cara lateral. Es una talla semejante a la de FOUBERT, que es preciso desechar por los mismos motivos que a ésta. La talla hipogástrica únicamente es aplicable en los casos de cálculo enorme, y he dicho ya que la talla vestibular era pura y simplemente una vía teórica. Nos quedan, pues, la vía uretral y la vaginal. La talla uretral consiste en introducir un litótomo en la uretra y hacer una o dos incisiones en el cuello, exactamente del mismo modo que se opera en el hombre: es en definitiva la talla bilateral o lateralizada sin las incisiones exteriores.

En la talla vaginal se practica sobre el tabique una incisión longitudinal entre el cuello del útero y el de la vejiga; algunas veces se ha dividido también la parte inferior de la uretra en casos de cálculo muy voluminoso, lo cual no debiera hacerse, pues es preferible fragmentar el cálculo.

¿Cuál de estas dos tallas es la mejor? La talla uretral es muy sencilla, no interesa el cuerpo de la vejiga, pero puede dejar consecutivamente una incontinencia de orina; la talla vaginal es una operación un poco más complicada, no va seguida de incontinencia, pero se hace ulteriormente necesaria otra operación para cerrar la fístula vésicovaginal consecutiva. Vemos, pues, que las dos tienen sus ventajas y sus inconvenientes, lo cual explica la divergencia de opiniones sobre este particular. MALGAIGNE, en su tesis estableciendo un paralelo entre las diversas tallas, rechaza en absoluto las uretrales; pero no debemos conformarnos con juicio tan severo, sobre todo desde que podemos fragmentar los cálculos voluminosos. Por otra parte, el doctor RELIQUET rechaza en absoluto la talla vaginal, con lo cual no está más en lo justo que MALGAIGNE. Además, es muy verosímil que el empleo del cloroformo disminuya mucho las probabilidades de la incontinencia de orina, pues permite al esfínter distenderse sin desgarrarse.

Cuando se practica la talla vaginal, soy de parecer de practicar la sutura de la herida inmediatamente después de la operación, tratando a la mujer como en el caso de una fístula vésicovaginal.

El esfínter de la vejiga se encuentra a veces, como también en el hombre, en estado de contractura, accidente que determina incesantes deseos de orinar y dolores muy intensos. He visto a una mujer cuyas micciones eran tan repetidas, que noche y día permanecía sentada en un sillico y sufriendo atroces dolores. Es esta una especie particular de incontinencia de orina de causa activa. Después de haber empleado en vano todos los medios ordinarios, conseguí, si no la curación completa, a lo menos una mejoría muy notable a beneficio de la dilatación forzada del cuello. Si la dilatación fracasa, se recurrirá, en último término, a la cistotomía detrás del cuello vesical por la vía vaginal. Con esto, la enferma se encuentra en las condiciones de las que padecen fístula vésicovaginal después del parto, y esta fístula, cuando la cistitis parezca curada, se cerrará.

También puede suceder lo contrario, es decir, que el esfínter se encuentre en estado de relajación, lo cual por lo demás es bastante frecuente en las mujeres. Las hay que dejan salir involuntariamente algunas gotas de orina a la menor contracción de los músculos de la pared abdominal, al reir o al toser. Si esta flojedad tomase un aspecto patológico, la combatiríamos ventajosamente por medio de la cauterización del cuello. Se ha curado la incontinencia de orina por medio de la torsión de la uretra.

CAPITULO II

Uretra

La *uretra* de la mujer viene a representar las porciones prostática y membranosa de la del hombre. La porción esponjosa está representada en ella por los labios menores.

Su longitud es de 2 ½ a 3 centímetros. Su diámetro es a corta diferencia el mismo que en el hombre; es de 7 a 8 milímetros, pero con la especial circunstancia de que, en la mujer, es extraordinariamente dilatable.

La dirección de la uretra es muy oblicua de abajo arriba y de delante atrás; cuando la mujer está en pie, es casi vertical, de modo que si en esta actitud la orina no es proyectada por la contracción de las paredes vesicales o abdominales, cae casi verticalmente. Estando la mujer echada, la uretra resulta sensiblemente horizontal; en este caso, debemos empujar la sonda de delante atrás y muy ligeramente hacia abajo.

La uretra describe en su trayecto una curva de concavidad anterior tan ligera, que permite la introducción de instrumentos rectos sin la menor dificultad.

Se le consideran dos caras: una anterior, que mira ligeramente hacia arriba cuando la mujer está en pie, y otra posterior. La cara anterior corresponde al vestíbulo, y está separada del borde inferior de la sínfisis por una distancia de unos 20 a 25 milímetros, que es toda la altura del vestíbulo. Está en relación con el clítoris. La cara posterior está fusionada con la pared anterior de la vagina, en el punto correspondiente a su columna anterior. Por esto el tacto vaginal permite apreciar con exactitud el grado de consistencia y sensibilidad de la uretra. Conduciendo el dedo de atrás adelante y ejerciendo una ligera presión, se hace salir el líquido que contiene. Ordinariamente este es el único medio para reconocer la uretritis crónica, practicando esta exploración algún tiempo después de la micción.

El grosor del tabique uretrovaginal es considerable; no mide menos de 1 centímetro. Se adelgaza un poco cerca del meato. Es muy raro que este tabique se desgarre, porque no sufre la presión de la cabeza del feto, causa casi constante de las fístulas vésicovaginales. Sin embargo, existen fístulas uretrovaginales de las que, es preciso decirlo, casi ningún autor se ha ocupado. La causa de esto está en su poca frecuencia, y luego en la circunstancia de que son infinitamente menos molestas que las fístulas vésicovaginales. En efecto, como que se encuentran por delante del cuello de la vejiga, no hay derrame incesante de la orina; la micción se efectúa casi normalmente, con la única diferencia de que cae orina dentro del conducto vaginal, a no ser que una válvula se encuentre en tan favorable disposición que dirija la orina hacia el meato. En estas condiciones, ¿sería útil una operación? Esto depende de las molestias a la enferma cause semejante fístula; si es poca la orina que pasa por la vagina, y la mucosa de este conducto no está irritada por su contacto, no procederá el operar, y ni siquiera la enferma consultará acerca de este estado. Pero si la fístula es muy extensa y se encuentra cerca del cuello, si toda o parte de la orina se derrama por esta vía determinando en la mucosa vaginal

y vulvar una irritación, causa de incesante molestia y obstáculo para las relaciones sexuales, es indudable que procede la operación. He tratado muchas enfermas con buen resultado en estas condiciones. El espesor del tabique uretrovaginal favorece en gran manera el refrescamiento en superficie de los bordes de la fístula. Es fácil escindir un pequeño aro de mucosa vaginal, sin tocar la de la uretra, y es igualmente fácil pasar los hilos sin que penetren en el interior del conducto, dos condiciones que son casi indispensables para conseguir buen resultado.

Bajo una influencia difícil de determinar, la pared inferior de la uretra puede distenderse y formar un pequeño tumor, que se designa con el nombre de *uretrocele*. La orina se acumula en esta bolsa, la distiende y puede ocasionar grandes molestias a la mujer; en dicha bolsa puede encontrarse un cálculo. Se cura fácilmente cortando una porción suficiente de la mucosa de la vagina, al igual que se practica en el cistocele vaginal. Bastan algunos puntos de sutura para hacer ascender la mucosa uretral, teniendo cuidado de no interesarla.

La abertura anterior de la uretra, o *meato urinario,* se encuentra en la parte inferior del vestíbulo, en la línea media o inmediatamente por encima de un pequeño tubérculo con que termina la columna anterior de la vagina. Para sondar una mujer sin descubrirla, es necesario colocarse a su izquierda, si no es posible hacerlo directamente delante de ella; se introduce el índice izquierdo en la vagina, se busca la columna anterior, se conduce el dedo de atrás adelante hasta el tubérculo, y, colocando la sonda sobre el pulpejo del índice, se la aplica sobre el tubérculo y luego se hace descender ligeramente el pabellón para que el pico se eleve, al mismo tiempo que se empuja suavemente el instrumento. Por lo general, de este modo se consigue el objeto, a no ser que el meato urinario tenga una forma y situación anormales, lo cual, por otra parte, no es raro. Si una vez introducida la sonda en el conducto chocase con algún obstáculo, lo encontraríamos procediendo al tacto vaginal, y el dedo podría hasta cierto punto dar dirección al instrumento.

En estado normal, separando los pequeños labios, se distingue el meato urinario bajo la forma de una muy pequeña hendedura. Por el contrario, en las mujeres de costumbres disolutas se le encuentra ampliamente abierto. Puede encontrarse a tanta profundidad que sea difícil percibirlo, como, por ejemplo, en ciertos casos de embarazo o tumor uterino en que la vejiga se encuentra atraída hacia arriba. Según el doctor A. Guérin, sucede lo mismo en las mujeres que tuvieron relaciones sexuales precoces. Después de un parto laborioso, si la vulva ha sufrido rasgadura, el meato urinario, retraído y contuso, se confunde entre los demás tejidos reblandecidos, y, si no se tienen muy presentes las nociones anatómicas que acabamos de mencionar, es muy probable que no se llegue a dar con el conducto. En un caso de esta naturaleza, he visto un médico dispuesto a practicar la punción de la vejiga después de diferentes e infructuosas tentativas de cateterismo.

El meato urinario es la parte más estrecha del conducto y también la menos dilatable; se desgarra fácilmente cuando se extraen cálculos algo voluminosos, y por esto es mejor practicar su desbridamiento previo.

Estructura. — La uretra se compone de dos túnicas: una externa o muscular, y otra interna o mucosa.

La túnica muscular no tiene menos de 3 a 4 milímetros de espesor. Consta de dos capas: una interna, longitudinal y de fibras lisas que se continúan con las del cuerpo de la vejiga, y la otra externa, circular, de fibras estriadas, prolongación de las del esfínter. La uretra de la mujer es, pues, muy contráctil; por esto son frecuentes y extraordinariamente dolorosos los espasmos de este órgano cuando existe un cuerpo extraño en la vejiga. Este órgano participa de este estado, y hemos visto ya que esta es una de las dificultades de la litotricia en la mujer, porque la vejiga se contrae violentamente y expulsa los líquidos que en ella se inyectan. Por este mismo motivo la vejiga, contrayéndose, aplica el cálculo contra el cuello y causa violentos dolores. Los fragmentos del cálculo son los que más especialmente producen este resultado; por esto es preferible, en caso de decidirse por la litotricia, dejar limpia la vejiga en una sola sesión.

La mucosa es de un color gris rosado, y a veces violáceo a nivel del meato. Presenta pliegues longitudinales que se borran por la distensión. Se distinguen en ella, como en el hombre, una serie lineal de agujeros, terminación de los conductos excretores de glándulas en racimo.

La uretritis es mucho menos frecuente en la mujer que en el hombre, y el motivo se comprende fácilmente; por lo mismo, es también menos difícil curarla; sin embargo, pasa algunas veces al estado crónico y puede suceder, como en el hombre, que se haga reacia al tratamiento. Es probable que el gonococo se haya situado en una o más de las glándulas de la mucosa, adonde no puedan llegar los agentes medicamentosos. Para comprobar la existencia de estas blenorreas es necesario examinar a la mujer todo lo más lejos posible del momento de la micción. Entonces se consigue hacer salir una gota de pus, comprimiendo la uretra por la vagina. Aparte de esto, no existe ningún síntoma, y así es cómo conviene explicar las más de las veces ciertas blenorragias, hasta muy agudas, contraídas con mujeres con toda la apariencia de sanas.

Aparte de las glándulas que se encuentran diseminadas en el trayecto de la uretra, existe un grupo importante situado todo alrededor del meato, sobre todo en su parte inferior. Algunos autores las designan con el nombre de *glándulas de Skene* y las consideran como análogas a las glándulas prostáticas del hombre.

Estas glándulas, cuyo conducto excretor puede medir hasta 8 o 10 milímetros de profundidad, son a veces el último refugio de la afección blenorrágica. Comprimiendo el tabique uretrovaginal, se hace salir pus, que se puede creer proveniente de la uretra. Más aún que en la uretritis, los tópicos y las medicaciones internas son impotentes para curar esta variedad de blenorrea Malgaigne aconseja abrir los folículos alterados en toda su extensión, dividiendo de un tijeretazo la delgada capa que los separa de la uretra; afirma que de este modo ha conseguido siempre la curación.

Las glándulas periuretrales pueden ser el punto de partida de quistes que podrían fácilmente confundirse con un uretrocele, con tanto más motivo cuanto que ocupan preferentemente la pared inferior de la uretra. También pueden encontrarse en esta región, según algunos autores, quistes de otro origen diferente, desarrollados en una porción persistente del conducto de Wolff (quistes wolfianos).

La uretra de la mujer es sitio frecuente de una afección de la que se han ocupado mucho, hace ya algunos años, los cirujanos y se designa con el nombre vago de *pólipos de la uretra;* Dupuytren los llamaba *pólipos vasculares.* Como quiera que la denominación de *pólipo* se aplica tan sólo a los tumores pediculados, no conviene mucho a éstos, que tienen siempre una ancha base de implantación.

Ofrecen el aspecto de prominencias encarnadas, granulosas, friables y muy vasculares, por lo cual dan sangre al menor contacto, y ocupan preferentemente el meato estando generalmente implantados en la semicircunferencia inferior de este orificio. Su volumen es variable, puede llegar al de una nuez. Se prolongan a mayor o menor distancia dentro de la uretra y pueden llegar hasta el cuello. Jamás su inserción tiene lugar en la vulva ni en la vagina; pero pueden formar una especie de mamelón más o menos saliente. Entre estos tumores, los hay que son completamente indoloros y no causan ningún trastorno funcional. Frecuentemente los he encontrado en mujeres a las que examinaba por una afección uterina y en quienes la existencia de estos tumores no se había sospechado jamás; es evidente que, en este caso, lo mejor es no intervenir. Otras veces no sólo son dolorosos, sino que lo son extremadamente, sin que sea muy fácil señalar la causa de esta circunstancia. Las enfermas sufren tanto al andar como al orinar, pues el tumor provoca contracturas dolorosas del cuello de la vejiga y espasmos de la uretra. Ciertas mujeres pueden hallarse con retención completa de la orina, ofreciendo el cateterismo verdaderas dificultades, como lo demuestra la observación que resumo en forma de nota (1).

(1) D. S., de cuarenta y cuatro años de edad y sin antecedentes morbosos de ningún género, empezó por notar dificultad en la emisión de la orina, aunque sin sentir dolor alguno. La micción se hizo cada vez más difícil, y finalmente acabó por ser imposible. Compareció en el hospital Lariboisière para que la sondaran, pero el interno de guardia no pudo conseguirlo; otro médico de la ciudad fué más afortunado.

El 21 de Enero de 1873 entró en mi visita Desde luego noté la existencia en el meato urinario de un tumor del volumen de una avellana e implantado todo alrededor del orificio, excepto en la parte lateral derecha. Su superficie era de un color rosado, granulosa, y daba sangre al menor contacto.

El 29 del mismo mes practiqué la ablación de este tumor por medio de un aprietanudos, y después de la operación la sonda pasó libremente por el conducto; no obstante, a las seis de la tarde, la enferma se encontraba que no podía orinar y el interno de guardia fué llamado para practicar el cateterismo, que fué fácil; en los días siguientes fué mejorando paulatinamente, hasta que el 4 de Febrero la enferma salió del hospital completamente curada.

Ocho días después, o sea el 12 de Febrero, ingresó de nuevo en la visita. Tumor implantado en la pared inferior del meato y obstruyendo casi por completo el orificio. Dejé en observación a esta enferma hasta el 4 de Marzo, día en que practiqué la escisión con las tijeras, aplicando luego el hierro candente en el punto de implantación.

El 16 de Marzo la enferma salió otra vez completamente curada.

El 12 de Abril ingresó de nuevo con retención completa de orina; ningún tumor se notaba al exterior, pero la sonda pasaba muy apretada y, al introducirla, se notaban desigualdades en el conducto. Con una cucharilla hice lo que Récamier había aconsejado contra las granulaciones del cuello del útero, es decir, mondar la uretra. Practiqué esto en diferentes sesiones en los días 16, 18 y 23 de Abril y 1 y 12 de Mayo. Cada vez salía un poco de sangre y pequeñas porciones del pólipo; el 17 de Mayo la enferma salía de nuevo completamente curada.

El 28 de Mayo, encontrándose sin poder orinar hacía tres días, ingresó nuevamente. En la parte *inferior* del meato se notaba un tumor del *volumen de una habichuela*. El 8 de Junio escindí el tumor con las tijeras y toqué el punto de implantación con percloruro de hierro puro. La enferma salió de nuevo completamente curada el 12 de Junio.

El 16 de Agosto se le repitió la retención de orina y, compareciendo otra vez a la consulta del hospital, no vi indicio alguno de pólipo, por lo cual me limité a una sesión de monda, que procuró una curación completa en tres semanas.

En Octubre, nueva retención. El marido de la enferma la sondaba de cuando en cuando: en esta época se notó que la retención completa tenía efecto inmediatamente después de las reglas.

Ingresó de nuevo en el hospital el 9 de Diciembre, pues no podía orinar naturalmente, y, sin embargo, la sonda recorría completamente todo el trayecto de la uretra sin que se encontrara indicio alguno de tumor. El 17 practiqué la dilatación forzada del cuello de la vejiga, con unas pinzas de curación introducidas hasta la bifurcación de las ramas, que estaban sujetadas de modo que sólo fuese permitida una separación de 3 centímetros.

El 18, después de la operación, la enferma sufrió mucho y orinó sangre.

El 19, los dolores eran menos violentos y se recrudecían, sobre todo, al pasar la orina.

El 20, la enferma no sufre nada. Orina de un modo completamente normal y declara que jamás, después de las otras operaciones sufridas, se había encontrado tan bien como ahora.

Desde este momento la curación fué definitiva. Durante el curso de la enfermedad, rogué dos veces a mi amigo el doctor Ranvier que examinase al microscopio los tumores extirpados. Examinó el primero, extirpado el 29 de Enero, y el que escindí el 8 de Junio.

Voy a transcribir íntegras las notas que sobre este particular se sirvió mandarme, con tanto mayor motivo cuanto que no está aún completamente determinada la naturaleza de estas producciones.

Nota del 29 de Enero. —«He empezado por poner este pequeño tumor en alcohol absoluto y, después de endurecido, lo dividí a rebanadas delgadas, siguiendo a dirección del tumor. Coloqué luego estos pedazos durante un minuto en carmín neutro, los lavé con agua destilada y luego los estudié en glicerina 100 y ácido fórmico 1. Estas preparaciones son triangulares, prolongadas; el vértice corresponde a la parte libre del tumor y la base a su punto de implantación. A un débil aumento de 30 diámetros, se ve en la periferia una capa epitelial de color rosado, gruesa y sinuosa, la cual limita papilas de formas varias. El cuerpo de estas papilas y el centro del tumor, con el cual aquéllas se confunden por su base, están formados de tejido mucoso. Con un aumento de 400 diámetros, se ve que el epitelio pavimentoso está dispuesto en capas laminares en la superficie y vértice del tumor, al paso que en la parte media y punto de implantación, en vez de ser laminosas, son vesiculosas y llenas de materia mucosa. El tejido mucoso de las papilas y el centro del tumor contienen células planas, células linfáticas y vasos cortados transversal y longitudinalmente, del todo organizados en el vértice del tumor y embrionarios en la base. En resumen, este tumor es un *pólipo mucoso papilar* cuyo desarrollo tiene lugar especialmente por su punto de implantación. Es probable que la irritación que produce este desarrollo activo exista también en la mucosa.»

Examen del 8 de Junio. —«Este pólipo está constituído por un estroma fibroso, rico en células embrionarias y vasos sanguíneos. Posee en su superficie papilas de forma y extensión variables, de las cuales algunas son voluminosas. Estas papilas están cubiertas de epitelio pavimentoso.»

Este examen lo hizo el doctor Ranvier en un corte transversal, previa imbibición en el alcohol y coloración por el carmín. —*(N. del A.)*

Este interesante caso prueba también la tenacidad con que a menudo se reproducen estos papilomas, puesto que, en esta enferma, se reprodujo la afección hasta después de haberla cauterizado con el hierro candente.

Por mi parte creo, como todos los cirujanos, que ese último medio debe emplearse con mucha prudencia, porque podría resultar de ello una estrechez. La escisión con las tijeras, la abrasión con una cucharilla y la cauterización con el nitrato de plata son los medios que, en general, conviene emplear desde el primer momento.

Si, después de la extirpación de los pólipos, persistiese la contractura dolorosa del cuello, procedería la dilatación del esfínter por el procedimiento que he indicado anteriormente.

Las dos túnicas de la uretra están separadas entre sí por una capa bastante floja de tejido conjuntivo, de tal modo que la mucosa se desliza fácilmente por encima de la muscular; de esta circunstancia puede resultar, sobre todo en las niñas, un prolapso de la mucosa por el meato urinario. En esta capa celular existe un rico plexo venoso, que a veces comunica a la superficie interna de la uretra un color rojizo.

CAPITULO III

Vulva

La *vulva* no es simplemente un orificio, sino que con esta denominación se comprende el conjunto de los órganos genitales de la mujer situados por debajo del himen o de las carúnculas mirtiformes. Es un espacio limitado inferiormente por los grandes labios y superiormente por el himen.

La vulva tiene la forma de una hendedura anteroposterior y presenta diferente aspecto según la edad, los diferentes individuos, los hábitos y, sobre todo, según que la mujer haya o no tenido hijos.