PARTE SEGUNDA

ÓRGANOS CONTENIDOS EN LA CAVIDAD PELVIANA

Comprendemos con este título los órganos génitourinarios del hombre y los de la mujer y el órgano de la defecación o recto.

Órganos génitourinarios del hombre

De los *órganos génitourinarios,* unos están comprendidos en la cavidad de la pelvis y otros se encuentran fuera de esta cavidad; en rigor lógico, deberíamos separar su estudio. Con todo, me ha parecido preferible describirlos unos tras otros. En su consecuencia, estudiaré sucesivamente en otros tantos capítulos distintos:

La vejiga; la próstata; el conducto de la uretra; la orina; la región escrotal, comprendiendo las cubiertas del testículo, el testículo y el epidídimo; el cordón espermático; las vesículas seminales; el pene; el desarrollo de los órganos génitourinarios y sus vicios de conformación; el esperma.

CAPITULO PRIMERO

Vejiga

La *vejiga* es el reservatorio de la orina. Este líquido, incesantemente segregado por los riñones, corre a través de los uréteres y se acumula paulatinamente en la vejiga, cuyo cuerpo se deja distender. El líquido hace presión sobre toda la superficie interna de este órgano y llega un momento en que esta misma presión, ejercida sobre un punto que corresponde al *cuello de la vejiga,* determina la necesidad de orinar. El cuello, cuya acción está bajo la influencia de la voluntad, se entreabre, y la orina es proyectada al exterior, gracias a la contracción de las paredes vesicales y de la abdominal. Así se efectúa en estado fisiológico el fenómeno de la excreción de la orina.

Existen, pues, en la vejiga dos partes en cierto modo antagonistas, el cuerpo y el cuello, que me parece útil estudiarlas sucesivamente.

Cuerpo de la vejiga

Hemos de considerar en el cuerpo de la vejiga: su superficie exterior, su superficie interior y su estructura.

SUPERFICIE EXTERIOR

La vejiga ocupa una gran parte de la excavación pelviana; a medida que se llena, sobresale del pubis, invade la región hipogástrica y, en los casos de retención de orina, llega hasta el ombligo. Aun puede llegar más allá, llenar casi toda la cavidad abdominal y ocasionar crasos errores de diagnóstico.

Aunque bastante sólidamente fija por sus conexiones con las vísceras inmediatas, la vejiga puede también dislocarse. Algunas veces se la encuentra junto con el intestino en las hernias inguinal y crural en el curso de la cura radical. Yo la encontré en un viejo atacado de hernia inguinal derecha estrangulada, en estado de masa negruzca, esfacelada.

La forma de la vejiga difiere según la edad: es fusiforme en el niño y ovoidea en el adulto; sobre todo varía según el estado de plenitud o vacuidad del órgano.

La vejiga vacía está deprimida, aplanada y oculta detrás del pubis: apenas se la percibe al abrir la excavación pelviana. La vejiga llena afecta la forma de un ovoide con la extremidad menor vuelta hacia arriba; la base es aplanada y se la debe considerar como una cara; por esto se consideran en la vejiga: una cara anterior, otra posterior, dos laterales, una inferior o base y un vértice.

Cara anterior. — Las relaciones de la cara anterior son diferentes, según que la vejiga esté vacía o llena.

En el primer caso se halla esta cara completamente oculta detrás del pubis. Está separada de éste por una capa de tejido célulograsiento laxo y laminoso, de donde resulta una especie de cavidad virtual situada entre la cara anterior de la vejiga y la posterior de la sínfisis designada por RETZIUS con el nombre de *cavidad preperitoneal,* pero que debería llamarse con mayor propiedad *espacio prevesical.* Esta cavidad se explica, por otra parte, por los incesantes movimientos del órgano, que se vacía y se llena constantemente. El doctor MARCILLE ha comprobado la presencia en ella (no constante) de un ganglio linfático, que sería siempre, según BAZY, el punto de partida de los flemones prevesicales, opinión de conformidad con lo que observamos en otros puntos de la economía. La orina puede penetrar en esta cavidad en los casos de herida accidental de la vejiga, a consecuencia de la punción o de la talla hipogástrica; desde dicho punto, el líquido se infiltra en el tejido celular subperitoneal de la pelvis y de la cavidad abdominal. Pueden desarrollarse también en este punto abscesos urinosos de origen uretral, análogos a los que se encuentran a menudo en el periné y, al igual que éstos, consecutivos a estrecheces de la uretra. Estos diversos tumores del espacio de RETZIUS, deben desde luego distinguirse de los que ocupan la fosa *retromuscular,* es decir, por delante de la fascia transversalis, dentro de la vaina del músculo recto, cosa que casi únicamente puede establecerse comprobando la integridad de las vías urinarias.

La existencia del espacio prevesical da cuenta de un accidente operatorio que se remonta a la época de las tallas perineales, pero que no deja de ser interesante desde el punto de vista de la anatomía topográfica.

Ha sucedido muchas veces que, después de haber introducido, o mejor, querido introducir el catéter acanalado en la vejiga y procedido a practicar la talla perineal, se ha visto que no salía orina ni se encontraba el cálculo, y entonces se ha podido reconocer que la vejiga estaba todavía intacta. El error depende casi siempre de que el catéter penetra en el espacio prevesical, y es

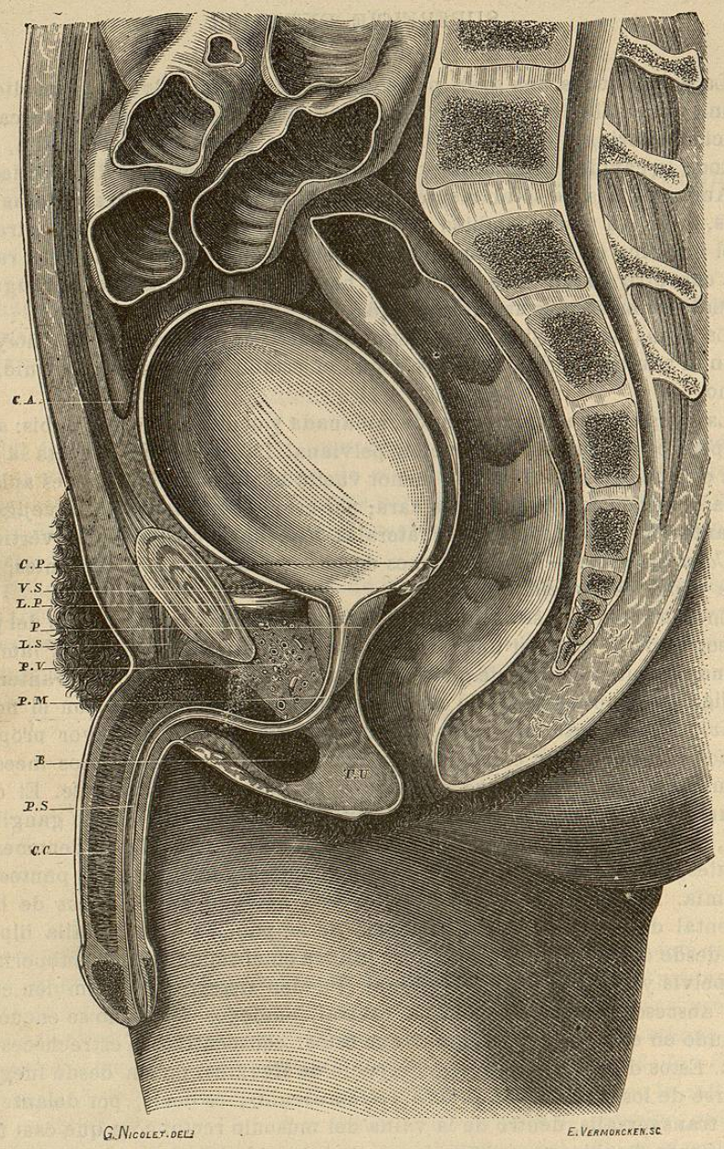

Fig. 249. — *Corte vertical medio anteroposterior de los órganos génitourinarios del hombre*
Adulto; 1/2 del tamaño natural

B, bulbo de la uretra.
CA, fondo de saco anterior del peritoneo o pubiovesical.
CC, cuerpo cavernoso.
CP, fondo de saco posterior del peritoneo o vésicorrectal.
LP, ligamentos pubioprostáticos.
LS, ligamento suspensorio del pene.
P, próstata.
PM, porción membranosa de la uretra.
PS, porción esponjosa de la uretra.
PV, plexo venoso prostático.
TU, triángulo rectouretral.
VS, vesículas seminales.

tanto más fácil cometerlo, cuanto que, en definitiva, se ejecutaron los diversos tiempos del cateterismo. Si después de haber salvado la sínfisis, se baja demasiado pronto y con alguna fuerza el pabellón del catéter, basta que la pared uretral sea un poco menos resistente que de ordinario, para que el catéter atraviese la uretra y pase por delante de la vejiga. Estando entonces libre y movible el instrumento, el cirujano puede creer que penetró en la cavidad del órgano, siendo así que habrá penetrado en el espacio de Retzius.

La posición en que se coloca al enfermo que va a sufrir la talla hace el cateterismo más difícil y me parece que facilita la producción de este grave accidente; por esto recomendaba, cuando la talla perineal era casi la única que se practicaba, introducir ante todo el catéter y en seguida doblar los muslos sobre la pelvis.

La vejiga, a medida que se distiende, sale de la excavación, llega a ponerse en contacto con la pared abdominal, y entonces su cara anterior se hace accesible a la acción quirúrgica.

¿Qué disposición afecta el peritoneo en la cara anterior de la vejiga?

Recordemos que el uraco se fija en el vértice del reservatorio urinario, y que, en estado de vacuidad del órgano, el peritoneo, doblándose sobre este cordón, pasa directamente a la cara posterior de la vejiga, de tal modo, que deja la anterior completamente libre. Se decía generalmente que la vejiga, al ascender al abdomen, rechazaba hacia arriba el peritoneo y venía a ponerse, *en toda su altura,* directamente en contacto, por su cara anterior, con la pared abdominal sin interposición de la serosa.

El doctor Sappey demostró claramente la inexactitud de esta descripción. Puso de manifiesto que una parte de la cara anterior de la vejiga distendida estaba cubierta por el peritoneo; indicó igualmente que la vejiga se distiende sobre todo a expensas de su cara posterior y que ejecuta entonces un movimiento de báscula que da por resultado inclinar el vértice hacia adelante.

Estos hechos son perfectamente exactos. Como lo demuestra la figura 249, a medida que la vejiga asciende, se forma un fondo de saco peritoneal entre su pared anterior y la del abdomen; pero no puedo admitir el mecanismo invocado por nuestro hábil anatómico, y mucho menos aún las consecuencias que deduce por lo que a la operatoria concierne.

Dice el doctor Sappey: «El peritoneo desciende sobre la cara anterior de la víscera rechazando el uraco contra ésta, y desciende tanto más cuanto mayor es la dilatación»; y más adelante dice: «Tal es el mecanismo en virtud del cual el peritoneo desciende entre la pared abdominal y la vejiga.»

No es así; el peritoneo no desciende, sino que, al contrario, asciende. La vejiga, al elevarse, arrastra consigo la porción de peritoneo situada inmediatamente por encima del pubis. A medida que la vejiga se distiende, su vértice se ensancha, de modo que forma más bien una cara superior, y la parte de vejiga colocada por delante del uraco se cubre con esta porción del peritoneo desprendido de la pared abdominal: cuanto más asciende la vejiga, más peritoneo se desprende de la pared del abdomen y más cantidad de vejiga queda cubierta. Cuando el doctor Sappey dice: «El fondo de saco desciende tanto más (más exacto sería decir: es tanto más profundo) cuanto mayor es la dilatación», el hecho es cierto; pero también lo es igualmente que la altura de la vejiga desprovista de peritoneo está en relación con la profundidad del fondo de saco, puesto que la porción que forma este fondo es precisamente la que se ha desprendido de la pared abdominal. Al leer a Sappey, parece que cuanto más disten-

dida está la vejiga, menos espacio queda para penetrar en la cavidad, puesto que el peritoneo desciende más; pues bien, esto no es exacto; lo repito, la porción de peritoneo que cubre la pared anterior de la vejiga distendida no es otra que la que tapizaba la pared abdominal antes de la distensión, y he aquí la prueba: mídase la distancia que separa el pubis del fondo de saco peritoneal y la que separa este fondo de saco del vértice la vejiga, o sea de la inserción del uraco; la distancia es la misma y no puede ser de otro modo; la figura 848 de la obra del mismo SAPPEY podría demostrar lo que estoy diciendo. Vemos, pues, que el espacio privado de peritoneo es tanto mayor cuanto más profundo es el fondo de saco, es decir, cuanto más distendida se encuentra la cavidad vesical; el peritoneo no desempeña un papel activo en la distensión de la vejiga, no desciende; su papel es puramente pasivo; la vejiga lo rechaza hacia arriba y en parte se cubre con él.

Insisto sobre este punto por las consecuencias que trae consigo. Según el doctor SAPPEY, es un error que «los cirujanos proclamen unánimente que es fácil extraer un cálculo por esta región sin herir el peritoneo y que esta merece la preferencia sobre la región inferior, cuando se hace necesaria la punción». Fundándose en la anatomía, el doctor SAPPEY rechaza, pues, en absoluto la talla de Franco y la punción hipogástrica, conclusión que no puedo admitir. Hay un hecho que es indiscutible: cuando la vejiga está distendida, una porción de su cara anterior está en relación inmediata con la pared abdominal sin interposición del peritoneo. Así es que, en el sujeto que sirvió para dibujar la figura 249, la distancia entre el pubis y el fondo de saco peritoneal era de 3 centímetros y medio. Podemos, pues, sin peligro de herir el peritoneo, penetrar en la vejiga por encima del pubis, a condición de no prolongar el corte demasiado hacia arriba.

Abrimos la vejiga por encima del pubis para extraer de ella cuerpos extraños o un tumor, dar salida a la orina, practicar el cateterismo retrógrado o para establecer una uretra hipogástrica.

La talla hipogástrica, ideada por FRANCO, ha sido desechada y puesta en boga alternativamente, pero hoy disfruta de gran aceptación. La pelota rectal de Petersen, haciendo a la vejiga más accesible, y el drenaje de la vejiga como lo practica PERIER, con un doble tubo de caucho al objeto de evitar la infiltración de orina, han disminuído extraordinariamente la antigua gravedad de esta operación. Si, por otra parte, se considera que el manual operatorio es sencillísimo y que es muy poco temible la hemorragia, se comprenderá el éxito de este método, que ha destronado a la talla perineal, y hasta parece, a mi entender sin razón, querer substituir a la litotricia en todos los casos.

Véase, sucintamente expuesto, el procedimiento operatorio: a través de una sonda de goma se inyecta dentro de la vejiga una solución caliente de ácido bórico. Se introduce en seguida la pelota de Petersen en el recto y se llena de líquido hasta que la vejiga queda herméticamente aplicada contra la pared abdominal formando una especie de tumor.

Así las cosas, a lo largo de la línea media e inmediatamente por encima del pubis, se practica una incisión de unos 5 centímetros, que pasa por entre los dos pequeños músculos piramidales. Al llegar al tejido celular prevesical, se distingue el grupo de las venas vesicales anteriores, que constituyen un muy preciso punto de referencia. Se incinde entonces la pared vesical con el bisturí, cuidando de levantar con el dedo el ángulo superior de la herida para evitar todo temor de herir el peritoneo. Conviene recordar que si el individuo está

afecto de hernia inguinal, el intestino desciende mucho más que en el caso contrario hasta tocar el pubis, aunque la vejiga esté distendida; de aquí que en estas condiciones sea mucho más de temer la herida del peritoneo.

Cuando debe abrirse ampliamente la vejiga *para ver claro,* para suturar, por ejemplo, una fístula vésicovaginal inoperable por la vagina, es preferible practicar una incisión transversal suprapubiana y abrir la vejiga en el mismo sentido.

En cuanto a la punción, no se debe practicar sino cuando el cateterismo es absolutamente imposible. Por lo demás, el doctor DIEULAFOY ha simplificado mucho esta operación; con el aspirador de nuestro distinguido colega podemos puncionar la vejiga casi impunemente; pero, como en definitiva, esto no pasa de ser un medio paliativo, no debemos recurrir a él sino en último extremo, y de ningún modo puncionar a la menor dificultad que ofrezca el cateterismo, como pretenden algunos.

La pared anterior de la vejiga es la más expuesta a los traumatismos. Las simples punturas de este órgano son poco graves; se cierran inmediatamente y no dejan pasar la orina. No sucede lo mismo con las heridas extensas, que ocasionan frecuentemente la muerte. No obstante, los antiguos habían exagerado la gravedad de las lesiones de la vejiga: «*Cui persecta vesica, lethale*», dijo Hipócrates. Este aforismo no es exacto.

Por lo demás, la gravedad varía según la extensión de la herida, según que estén interesadas una o más paredes, o que el peritoneo o el recto hayan sido al propio tiempo heridos.

He dicho anteriormente, al estudiar la pelvis en general, que la cara anterior de la vejiga podía ser herida por esquirlas provenientes del pubis fracturado.

En cuanto se sospeche una lesión de la vejiga, herida o desgarro, conviene proceder inmediatamente a practicar la laparotomía para practicar la sutura.

Cara posterior. — La cara posterior, convexa, se amolda exactamente sobre la anterior cóncava del recto y mantiene esta víscera aplicada contra el sacro. La vejiga, distendida más que de ordinario, llega a aplastar al intestino grueso y puede constituir un obstáculo al curso de las materias fecales. Esta cara está perfectamente cubierta por el peritoneo.

De la cara posterior de la vejiga se desprende un repliegue peritoneal sobre el cual hasta el presente han fijado muy poco su atención los anatómicos. Este repliegue puede borrarse más o menos al dilatarse la vejiga; pero a veces aun así persiste y entonces constituye una brida permanente y resistente. Se extiende horizontalmente entre la vejiga y el recto y sus dos extremidades se continúan con las paredes laterales de la excavación; una de sus caras es superior y la otra inferior. De los dos bordes, el anterior se confunde con la vejiga; el posterior está libre, es cóncavo mirando hacia el recto, falciforme y cortante. Así como el ligamento ancho, que es vertical, divide la pelvis de la mujer en dos compartimientos, uno anterior y otro posterior, el repliegue falciforme, que es horizontal, divide también la pelvis del hombre en dos compartimientos, uno superior o vesical y otro inferior o rectal. Insisto en hablar de este repliegue, ya mencionado por CRUVEILHIER, porque puede convertirse en agente de estrangulación interna, por haberse introducido el intestino debajo de él acodándose sobre su borde cortante como sobre una agudísima arista. He observado un caso de esta índole en un joven a quien practiqué la laparotomía, en 1880, en el hospital Beaujon.

Caras laterales. — Por lo general, únicamente se representan las relaciones del peritoneo con la vejiga en cortes anteroposteriores, y esto es, en efecto,

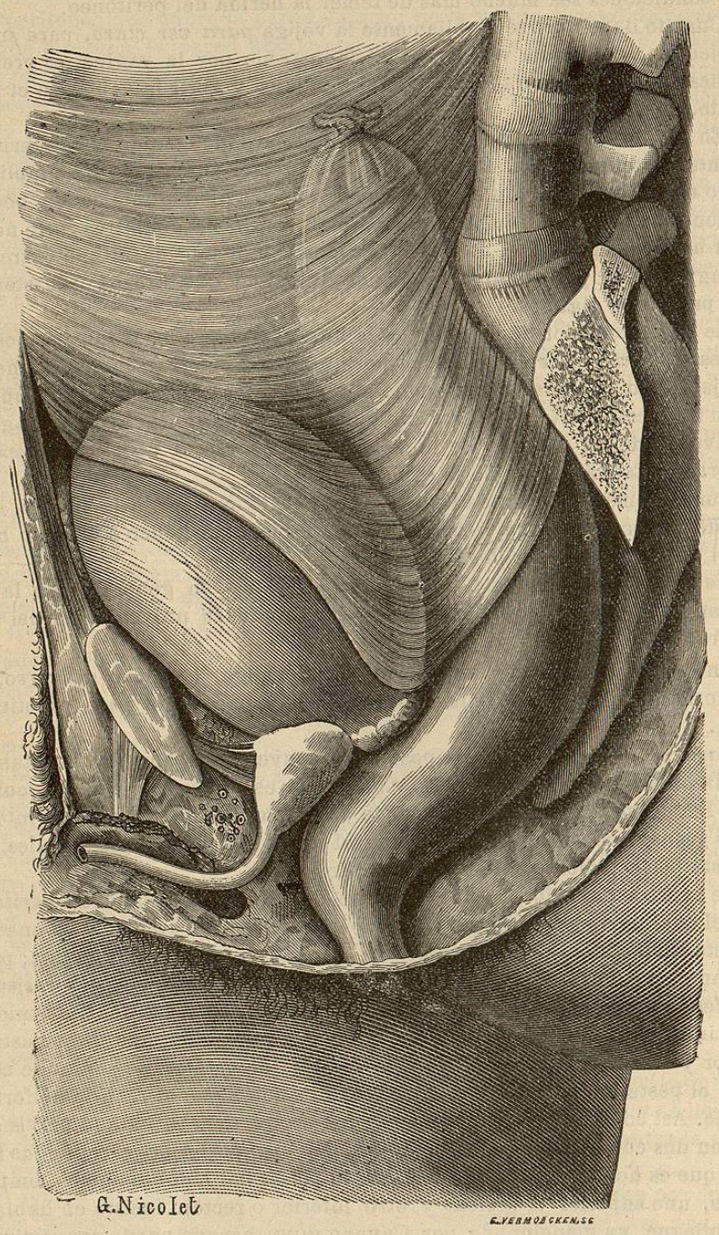

Fig. 250. — *Relaciones del peritoneo con las caras laterales de la vejiga y del recto*

lo más importante. Sin embargo, no deja de ser útil conocer cómo se comporta esta membrana respecto de las caras laterales. Estas están en parte cubiertas

y en parte desprovistas de peritoneo. Para apreciar con exactitud estas relaciones, he separado la sínfisis del pubis y resecado la mitad izquierda del cinturón pelviano. Hecho esto, he rellenado moderadamente el recto, obteniendo la pieza que viene representada en la figura 250. Se ve que el peritoneo no cubre del todo la mitad superior de la cara lateral de la vejiga. Tiene en esta cara un límite muy circunscrito y ofrece un borde ligeramente curvilíneo y oblicuamente dirigido hacia abajo y atrás. Los uréteres penetran en la cavidad vesical por esta cara. La porción subperitoneal de la cara lateral está en relación con el tejido celular, muy laxo, situado por encima de la aponeurosis perineal superior. En rigor es, pues, posible penetrar en la cavidad vesical por los lados sin abrir el peritoneo, idea que ha sido puesta en práctica por FOUBERT y THOMAS. Estos cirujanos practicaban una incisión paralela a la rama del isquion, a algunos milímetros hacia dentro, y dividían sucesivamente todas las partes blandas hasta la vejiga. Pero si la *talla lateral* (que no conviene confundir con la talla lateralizada de fray Jacques) respetaba el cuello de la vejiga, en cambio podía herir las vesículas seminales y los uréteres; por esto sólo como simple recuerdo indico este ensayo operatorio.

Cara inferior o base. — La cara inferior no existe en el niño, porque en esta época de la vida la vejiga es fusiforme (en los originales que me han servido para las figuras 249 y 259 no estaba aún muy desarrollada). Con la edad aparece al propio tiempo que aumenta de volumen la próstata, y en la vejez constituye manifiestamente la base del órgano.

Esta base está en relación inmediata con las vesículas seminales, que la cubren en parte. Estas vesículas, separadas una de otra en la parte superior (fig. 257), se aproximan en la inferior, hasta el punto de que a nivel de la base de la próstata sólo están separadas por los conductos deferentes. Llevan, pues, una dirección muy oblicua hacia abajo y adentro e interceptan entre sí un espacio triangular, a nivel del cual la base de la vejiga se halla en relación directa con la pared anterior del recto. Este espacio está desprovisto de peritoneo (T, fig. 257) y permite penetrar en la vejiga sin temor de interesar la gran serosa. Es, pues, muy natural la idea de seguir la vía rectal para extraer cálculos vesicales, tanto más cuanto que, siendo esta parte la porción más declive de la vejiga, en ella se aloja el cálculo casi siempre. SANSON trató de aprovecharse de estas disposiciones anatómicas y, en su consecuencia, ideó la talla *rectovesical;* pero mejor diríamos que creyó haberla ideado, porque la vía rectal la seguían, desde la más remota antigüedad, en Egipto, en donde son muy frecuentes los cálculos.

A pesar de las ventajas que ofrece la talla rectovesical: ejecución fácil, ausencia de vasos importantes y extracción de los cálculos también fácil, está completamente abandonada. Su más grave inconveniente es la persistencia posible de una fístula vésicorrectal. Además, se hace necesaria la sección de la porción esfinteriana del recto, que expone a la herida de los conductos deferentes, de las vesículas seminales y también del peritoneo, cuando hay necesidad de practicar una incisión extensa. En efecto, la serosa cubre toda la cara posterior de la vejiga y también una parte de su base cuando este órgano está vacío.

Se ha procurado buscar a qué distancia se encuentra del ano el fondo de saco posterior del peritoneo, detalle anatómico cuya importancia notaremos más al estudiar el recto. Esta distancia es diferente según que la vejiga esté distendida o vacía. En el primer caso, el peritoneo desciende un poco más, y la distancia varía entre 5 y 6 centímetros; en el segundo caso, cuando la vejiga

se halla distendida, el peritoneo nunca está situado a más de 8 centímetros del ano. En el sujeto que sirvió de modelo para dibujar la figura 249, la distancia del fondo de saco peritoneal al ano era de 5 centímetros en estado de vacuidad y de 6 en la plenitud de la vejiga.

En resumen, la cara inferior de la vejiga, en parte cubierta por las vesículas seminales, a las que costean por dentro los conductos deferentes, ofrece, entre estos órganos, un espacio de forma triangular, en el cual las paredes rectal y vesical están inmediatamente en contacto, sin otra interposición que una capa celulosa y una hoja aponeurótica más o menos desarrollada (aponeurosis próstatoperitoneal de Denonvilliers (figs. 252 y 278). El vértice de este triángulo mira hacia delante y está en relación con la próstata; la base, dirigida hacia atrás, está en relación con el fondo de saco del peritoneo. Casi equilátero, las dimensiones de este triángulo varían algo en los distintos sujetos; mide unos 4 centímetros de altura y tiene iguales dimensiones en su parte más ancha, o sea en su base.

Vértice. — En realidad, el vértice de la vejiga no existe sino cuando el órgano se halla distendido. Está ligeramente inclinado hacia delante y completamente cubierto por el peritoneo.

De las precedentes relaciones resulta que, en estado de vacuidad, la vejiga está oculta detrás del pubis y por ningún lado es accesible sin lesión del peritoneo. Cuando se halla distendida, por el contrario, se puede penetrar en ella por su cara anterior (talla hipogástrica), por las laterales (talla de Foubert) y por la inferior (talla rectovesical), con la seguridad, si se opera convenientemente, de no interesar la serosa.

SUPERFICIE INTERIOR

La superficie interior de la vejiga se subdivide del mismo modo que la exterior. En ningún punto hay que notar particularidad alguna sino en la cara inferior o base. En este punto, existe un espacio triangular exactamente circunscrito, a cuyos ángulos corresponden tres orificios: por delante, el de la uretra; por detrás, y a cada lado, el de los uréteres. Estos dos últimos están unidos entre sí por una franja muscular transversal que forma relieve dentro de la cavidad de la vejiga. Este espacio triangular es el *trígono vesical.* Los uréteres atraviesan oblicuamente la pared vesical en la extensión de unos 3 centímetros, de modo que la mucosa sirve de válvula y oblitera el conducto a medida que la vejiga se distiende, y lo cierra tanto más herméticamente cuanto más distendida está la vejiga; por esto jamás la orina retrocede desde la vejiga hasta los uréteres, cualquiera que sea el grado de distensión de aquélla. Cuando a consecuencia de una retención prolongada de orina se encuentran los uréteres dilatados, esto no depende del reflujo de orina, sino de su prolongada permanencia en los conductos antes que penetre en la vejiga.

Frecuentemente es de gran utilidad saber si la orina purulenta que sale de la vejiga procede del riñón, de los dos riñones o de uno solo. Esta cuestión es imposible resolverla de otro modo que recogiendo la orina a su salida del riñón; por esto en estos últimos tiempos ha adquirido gran importancia el cateterismo de los uréteres; pero esta operación es difícil y exige cierta habilidad manual, además de que se le ha atribuído la posibilidad de infectar un riñón sano. Afortunadamente se ha conseguido construir un instrumento llamado *divisor,*

el cual, introducido en la vejiga como una sonda ordinaria, permite desplegar un tabique que separa completamente uno de otro los orificios uretéricos y recoger aisladamente la orina. Los instrumentos de Luys y Cathelin cumplen perfectamente esta indicación (1).

La porción de la cara inferior de la vejiga que está situada por detrás del trígono ha recibido el nombre de *bajo fondo* o *fondo inferior,* y he aquí por qué. He dicho ya que la cara inferior de la vejiga aparece con la edad al propio tiempo que la próstata. Hasta cierta época de la vida, el trígono y el bajo fondo se encuentran en un mismo plano horizontal; pero, a medida que la próstata se desarrolla, el trígono es levantado, de modo que su parte más posterior se encuentra en un plano declive y parece deprimida; de ahí le viene el nombre de «bajo fondo».

El bajo fondo de la vejiga es a veces considerable; la próstata forma por delante un borde brusco que lo limita perfectamente. En el bajo fondo es donde se alojan los cálculos libres. Ahora bien, si la depresión es profunda, si la piedra está muy aproximada a la próstata, se comprende que pueda pasar inadvertida en las exploraciones. Esto sucederá casi de seguro si para ello nos servimos de una sonda de corvadura ordinaria. A este fin conviene emplear una sonda de pequeña corvadura, la llamada *de muleta,* cuya extremidad, acodada casi en ángulo recto, puede explorar la parte del bajo fondo situada inmediatamente por detrás de la próstata.

Asimismo resulta de la existencia del bajo fondo que, después de la talla perineal, por ejemplo, puede experimentarse cierta dificultad para encontrar un cálculo o un fragmento del mismo. No se conseguirá el objeto con unas tenazas rectas; por esto en tales casos conviene tener siempre a mano una tenaza curva, cuya extremidad, dirigida hacia abajo, penetrará fácilmente detrás de la próstata. Igualmente se alojan en el bajo fondo de la vejiga la mayoría de los cuerpos extraños (2).

Cuando la vejiga ofrece la disposición que estamos estudiando, como el bajo fondo no está al mismo nivel que el cuello, queda siempre remanente en él cierta cantidad de orina, sobre todo si el órgano es un poco perezoso, circunstancia que por otra parte coincide a menudo con una próstata voluminosa.

Si sondamos a uno de estos enfermos cuando acaba de orinar, a pesar de

(1) A pesar de lo que dice el texto, el divisor no es nunca un medio tan seguro como el cateterismo uretérico, para recoger la orina aislada de cada riñón; por esto aquél sólo se emplea como medio de recurso y el cateterismo es el de elección. — *(N. del T.)*

(2) Hanse encontrado, tanto en el hombre como en la mujer, una variedad casi infinita de cuerpos extraños de la vejiga. Sobre este particular puede consultarse la excelente Memoria publicada por el doctor Denucé en 1856. Este autor reunió un total de 391 casos, de los que dará una idea la siguiente enumeración:

Trozos de sonda o de instrumentos litotritores; 15 sondas metálicas; 9 sondas elásticas; 7 sondas de gutapercha. 28 sondas sin designación de clase; 16 candelillas; 3 ramas de cascapiedras; agujas, alfileres, pasadores metálicos, punzones, ganchillo de costura, agujas de hueso o marfil, pequeños clavos, pedazos de metal, huesos o esquirlas de hueso, piedrecitas y fragmentos de gres y porcelana, portaplumas, estuches, tubos de pipa, tubos de cristal, vástagos de madera (lapiceros, trozos de pajuela, baquetas de fusil, etc.), frutos o huesos de fruta (judías, guisantes, cerezas, etc.), cordonetes e hilas, candelillas de cera de las que se usan para alumbrar, etc. Se han encontrado, además, pedazos de cuerda, detritus de materias fecales, mechas de cabello, larvas de insecto, restos fetales, etc.

De estos 391 casos, en 258 se han introducido dichos objetos por actos censurables. En la mujer casi siempre podemos extraer los cuerpos extraños por las vías naturales, dilatando en caso necesario la uretra. Conviene igualmente ensayar la extracción directa en el hombre, utilizándose los diversos instrumentos construidos a este fin, pero muchas veces nos veremos obligados a recurrir a la talla. — *(N. del A.)*