

CAPÍTULO IX

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LOS ÓRGANOS
GÉNITO-URINARIOS DEL HOMBRE

Los órganos genitales del hombre son enteramente exteriores respecto de los urinarios, y por esto empezaremos por describir las operaciones que se practican en los primeros. Trataremos, pues, sucesivamente de las que se practican en el escroto, el pene, la uretra y la vejiga, reservando para dos artículos especiales el estudio de la talla y de la litroticia.

ARTÍCULO PRIMERO

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN EL ESCROTO

I.—Del hidrocele

El hidrocele propiamente dicho consiste en una acumulación de serosidad en la túnica vaginal, sin que ésta haya sufrido alteración visible en su textura, ni haya perdido nada de su flexibilidad. No obstante, algunas veces contiene un líquido blanquizco, debido á la presencia de espermatozoides. No es entonces el hidrocele simple sino un quiste espermático, que se trata por otra parte como el hidrocele vaginal.

Para impedir su reproducción, tenemos dos métodos: consiste el primero en provocar en la túnica vaginal una irritación adhesiva ó sustitutiva; y el otro, en producir una inflamación supurativa. Entre los procedimientos que sirven para este último objeto hay: 1.º la *incisión*; 2.º la *cauterización*; 3.º la permanencia en el interior de la túnica de diversos cuerpos extraños: *lechino, sedal, candelillas, sondas*, etc. Para determinar la inflamación adhesiva ó sustitutiva, Kinder Wood ensayó una pequeña escisión á través de una punción de los tegumentos practicada con la lanceta; Jobert practicó incisiones subcutáneas; Malgaigne propuso el atravesar la túnica vaginal con alfileres; y Ricord, siguiendo la misma idea, la atravesó con hilos, cerrando el asa al exterior sobre pequeños

cilindros, como se hace en la sutura enclavijada. Ninguno de estos procedimientos ha podido prevalecer en contra de las *inyecciones*. Vamos, pues, á describir este método con todos los detalles que requiere.

1.º *De las inyecciones*.—Los instrumentos que se necesitan son: 1.º un trócar ordinario; 2.º una jeringa que pueda contener de 300 á 400 gramos de líquido y cuya cánula se ajuste exactamente en la del trócar. El líquido que más generalmente se emplea es la tintura de yodo yodurada, añadiéndole dos ó tres veces su volumen de agua, ó bien mezclando estos dos líquidos á partes iguales. Es necesario cargar previamente la jeringa, y asegurarse luego de que no contiene la menor cantidad de aire, para lo cual bastará colocar el instrumento con la cánula mirando arriba y empujar el pistón hasta que hayan salido algunas gotas del líquido.

Dispuesto así todo, y estando acostado el enfermo, el cirujano coge el tumor con toda la mano, dejando salir entre el pulgar y el índice su parte anterior é inferior, y ocultando con la palma de la mano la parte superior y posterior, punto en que se encuentran el cordón y el testículo. El trócar debe penetrar por la parte ántero-inferior y de abajo arriba, procurando que desde el primer momento no penetre á gran profundidad para no interesar el testículo; una vez introducido, el cirujano, al mismo tiempo que retira el punzón, introduce más la cánula, y luego, á beneficio de presiones metódicas, favorece la salida de la serosidad. Cuando ésta ha sido evacuada por completo, toma la jeringa cargada, la adapta á la cánula del trócar, y sujeta por sí mismo ésta entre los dedos pulgar y medio sin introducirla ni retirarla, y procurando sobre todo evitar que el extremo terminal de la misma choque contra la túnica vaginal, porque esta circunstancia dificultaría la entrada de la inyección. Un ayudante coge la jeringa con la mano izquierda y empuja el pistón con la derecha de un modo continuo, lento y uniforme, hasta que el tumor adquiere de nuevo el volumen que tenía antes de la punción. Retira entonces la jeringa, y el cirujano cierra la abertura exterior de la cánula con el pulpejo del dedo. La inyección debe permanecer en el interior de la túnica vaginal tres ó cuatro minutos, después de los cuales se la extrae comprimiendo ligeramente el tumor, sin que sea necesario empuñarse en expulsar hasta las últimas gotas.

Detengámonos un momento en cada uno de los diversos tiempos de la operación.

Dos accidentes pueden presentarse en el momento de la punción: puede suceder que el punzón hiera alguna arteriola del escroto; pero estos vasos son tan pequeños, que su lesión es poco menos que indiferente; por otra parte, debe ser un accidente muy raro,

ya que no he tenido ocasión de presenciarlo jamás. Algunas veces penetra el trócar en el testículo por no haberse tomado las precauciones arriba indicadas; el cirujano se da cuenta de este accidente por el dolor que aqueja en el acto al enfermo, y por algunas gotas de sangre sin mezcla de otro líquido que salen por la cánula; esto no obstante raras veces tiene este accidente consecuencias graves.

Es de rigor no producir, por la cantidad de líquido inyectada, una excesiva distensión de la túnica vaginal, porque con ello nos expondríamos á romperla, ó cuando menos á que el líquido,

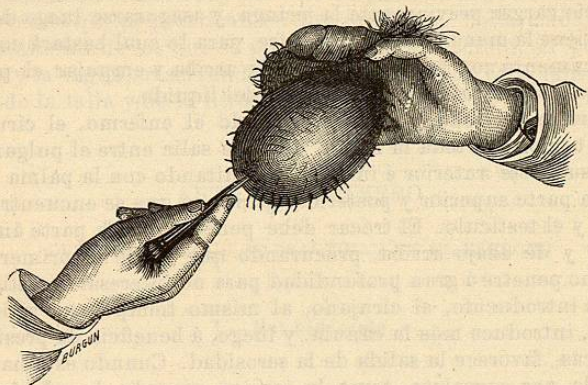


FIG. 619

Punción del hidrocele

refluendo por los lados de la cánula, penetrara en el tejido celular del escroto (1).

Terminada la operación, generalmente se mantiene el enfermo en cama, conservando el escroto levantado por medio de algunas compresas, ó mejor aún por medio del apósito que ideé en 1853 y que he denominado suspensorio horizontal. Consiste en una plancha que puede ser de cartón, guttapercha ó metal, escotada como las antiguas vacías de afeitar para adaptarse á la raíz del escroto, descansando sobre los muslos.

La pequeña inflamación producida por la inyección produce la

(1) Me permito llamar la atención del lector sobre este precepto, pues el accidente que con él se trata de evitar es grave y estoy seguro de que muchos casos de esfacelo consecutivo de las cubiertas del testículo son debidas á la circunstancia del rebosamiento del líquido por el exterior de la cánula, efecto de la excesiva cantidad inyectada, circunstancia, por otra parte, que puede haber pasado desapercibida al operador.

secreción de una cantidad más ó menos considerable de linfa plástica, que se reabsorbe poco á poco.

Por lo general, después de la inyección yodada, el líquido nuevamente exhalado es reabsorbido á los quince días, con lo cual queda terminada la curación. Algunas veces la secreción es tan abundante, especialmente cuando se trata de hidroceles voluminosos, que la reabsorción se hace esperar por más tiempo, tardanza que llega á inspirar el temor de que no se complete jamás.

¿Cuál es el mecanismo de la curación? Creíase primero que las paredes opuestas de la túnica vaginal se unían entre sí por el intermedio de una linfa plástica, con lo cual debía quedar obliterada la cavidad. Hutin ha hecho sobre este particular muy curiosas investigaciones: de veintiocho sujetos operados en los Inválidos antes que él fuese médico de este establecimiento, la mayor parte por el método supurativo, y sólo algunos por las inyecciones vinosas ó yodadas, en la autopsia se encontró que, en efecto, era completa la obliteración de la túnica vaginal. En otros quince sujetos operados por este cirujano por las inyecciones yodadas,

7	presentaban	una obliteración completa.
4	»	dos adherencias parciales.
4	»	la túnica sin adherencia alguna.

Resulta de esto que la inyección yodada obra las más de las veces determinando una inflamación adhesiva; que en otros casos produce una irritación substitutiva que resuelve el estado morbozo de la serosa, y que, finalmente, otras veces obra de ambos modos á la vez.

La materia de la inyección ha sufrido infinitas variaciones. Antes que se emplease el yodo, se daba la preferencia al vino tinto solo ó hervido con rosas de Provenza á la temperatura de 36° á 40° centígrados. Parece que el vino ha determinado generalmente dolores más violentos, y sobre todo una inflamación más intensa, y una exhalación más abundante y más reacia á la absorción. Por esto se da la preferencia al yodo.

Se ha ensayado además el alcohol puro, á beneficio del cual creyeron algunos que los operados podrían ahorrarse la permanencia en cama.

Ellis, después de haber vaciado la túnica vaginal, introducía en ella, á través de una cánula, una sonda acanalada mojada antes de alcohol de 36°, y repetía esta operación dos ó tres veces seguidas, haciendo que quedasen en el interior de la cavidad 8 ó 10 gotas de alcohol. Este procedimiento era demasiado incierto, tanto que el autor obtuvo resultado definitivo únicamente en ocho de doce operaciones que practicó. Dupierris empleó el mismo líquido, pero

inyectando la cantidad de 8 gramos y abandonándolo dentro de la túnica vaginal.

Monod ha ideado recientemente un procedimiento nuevo, que consiste en inyectar algunas gotas de alcohol antes de la evacuación del líquido.

Auger ha empleado la inyección de algunas gotas de una solución de cloruro de zinc. Yo he utilizado muchas veces el procedimiento de Dupierri en casos en los cuales el enfermo se negaba á guardar cama, dedicándose, por el contrario, á sus quehaceres habituales. Ha dado buen resultado en algunos casos, pero en muchos más ha tenido lugar la recidiva.

2.º *Incisión y escisión.*—Además de los casos de que voy á hablar, y que son excepcionales, se ha propuesto la incisión de la túnica vaginal, practicando la sutura y evitando la supuración los unos; mientras que otros, por el contrario, provocan la supuración, que produce la adhesión de las paredes, la desaparición de la cavidad vaginal y por consiguiente la curación radical.

Curling y Gosselin han demostrado que la desaparición de la cavidad vaginal en estas circunstancias iba seguida de anemia testicular y á veces de la desaparición de los espermatozoides, lo cual no deja de ser una objeción contra las antiguas prácticas. Por mi parte, si no conociese la manía que hay en inventar sin hacer nada mejor sino igual á los demás, no comprendería que se buscaran y aplicaran nuevos procedimientos cuando la inyección yodada es un método inocente y eficaz.

II.— Del hidrocele congénito

El hidrocele se llama *congénito* cuando aparece en una túnica vaginal que todavía está en comunicación con el peritoneo. A pesar de esta circunstancia, Desault no dejaba de practicar las inyecciones, tomando sin embargo la precaución de que un ayudante comprimiera fuertemente sobre el anillo inguinal, para que el líquido no pudiese pasar á la cavidad del peritoneo. Este procedimiento no está puesto en razón, porque la cavidad vaginal no es la que exhala el exceso de serosidad, sino que le viene del peritoneo, y por lo tanto la verdadera indicación consiste en impedir que estas dos cavidades se comuniquen.

En su consecuencia, Viguerie, después de colocar al enfermo en decúbito supino, rechazaba todo el líquido del hidrocele á la cavidad abdominal por una especie de taxis, y aplicaba sobre el anillo

un vendaje herniario que lo obturaba, impidiendo con esto el nuevo descenso del líquido.

Si, como es muy frecuente, coincidiera con una hernia, se aplicaría desde luego el braguero y si esto no diese buen resultado, podría intentarse la operación de la cura radical.

III.— Del hidro-hematocele

A veces la túnica vaginal, aunque no contenga más que líquido seroso, está muy engrosada; otras, y esto es lo más frecuente, contiene un líquido pardo y negruzco, que no es otra cosa que sangre alterada y sus gruesas paredes están cubiertas de coágulos fibrinosos formando una neo-membrana algunas veces semi-cartilaginosa.

En este caso no basta la punción y la inyección sino que debe escindirse la túnica vaginal alterada, ó llevar á cabo una operación aún más radical.

Douglas empezaba por cortar un colgajo de la piel del escroto; después abría la bolsa y disecaba la túnica para escindirla. Boyer se limitaba á escindir la piel imitando á Douglas en lo restante. Dupuytren practicaba la incisión ó la escisión según los casos, retiraba los bordes hacia atrás y apretaba por encima con el pulgar y el índice izquierdos, de modo que salían fuera el testículo y el hidrocele por enucleación, después de lo cual, abriendo el saco, escindía con las tijeras hasta cerca del testículo.

Gosselin ha elogiado y practicado la descorticación del testículo y su ejemplo ha sido muy imitado en Francia; si bien hay que decir que los accidentes han sido frecuentes. Además, que cuando se presentan estos inveterados hematoceles con engrosamiento de la vaginal, el testículo está ya comprometido y más aún cuando ha tenido lugar la descorticación y la inflamación ha invadido todas sus partes. Por mi parte rechazo esta operación: por temor á un error de diagnóstico hago una punción exploratriz y si el diagnóstico es exacto, practico una incisión sobre el escroto, aislo con algunos cortes de busturí la vaginal sin abrirla, ligo el cordón en masa y extirpo á la vez el testículo y la vaginal intacta.

IV.— Del hidrocele enquistado del cordón

Así se denominan los quistes serosos simples ó múltiples colocados en el trayecto del cordón. Cuando son muy voluminosos,

su tratamiento debe ser la inyección como en el hidrocele ordinario, y si sus paredes fuesen muy gruesas y duras, sería también aplicable la escisión y hasta la extirpación completa, que no necesita para este caso particular reglas especiales. La única precaución que hay que tomar consiste en evitar la herida del conducto deferente, de la arteria espermática y respetar cuanto sea posible las venas del cordón.

Cuando los quistes son demasiado pequeños para admitir la punción con el trócar, A. Cooper prefiere aplicarles un pequeño sedal formado de un hilo de seda. Ricord alcanzó buen resultado aplicando un punto único de sutura enclavijada. Malgaigne ha ensayado el atravesarlo con alfileres. Pott aconseja la incisión con el bisturí ó la lanceta, procurando después la supuración de la herida. Si todos estos medios fracasan, podrá recurrirse á la escisión.

V.—Osqueochalasia

Larrey dió este nombre á un desarrollo grasiento y lardáceo del escroto, en virtud del cual este órgano adquiere 15, 30 y hasta 50 kilogramos de peso. Desde luego se ocurre la castración como medio de remediar este estado; pero como que el testículo muchas veces está sano en medio de esta masa adiposa, se ha pensado en conservarlo.

Procedimiento de Delpech.—Trataba este cirujano un tumor de este género que llegó á pesar 30 kilogramos. Conservó cuantos tegumentos pudo de la raíz del tumor; formó diversos colgajos, á los cuales procuró dar una forma tal que los hiciese después á propósito para cubrir el pene y los testículos; disecó estos colgajos y los invirtió, el uno sobre el hipogastrio, y los demás sobre la cara interna de los muslos; despojó inmediatamente de su cubierta el pene, los testículos y sus cordones, dejándoles únicamente su túnica inmediata, y después aplicó el colgajo superior alrededor del pene y los laterales sobre los testículos, procurando luego, á beneficio de multiplicados puntos de sutura, formar una cubierta cutánea para todos estos órganos.

Este procedimiento tendrá únicamente aplicación cuando los testículos estén sanos. Pero existe frecuentemente en estos casos una alteración que consiste en la extraordinaria prolongación de los cordones espermáticos, y cuando tal acontece ¿podemos conservarlos? Delpech asegura que así debe hacerse, porque bien pronto se retraen hasta llegar á adquirir casi su natural longitud.

VI.—De la osqueoplastia

Malgaigne fué el primero que practicó esta operación, que tiene por objeto colocar de nuevo debajo de los tegumentos un testículo que haya salido á través de una herida del escroto y adherencias adquiridas lo mantengan al exterior.

El procedimiento operatorio consiste en refrescar los bordes de la solución de continuidad de los tegumentos, y disecar éstos por todos lados hasta un punto en que no esté ya el tejido celular inducido, para obtener así un ancho espacio en el que se pueda colocar el testículo. Colocados después los tegumentos por delante de este órgano, se los reúne por sutura.

Es muy posible que esta sutura no dé resultado, porque se habrán aplicado las superficies cruentas de los tegumentos sobre la superficie supurante del testículo. Por esto será útil disecar los tegumentos en bastante extensión para poderlos colocar sin esfuerzo alguno delante del testículo, de manera que, si la sutura no diese resultado, pudiésemos fácilmente reemplazarla por tiras de diaquilón, ó mejor por colodion, sin temor de que la retracción de los labios de la herida permita que el testículo salga de nuevo al exterior.

Malgaigne practica la misma operación con objeto de reintroducir en el escroto el *fungus benigno del testículo*, que no es otra cosa que una hernia del tejido testicular á través de una abertura de la túnica albugínea y al mismo tiempo á través de los tegumentos; pero Syme concibió y puso en práctica antes que él esta misma idea, habiendo obtenido ambos el mismo satisfactorio resultado.

VII.—Del fungus tuberculoso del testículo

Unas veces estos fungus se presentan al exterior como una especie de hongo de mamelones pálidos, surcado de fistulas que alcanzan uno ó más centímetros de profundidad, y otras veces, y éste es el caso más frecuente, existen en la piel una ó muchas fistulas que dejan penetrar el estilete algunas veces á una considerable profundidad, y van á parar á un tumor profundo unido al testículo. Finalmente, el fungus puede haberse originado en el epidídimo ó en el testículo mismo.

Nadie conocía estas especies de fungus antes que Malgaigne

llamase la atención de los cirujanos sobre este particular, y la terapéutica de esta dolencia, sobre ser muy oscura, unas veces se limitaba á las inyecciones irritantes ó cáusticas y otras veces llegaba hasta la castración.

He demostrado que es suficiente la ablación del fungus para alcanzar la curación, y que, practicando esta ablación, podemos y debemos evitar la castración.

Procedimiento operatorio.—Cuando el fungus se presenta al exterior, se le circunscribe por dos incisiones, y luego se le extirpa por cortes horizontales sucesivos, guiándose por un estilete introducido en las fistulas, el cual indicará la profundidad de la lesión; de este modo llegaremos hasta la cápsula fibrosa que separa el tumor del tejido testicular. Al llegar á este punto, podemos suspender la escisión al nivel de esta cápsula ó bien podemos escindir además ésta, á fin de asegurarnos del estado de integridad del tejido del testículo, que con esto quedará completamente al descubierto. La herida se reunirá por primera intención.

Cuando no existe más que una fistula, se la divide sobre la sonda acanalada hasta que el fungus quede completamente al descubierto, para escindirlo como de ordinario; pero si la piel ofreciese muchas aberturas fistulosas, deberíamos comprenderlas entre dos incisiones semielípticas. Aun en este caso podríamos tantear la reunión por primera intención; pero será raro que dé resultado por razón de la profundidad á que habrá llegado la escisión. Tales son las operaciones que se pueden practicar; pero, por mi parte, sólo encuentro una aplicable á estos casos, y es la castración.

VIII.—De la ablación del testículo

Anatomía quirúrgica.—Además de la túnica vaginal que lo envuelve casi por completo, el testículo está cubierto por la piel; la fascia superficialis y el dartos. Las dos primeras capas son comunes á todo el escroto; pero cada testículo tiene un dartos especial, y ambos se reúnen en la línea media para formar el tabique que separa las dos cavidades. Las arterias del escroto provienen especialmente de las *pudendas externas*, ramas de la femoral y luego de la *arteria del tabique*, rama inferior de la pudenda interna. Las venas correspondientes acompañan siempre sus arterias respectivas.

Los vasos del cordón y testículos provienen de otros orígenes. La *arteria espermática* nace de la aorta ó de la renal y va especialmente destinada al testículo; la *arteria deferente* proviene de una

de las arterias vesicales nacida de la hipogástrica, y finalmente existe la *arteria cremastérica*, que es una rama de la epigástrica. Esta última arteria, situada por fuera del cordón propiamente dicho, desciende á lo largo del cremáster y acaba anastomosándose, por una parte, con la arteria espermática, y por otra, con las últimas ramificaciones de la arteria del tabique y de las pudendas externas. La arteria deferente desciende serpenteando colocada sobre el conducto deferente en toda la longitud del cordón, y cerca de la cola del epidídimo se divide en dos ramas, de las cuales una se anastomosa con la arteria espermática, y la otra se distribuye por la túnica vaginal y el cremáster. Por último, la arteria espermática, que es la más voluminosa de las tres y está situada en el centro del cordón, á una distancia del epidídimo que varía desde 3 hasta 8 centímetros, se divide en dos ramas, de las cuales una está destinada al testículo, y la otra se distribuye por el testículo y el epidídimo; esta última es la que se anastomosa con la arteria deferente.

Así es que en la parte superior del cordón no se encuentran otras arterias que las tres indicadas, á saber: la cremastérica por delante, la espermática en el centro y la deferente por detrás y unida al conducto de su nombre. Más abajo, además de las dos ramas de la arteria espermática (A. Cooper hizo dibujar una figura en que se ven tres), debemos contar con las ramitas que proporcionan todas las demás, ramitas que, cuando el testículo está enfermo desde larga fecha, pueden adquirir tal volumen que, al abrirlas, se hace precisa su ligadura.

Las venas correspondientes ascienden pasando por el conducto inguinal como las arterias que por él salen.

Los nervios provienen de tres orígenes: del nervio cremastérico, de las ramas músculo-cutáneas del plexo lumbar y del nervio pudendo, rama del plexo ciático.

Algunos cirujanos, en vez de extirpar el testículo, han intentado atrofiarlo; unos, como Harvey y Maunoir, ligando la arteria espermática; otros, como Morgan, escindiendo una regular porción del conducto deferente; otros, cortando los nervios, y finalmente se ha llegado á dividir el cordón en su totalidad. Además de las dificultades que en sí llevan estas operaciones y de la incertidumbre de sus resultados hasta en el testículo no degenerado, debemos hacer observar que la ablación de este órgano no está justificada sino cuando su tejido primitivo ha desaparecido por efecto de una degeneración, que las más de las veces es de naturaleza cancerosa; en tal caso, es más que dudoso que pueda conseguirse la atrofia, y en realidad la única operación racional que puede practicarse es la ablación. Esta se practica generalmente con el bisturí, pero Chassaing ha aplicado en este caso la estrangulación lineal.