

Hospital Rawson  
Cát. de Urología. Prof. MARAINI

Por el Doctor

**ANTONIO MONTENEGRO**

## OPERACION DE DUPLAY

EL procedimiento de Duplay-Marión para reparar las grandes faltas de paredes uretrales, congénitas unas veces, traumáticas otras y más comúnmente consecutivas a lesiones inflamatorias entre las cuales prima como destructor el flegmón urinoso difuso, ese procedimiento, digo, es conocido por todos los urólogos argentinos aun que no todos hayan tenido la oportunidad de aplicarlo, por diversas razones.

Por otra parte, el Prof. Salleras ha comunicado un éxito operatorio con el procedimiento en cuestión. De ahí resulta que mi tema sería trivial si no fuera por aquello de que "vale la pena insistir sobre lo bueno" y es bueno, sin duda alguna, el procedimiento de Duplay-Marión.

Debo agregar que con mis distinguidos consocios nos hemos ocupado mucho de las afecciones del riñón, de la vejiga, de la próstata, etc., pero poco de las lesiones uretrales y, sobre todo, parece que nos hubiéramos olvidado de las lesiones del pene, de las que, sin embargo, hay que ocuparse por obligación profesional, por humanidad, y hasta por galantería o atención al otro sexo.

No menos de diez veces en el Hospital Rawson — Servicio del Profesor Maraini — y una vez en el Hospital Naval — Servicio del Dr. Figueroa Alcorta — he aplicado el procedimiento de Duplay Marion para tratar hipospadias ya operados, algunos, sin éxito, por otros procederes en distintas clínicas, o para reparar grandes pérdidas uretrales adquiridas, de etiología variada, registrando tan solo un fracaso.

Pero claro está que no me voy a ocupar de detalles de técnica que todos ustedes conocen, ni a comparar el procedimiento con otros más o menos usados, pues sólo quiero hacer resaltar el principio tan lógico en que está basado el procedimiento y hasta aconsejarlo

a quien quiera aprovechar la experiencia de un trabajador ya que, en medicina, no es cierto aquello, de que la experiencia es algo que se adquiere cuando ya no sirve para nada; aquí la experiencia sirve, y mucho.

El tal principio que tanto me entusiasma puede enunciarse así: "En materia de reparación de grandes pérdidas de la uretra perineal, escrotal y sobre todo de la uretra peneana, hay que adaptar o adosar superficies y no bordes".

Soy un convencido de que la mayor parte de los fracasos que atribuimos a las erecciones que hacen saltar los puntos de sutura o a otras causas invocadas en beneficio propio, no son sino el resultado del olvido del principio citado.

La eficacia del procedimiento de Duplay-Marión, a falta de otra demostración, se desprende de la historia que paso a leer, perteneciente al último enfermo que he operado.

*German V.*, argentino, de 23 años, soltero, ingresa a la cama N° 2 de la sala 1° del Servicio del profesor Maraini, el 4 de mayo de 1934, con una gran pérdida de la pared inferior de la uretra peneana, parte media, de forma circular, del tamaño de una moneda de cinco centavos, constituyendo un gran orificio fistuloso por el que pasaría gran parte de la orina si no llevara una cistostomía de derivación practicada hace tres años, en cuyo tiempo ha sido operado ocho (8) veces y fracasando siempre, en tres hospitales de Buenos Aires, por distinguidos urólogos. El orificio fistuloso no supura y se abre en una zona de tejidos cicatriciales duros e inextensibles o poco extensibles a causa de las intervenciones anteriores. La orina que sale por la sonda del hipogastrio es turbia, purulenta y amoniacal, todo lo cual crea a este hombre de 23 años una situación física nada envidiable y un estado moral desastroso al ver fracasar ocho intervenciones.

El 7 de junio de 1934, bajo anestesia general y en condiciones nada favorables por la inextensibilidad de los tejidos, operamos al enfermo por el procedimiento de Duplay Marion, obteniendo un éxito completo, ya que a los catorce días la fístula estaba totalmente cerrada.

Posteriormente resecamos la fístula del hipogastrio y dejamos cerrar la vejiga, que estuvo abierta tres años.

Hemos visto al enfermo hace poco días con orinas cristalinas canal permeable y encantado de la vida y del procedimiento de Duplay Marion.

Por el Doctor

LEONIDAS REBAUDI

## EL MICROSCOPIO EN LA BLENORRAGIA

**S**EGURAMENTE no es nada nueva la idea de la necesidad del pequeño laboratorio de urgencia en los consultorios de venereología, a nadie se le oculta lo imprescindible que resulta el microscopio para el diagnóstico bacteriológico de urgencia en una uretritis aguda, pero quizá muy pocos le han dado la importancia que merece en el transcurso de una blenorragia, y es por ello que traigo aquí mi pequeña experiencia, para dejar datos que produzcan la sensación de lo imprescindible que resulta el microscopio en el tratamiento de la gonorrea.

Toda uretritis aguda debe ser examinada de entrada con la mayor atención, se tratarán de conocer aquí con los mayores detalles posibles los datos anamnésicos, el estado general del sujeto, el detalle importante del día de aparición de la afección, los trastornos que élla produce, el estado del meato y de la uretra, la mayor o menor agudeza del mal, los caracteres del pus, su color, su consistencia. luego el examen microscópico revelará dos cosas importantes, una, la naturaleza bacteriológica del mal, y la otra el estado de la uretra, es decir, la manera de reaccionar ésta ante el ataque microbiano y aquí tenemos lo siguiente: que la aparición de glóbulos rojos aun en pequeña cantidad, contraíndica un tratamiento abortivo, aunque el transcurso de la afección lleve el tiempo establecido para la iniciación del tratamiento y en cambio la aparición de numerosas células descamativas, aun cuando no haya abundante pus, permite el tratamiento abortivo por el Argirol, aun después del límite clásico de Janet.

Iniciado el tratamiento abortivo, es necesario seguirlo paso a paso, todos los días, controlar personalmente la disminución del número de gonococos hasta su desaparición, diferenciando de esta manera la acción del microbio de la del medicamento, para interrumpir a tiempo un tratamiento inútil.

Instituidos los lavajes de uretra anterior, hay que seguir al enfermo paso a paso, examinando la orina de ambos vasos, reconocer a tiempo la aparición de la uretritis posterior antes del aumento de turbidez exagerada de la orina del segundo vaso. Microscópicamente se observa el aumento de glóbulos de pus, algunas veces y cuando la reacción es intensa, se observan algunos glóbulos rojos, que pueden llegar a encontrarse en abundancia y ser reconocibles a simple vista como en los casos de hematuria.

Terapéuticamente éste es el caso en que el enfermo debe ser prevenido con mayor insistencia contra las complicaciones. Si al microscopio se ve la aparición de algunos glóbulos rojos mayor que lo normal, el reposo en cama será indicado inmediatamente, las inyecciones de tripaflavina hacen la asepsia de la uretra posterior a los comienzos de su lesión, las tisanas, los baños de asiento caliente, el azul de metileno, disminuirán los síntomas de esta complicación y harán que esta uretritis posterior regrese rápidamente o se instale sin mayores molestias, es decir sin gran lesión anatómica.

Los grandes lavajes han sido instituidos, el enfermo deberá concurrir a menudo con su orina, sus dos vasos son examinados minuciosamente, de vez en cuando serán centrifugadas sus orinas y examinados citológicamente el culote de centrifugación, la aparición de la descamación celular deberá preocupar al médico tratante buscando en ella glóbulos rojos para disminuir inmediatamente la concentración del lavaje antes de que aparezcan los fenómenos dolorosos y la hematuria con irritación de uretra posterior y de vejiga.

Se vigilarán también la aparición de células queratinizadas por medio de la coloración sin fijación al picro carmín de Ranvier, con lo cual se encuentran las células enfermas menos coloreadas. La presencia de abundantes células queratinizadas traen a la mente el diagnóstico de leucoplasia y de estrechez, signo éste que puede hacer variar el tratamiento empleado hasta el presente.

La secreción prostática debe ser controlada a menudo bajo el punto de vista citológico en los casos de prostatitis, examinando ya sea el líquido que sale por el meato después del masaje o centrifugando la orina si éste no existe. Se observará el aumento de los granos de lecitina apoyando a éstos los síntomas palpatorios y los

otros obtenidos por el examen citológico y bacteriológico certificará la curación de la prostatitis.

El examen citológico de las vesículas seminales se practicará a menudo y especialmente en los casos que haya habido prostatitis o epididimitis, este examen deberá ser hecho de la siguiente manera: 1º Se llenará la vejiga de solución antiséptica: 2º Se practicará un masaje de próstata: 3º Se hará orinar al enfermo: 4º Se llenará nuevamente la vejiga y se practicará un masaje a la vesícula seminal en examen. Este líquido así obtenido se lo centrifugará y se observará al microscopio, verificando al lado de las células descamadas la presencia o ausencia de pus.

Quisiera llamar particularmente la atención sobre este examen que en mi opinión deberá ser hecho a menudo, haya o no signos de vesiculitis, sobre todo en los casos en que el enfermo haya padecido de una orquiepididimitis, porque hoy es algo ya demostrado que en todas las epididimitis hay una infección concomitante de la vesícula y que en la mayor parte de los casos, la afección vesicular precede a la testicular y así más de una vez he podido prever la aparición de una orquitis por la comprobación de pus en la vesícula seminal. De aquí fluye una cosa importante, y es la de que a todo enfermo que padezca de una prostatitis crónica o uretritis crónica y orquiepididimitis, deberá examinársele sus dos vesículas seminales para evitar que en unos casos la infección de su testículo indemne y en otro la frecuente recidiva de su afección testicular.

Será motivo de una comunicación próxima, las características del pus obtenido por masaje de la vesícula seminal en las diferentes afecciones de la misma, con el objeto de hacer un diagnóstico citológico diferencial.

Ahora bien, la sola observación de la vesícula seminal por el tacto rectal, es a todas luces incompleta, y tampoco es absoluto el examen endoscópico.

Es necesario pues valerse del microscopio para con el examen del centrifugado vesicular tener una idea exacta del estado anatómico de las mismas y someter a las vesículas seminales sin síntomas palpatorios aparentes a un tratamiento enérgico.