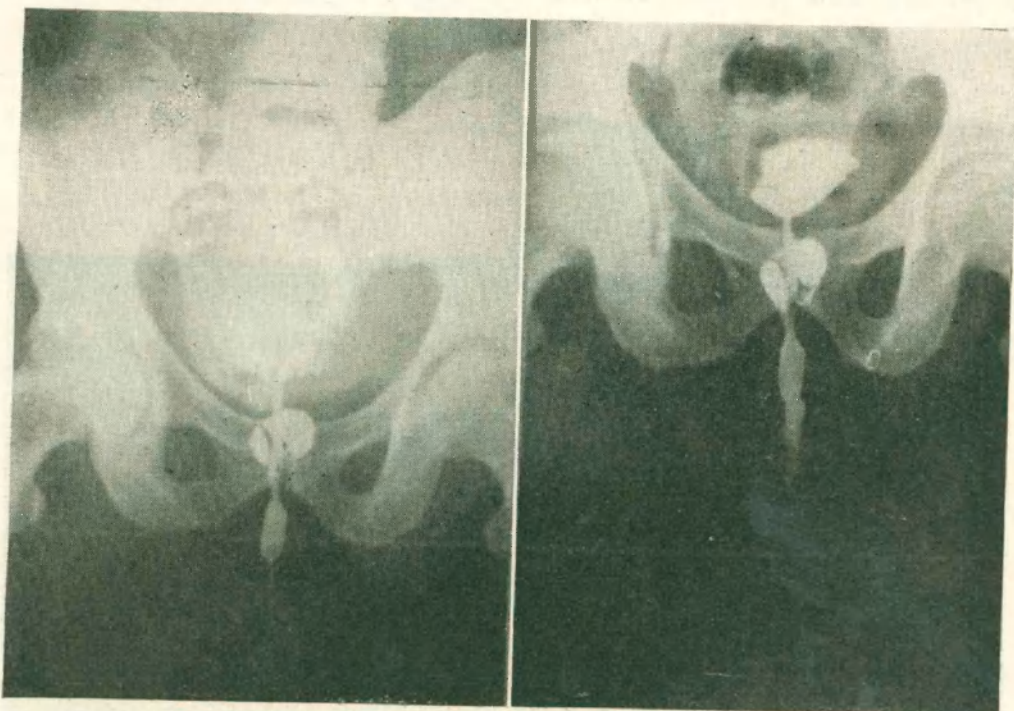
Uretrografía: estrechez filiforme probablemente por traumatismo provocado por la presencia de sonda uretral durante la primera intervención.

Se prescribe el tratamiento biológico y dilataciones uretrales. Se consigue un buen calibre. Indicamos biopsia endoscópica. 1-11-57. Anestesia raquídea continua. Resección transuretral. Cirujano Dr. M. F. Vicchi. El examen anátomo-patológico dió como resultado adenocarcinoma. Se indica orquidectomía y estrógenoterapia.

Caso N° 39. — Hospital Oxford, Estado Bolívar, Venezuela. E. G. 54 años. 25-11-57. Blenorragico antiguo. En cuatro oportunidades uretromía interna. Continuamente debe estar sometido a dilataciones uretrales. Han hecho últimamente cistostomía y dilataciones. Insuficiencia renal. Uretrografía: extensa estrechez uretral, cálculos grandes intraprostáticos. Cavernosis. In-

gresa con retención completa de orina. Tratamiento biológico. 27-11-57. Operación con la técnica citada. Cirujano Dr. M. F. Vicchi. 26-12-57. Uretrografía: uretra amplia, se aprecian dos grandes cavernas. Último examen en enero del 58. Uretra amplia, beniqué N° 44.

Comentario: paciente con estrechez muy retráctil. Respondió bien al tratamiento quirúrgico y biológico. Evolución de dos meses.



Estrechez uretral filiforme. Dilatación de la uretra por detrás de la estrechez. Cavernosis prostática y litiasis intraprostática. La estrechez tiene un segmento de cinco centímetros.

Cuarenta y cinco días después de operado. Uretra en cicatrización amplia.

Caso 40. — Hospital Oxford, Estado Bolívar, Venezuela. P. P. 59 años. 4-12-57. Antiguo blenorragico. Hace años le hicieron uretrotomía interna. Las dilataciones fueron muy dificultosas, en general, únicamente pasaban bujías delgadas. Se le somete a tratamiento biológico y el paciente manifiesta que luego de instituido el tratamiento, sus micciones son más fáciles. Es un paciente rebelde. Tacto rectal: próstata con caracteres de adenoma.

Ingresa con grave insuficiencia renal. Uretrografía: estrechez filiforme de la uretra bulbar. Las dilataciones se hacen con facilidad progresando rápidamente. En pocos días se instala una sonda de Foley N° 18.

Último control en enero de 1958. Enfermo bien, pasa beniqué N° 40.

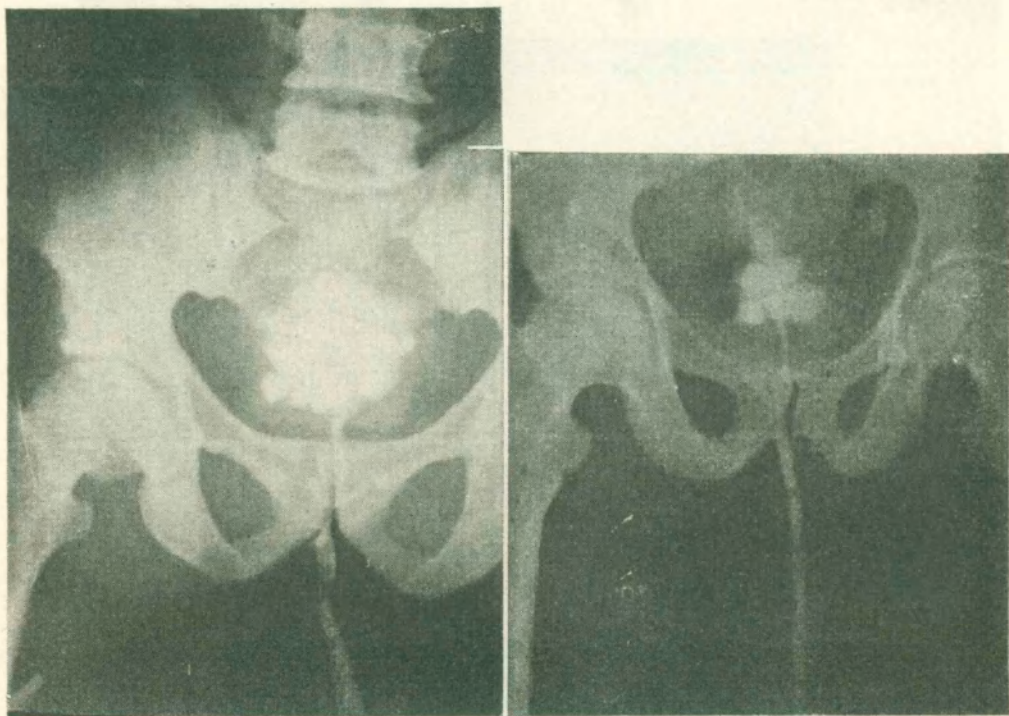
Comentario: paciente con estrechez muy difícil de dilatar. Después del tratamiento biológico las dilataciones progresan rápidamente. Evolución de dos meses.

Caso N° 41. — Hospital Oxford, Estado Bolívar, Venezuela. V. M. 40 años. 15-12-57. Antiguo blenorragico. Estrechez filiforme. Retención completa de orina. Se le administra prednisolona y alfatocoferol. Las dilataciones progresan rápidamente. En pocos días se pasa un beniqué N° 41.

Caso N° 42. — Hospital Oxford, Estado Bolívar, Venezuela. L. S. 51 años. 23-12-57. Estrechez post-blenorrágica.

Ingresa con retención completa de orina y un cuadro de insuficiencia renal.

Uretrografía: la estrechez no es muy marcada pero es irregular y parece existir un "decalage" ya que resulta sumamente dificultoso el introducir instrumentos en la uretra, aún los



Caso N° 42. — Estrechez poco marcada. No obstante existe la posibilidad de "decalage" de la uretra apreciable a la maniobra instrumental.

Caso N° 43. — Estrechez uretral filiforme.

más delgados. Se deja bujía filiforme y se instituye el tratamiento biológico. Las dilataciones progresan poco al comienzo pero después de algunos días se hacen más fáciles.

Ultimo examen: 13-1-58, uretra amplia, pasa beniqué N° 46.

Caso N° 43. — Hospital Oxford, Estado Bolívar, Venezuela. S. S. 62 años. 30-12-57. Estrechez post-blenorrágica. Ha hecho varias series de dilataciones por retracción marcada de la uretra.

Hace tres años cistostomía y dilataciones. Fué dilatado únicamente con bujías.

Uretrografía: estrechez filiforme y cavernosis prostática.

Se instituye el tratamiento biológico y dilataciones uretrales.

B I B L I O G R A F I A

- 1) *Byrne, J. E.* — Cortisone (adrenocortical preparation) in treatment of human nake urethra. *Missouri. med.* 50:23, 27. Jan 53.
 - 2) *Baker y otros.* — Inhibitory effect of cortisona (adrenal cortex) on structures of urologic tract. *Surg. Gyn and obst.* 95:446, 454. 52
 - 3) *Laviton, L. L.* — Effect of cortisone upon chondroitin sulfate synthesis by animals tissues.
 - 4) *Scardino, P. L.* — Tocopherol therapy preliminar report. *Ann. New York. Acad. Sc.* 52:425, 427, 49.
- Sabadini, L.* — Chirurgie de l'Uretre.

Reglamentación Editorial

(Con las modificaciones aprobadas en la Asamblea Extraordinaria del 26 de Junio de 1952).

- a) El trabajo presentado debe ser original.
- b) Los originales deben ser escritos a máquina, con doble interlínea, sobre un solo lado de las hojas, numerando las páginas, evitando errores de ortografía, sobre todo en idiomas extranjeros.
- c) Título breve (con aclaración en párrafo aparte).
- d) Las citas bibliográficas deben mencionar: 1º. Apellido del autor. 2º. Iniciales de sus nombres. 3º. Título del trabajo. 4º. Título de la revista (abreviado). Año. Volumen. Página.
- e) Los trabajos de casuística deben constar exclusivamente con una historia clínica sucinta con las radiografías o dibujos del caso presentado.
- f) Los socios designados Relatores en jornadas, como así también los que fueren invitados a pronunciar conferencias en nuestra Sociedad, gozarán con respecto a la publicación de la impresión de 10 páginas y 8 sitios para elisés o dibujos. Lo que exceda queda a cargo del autor.
- g) Todo miembro titular o adherente que presente trabajos en nuestra Sociedad queda sujeto al compromiso del pago que demande el texto, elisés y dibujos.
- h) Los apartados de la Revista estarán a cargo de los autores y deberán ser solicitados al hacer entrega de los originales del trabajo (modificación art. 14. - Regl. Revista - Asamblea 22 Julio 1948).
- i) La Comisión de la Revista tiene amplias facultades para publicar o no un trabajo científico. Tendrá en cuenta para resolver en esta materia el valor científico de dicho trabajo.

Estas resoluciones se tomarán después de oír la opinión de todos sus miembros.

Sociedad Argentina de Urología

COMISION DIRECTIVA 1958

<i>Presidente</i>	Dr. José S. Dotta
<i>Vice Presidente</i>	» Alfredo A. Grimaldi
<i>Secretario</i>	» Raúl Borzone
<i>Tesorero</i>	» Juan A. Goldaracena

PRESIDENTES DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA DESDE SU FUNDACION

Dr. Enrique Castaño	Dr. Enrique Castaño
» Gilberto Elizalde	» Guillermo Iacapraro
» Luis Figueroa Alcorta	» Rodolfo de Surra Canard
» Nicolás M. Gaudino	» Miguel A. Llanos
» Carlos Matta	» Alberto E. García
» Antonio Montenegro	» Roberto A. Rubí
» Angel F. Ortiz	» Armando E. Trabucco
» Luis E. Pagliere	» Ricardo Ercole
» Arturo Serantes	» Armando E. Trabucco
» Ricardo Spurr	» Rodolfo I. Mathis
» Gerardo Vilar	» Juan Irazu
» Juan Salleras	» Rodolfo González
» Alejandro Astraldi	» Ricardo Bernardi
» Ubaldo Isnardi	» Alfonso Pujol
» Adolfo Martín López	» Leónidas Rebaudi
» Bernardino Maraíni	» Tomás Schiappapietra
» Francisco E. Grimaldi	» Constante Comotto
» Alfonso von der Becke	

MIEMBROS HONORARIOS

Lr. Cacciatore Claudio, Belgrano 1680
Dr. Montenegro Antonio, Santa Fe 1206

MIEMBROS TITULARES

Dr. Alsina Gustavo F., F. de Vittoria 2340
Dr. Alvarez Colodrero W. J., Tucumán 843
Dr. Bernardi Ricardo, Martín García 987
Dr. Berri Diego H., Córdoba 1807
Dr. Bertolasi Alberto, Billinghamurst 684
Dr. Borzone Raúl José, Cochabamba 2737.
Dr. Brea Luis María, Tucumán 1441
Dr. Buzzí Oscar, Juncal 1068
Dr. Carreño Oscar, Ayacucho 1778
Dr. Cartelli Natalio, Tucumán 863
Dr. Casal José, Charcas 788
Dr. Castaño Enrique, Montevideo 592
Dr. Claret Alberto J., Juncal 2174
Dr. Comotto Constante, Arroyo 894
Dr. Dande Julio N., Agüero 2443
Dr. Delporte Tomás, Paraguay 644, Rosario
Dr. Derdoy Juan B., Río IV, Córdoba.
Dr. Di Lella Pedro, Cabildo 1295
Dr. Dotta José S., Paraguay 644, Rosario
Dr. Ercole Ricardo, Paraguay 462, Rosario
Dr. Figueroa Alcorta Luis, Santa Fe 1380
Dr. Firstater Mauricio, Santa Rosa 267, Córdoba
Dr. Fonio Oscar, Entre Ríos 31, Tucumán
Dr. Gálvez Isidoro, 11 de Septiembre 711, S. Fernando, F.C.G.B.M.
Dr. García Alberto E., Paraguay 1352
Dr. Gaudino Nicolás, Callao 67
Dr. Gazzolo Juan José, Santa Fe 3318
Dr. Goldaracena Juan A., Charcas 2346
Dr. González Rodolfo, Av. Colón 126, Córdoba
Dr. Goren Nahum, Córdoba 4580
Dr. Gorodner José, Junín 622
Dr. Granara Costa Antonio, Junín 1127
Dr. Grimaldi Alfredo, Arenales 1648
Dr. Iacaprarro Guillermo, Ayacucho 360
Dr. Irazu Juan, Carlos Calvo 618
Dr. Larroude Juan, Santa Fe 1339
Dr. López Adolfo Martín, Callao 611
Dr. Márquez Bustos Julio A., Boyacá 278
Dr. Márquez Fernando José, Díaz Vélez 4253
Dr. Mathis Rodolfo I., Cangallo 2505
Dr. Matta Carlos, Larrea 1429
Dr. Molina Luis Raúl, Godoy Cruz 3209
Dr. Monserrat José L., Cangallo 3780
Dr. Moser Gerardo, Arenales 2483
Dr. Ortiz Arturo B., Callao 433
Dr. Otamendi Belisario, Sarmiento 2106
Dr. Pagliere Luis E., R. Peña 161
Dr. Pereda Juan J., Rioja 1776, Mar del Plata, F. G. R.
Dr. Pujol Alfonso, Entre Ríos 510
Dr. Rebaudi Leónidas, Billinghamurst 1547
Dr. Roccatagliata Rodolfo F., Montevideo 1322
Dr. Rocchi Alberto, Ciudad de La Paz 460
Dr. Rubí Roberto, Arenales 2468
Dr. Sánchez Sañudo L., Gallo 1671
Dr. Sandro Raúl E., R. Peña 95
Dr. Schiappapietra Tomás, Díaz Vélez 4208
Dr. Serantes Lasserre Aurelio, Solís 1361
Dr. Torres Posse Pedro L., Talcahuano 638
Dr. Trabucco Armando, Rivadavia 1917
Dr. Vilar Gerardo, Suipacha 632
Dr. Vilar Jorge, Paraguay 2655.