

cación es muy sencillo: se empieza por incidir la piel circularmente, y luego se aplica la cadena alrededor del punto sobre el cual debe efectuarse la sección. Chassaignac coloca una sonda en la uretra; pero esta precaución es en este caso aún más inútil que en cualquier otro de los demás procedimientos, ya que he observado que, resistiéndose la mucosa uretral á este género de sección más que las otras partes del mismo órgano, se deshila, por decirlo así, y por consiguiente se la puede reconocer con facilidad, porque sobresale en la superficie de la herida. Podemos con ventaja incidirla en la cara inferior del conducto y suturarla con la piel, porque así el meato urinario, colocado en la cara inferior, dirigirá hacia abajo el chorro de la orina.

Galvanocáustica.—Podríamos emplear para este caso el cuchillo, pero el asa es preferible por ser más hemostática.

Después de la operación puede prescindirse de dejar colocada una sonda, sobre todo si se ha tenido el cuidado de doblar la mucosa uretral con la piel.

Cuando ha podido quedar un muñón de alguna longitud, el operado orina sin la menor dificultad; pero cuando la amputación ha debido recaer en un punto inmediato al pubis, la orina salta hacia el abdomen, ó babea sobre el escroto y muslos, y el enfermo se ve obligado á ponerse en cuclillas para orinar. Este inconveniente puede remediarse sirviéndose de una cánula cónica de boj, marfil ó metal que, aplicada por su base sobre el pubis sirve para dar dirección al chorro de la orina.

ARTÍCULO III

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LA URETRA Y LA VEJIGA

I.—Imperforación completa ó incompleta del meato urinario

Se encuentra á veces en los recién nacidos una imperforación incompleta del meato, de manera que la orina sale por una abertura casi imperceptible, ó bien existe una oclusión completa, y entonces se encuentra el conducto dilatado y lleno de orina hasta el punto ocluido, que por lo regular no se aleja mucho de la superficie del glande.

Cuando existe la boquilla de la uretra y únicamente están sus bordes unidos entre sí, se los puede separar con un estilete de botón. Cuando, por el contrario, no se ve indicio alguno de aber-

tura, se empieza por practicar con el bisturí, y en el vértice del glande, un pequeño corte siguiendo la dirección de la uretra, y con un trócar se concluye la perforación.

Para la imperforación incompleta, se ha aconsejado dilatar la abertura, empezando por introducir un estilete muy delgado, para continuar después con candelillas, cuyo calibre aumenta de un modo gradual. Este procedimiento tiene sin embargo la desventaja de ser de acción tardía é incierta; mejor será dilatar la abertura con el bisturí dirigiendo el corte hacia abajo ó hacia arriba, según sea la posición del orificio. Para esto se introduce en la uretra un estilete acanalado, sobre el cual debe deslizarse un bisturí ordinario, ó bien podemos servirnos igualmente de un tenotomo obtuso que, introducido en el conducto, obrará al retirarlo. Algunos cirujanos han creído preferible valerse de un pequeño litotomo oculto hecho construir expresamente para esta operación, lo cual me parece una complicación enteramente inútil. Una vez practicada la incisión, se debe colocar una sonda permanente para mantener el orificio dilatado hasta que esté concluida la cicatrización, ó bien podemos aplicar á este caso el procedimiento de Amussat, que consiste en dividir de cuando en cuando el ángulo de unión de la membrana inodular.

Se han visto casos en los cuales la uretra estaba obliterada en su parte media, y aun otros en que ha faltado por completo; pero estos vicios de conformación casi siempre van acompañados de imperforación del ano, abertura de la vejiga en el recto, persistencia del úracó ó de un conducto de derivación.

A pesar de los casos publicados y reunidos en la interesante tesis de Guyon, y á pesar también de las operaciones practicadas con éxito para restablecer la abertura anormal de la uretra, me atrevo á presumir que la imposibilidad de orinar atribuída por algunos cirujanos á la imperforación de la uretra *al nivel del meato* es un error de observación. Ya me ocupé en este particular (*Gazette hebdomadaire*, 1864) mucho tiempo atrás, pero creo útil consignar en este punto esta causa de error. Cuando no existe otro vicio de conformación apreciable más que la imperforación del meato, por otra parte de una regular conformación exterior, la abertura de la uretra se encuentra en forma de estrecha hendidura al nivel del frenillo (fig. 635). Esta hendidura, cuyos dos labios están unidos, y se encuentra á veces oculta debajo de un prepucio bastante corto, no da fácil salida á la orina desde el primer momento, y por esto se cree en la existencia de una verdadera obliteración, cuando en realidad no hay tal. Bastará buscar esta hendidura y separar sus labios, para que el chorro de la orina salga desde luego y para siempre con entera libertad. Pero el meato imperforado no está separado de esta abertura y por consiguiente del verdadero con-

ducto más que por una delgada capa de tejidos, lo cual explica por qué los cirujanos que no conocieron esta disposición han creído haber remediado una verdadera obliteración de la extre-

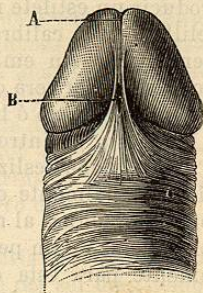


FIG. 635

ABERTURA ANORMAL DE LA URETRA

A, meato imperforado.—B, abertura anormal

dad anterior de la uretra practicando una punción al nivel del meato imperforado, y hasta algunos han creído haber formado un verdadero conducto, siendo así que penetraron en un conducto preexistente, pero que se abría en la parte inferior del glande.

II.— Hipospadias

Existen diferentes especies de hipospadias, que corresponden bastante bien á los diversos grados de desarrollo de la uretra en el feto. Así es que, en los primeros tiempos de la vida intra-uterina, la parte inferior del miembro, el escroto y una porción del periné están divididos por una fisura media, que representa una especie de vulva en la cual se abre la uretra, estado que, cuando persiste, constituye una especie de hermafroditismo aparente, contra el cual no cuenta la cirugía con recurso alguno. En el tercer mes, el periné y el escroto están reunidos en la línea media; y la uretra, si bien es completa por detrás, no existe en la parte anterior, y por consiguiente se abre en la raíz del miembro. En otra variedad, la más frecuente de todas, la uretra se prolonga hasta la base del glande y se abre en la raíz del frenillo prepucial, que á su vez se encuentra dividido y colocado en un punto más posterior; en estos casos, generalmente el glande presenta un canal que corresponde

á la fosa navicular. Por último, el hipospadias puede estar limitado al glande, terminando la uretra en él en forma de canal, sin embargo de que el prepucio sea completo. Podemos dividir estas variedades en hipospadias supra-escrotal, peniano y balánico.

1.º *Hipospadias supra-escrotal. Procedimiento de Dupuytren.*—La primera vez que este cirujano empleó un procedimiento especial, introdujo un pequeño trócar, construido expresamente para este caso, desde la parte anterior é inferior del glande á lo largo del trayecto que debía seguir la uretra hasta el punto de la fistula; todo este trayecto fué en seguida cauterizado con un cauterio cilíndrico muy delgado. Apareció después de esto una inmensa inflamación y consiguientemente se estableció la supuración, y en este momento el cirujano introdujo en el nuevo conducto una sonda de goma elástica hasta la vejiga; tres meses después trató por la cauterización la fistula que existía en la raíz del miembro, con la cual se cicatrizó, y desde este momento la orina continuó saliendo libremente por el nuevo conducto. Por desgracia el niño operado se perdió pronto de vista, y por consiguiente no fué posible observar su estado ulterior; se añade, sin embargo, que Dupuytren practicó una segunda vez esta operación en un caso análogo y con el éxito más completo.

Ante todo conviene dejar consignado que la intervención del cauterio es una medida muy poco racional, y que sería suficiente colocar después del trócar una sonda de goma elástica. De todos modos, una perforación así larga ¿podrá dejar formado un trayecto fistuloso persistente sin el uso indefinidamente continuado de la sonda? Volvemos de nuevo sobre este particular al tratar más adelante del hipospadias subprepucial, apreciando entonces los diversos procedimientos.

Procedimiento de Bouisson.—Este cirujano practicó á lo largo de la cara inferior del miembro, siguiendo los dos bordes del canal que representa la cara superior del conducto, dos incisiones longitudinales; cortó después, de la parte media del escroto y midiendo toda la altura de éste, un largo y estrecho colgajo, que fué desprendido por su parte inferior correspondiente al escroto, pero quedó por su base de implantación adherido á la cara inferior del miembro. Dobló este colgajo y lo replegó sobre sí mismo haciendo de manera que, poniéndose en contacto las dos mitades longitudinales de su cara cruenta, quedase, tanto al exterior como por la cara que debía formar el conducto, una superficie de piel normal cubierta de su correspondiente epidermis. Hecho esto, fijó por sutura los bordes de este colgajo, duplicados del modo dicho, á los labios de las dos heridas longitudinales. La operación se frustró,