

disposiciones del sujeto, esta simple operación puede provocar un malestar profundo, escalofríos, fiebre, y algunas veces hasta accidentes mortales; por esto es bueno administrar preventivamente después del cateterismo 25 ó 30 centigramos de sulfato de quinina. El cirujano es enteramente irresponsable de tales trastornos, porque no hay medio alguno de preverlos ni evitarlos; pero acaece en ocasiones otro accidente que es obra del cirujano: las falsas vías.

VI. — Del cateterismo en los casos de falsa vía

El sitio de elección de las falsas vías corresponde delante del bulbo, inmediatamente debajo de la sínfisis, en el punto de unión de las porciones ascendente y descendente de la uretra.

Sea como fuere, cuando un operador llamado por una retención de orina ha formado en el conducto de la uretra falsas vías, no por esto debe desistir de dar salida á la orina y es también el cateterismo el medio á que debe recurrir. Se empieza ante todo por dejar al conducto libre de los coágulos que contiene, lo cual se consigue á beneficio de una inyección de agua tibia y comprimiéndolo suavemente de atrás á delante con los dedos. Hecho esto, se procura llegar á la vejiga, para lo cual tenemos dos procedimientos.

Primer procedimiento.—Se toma una sonda curva de plata de grueso calibre, y se la introduce lentamente siguiendo la pared superior del conducto y escuchando, por decirlo así, á cada paso que da si encuentra algún obstáculo ó falsa vía. Cuando ha penetrado en la vejiga, se la retira un poco y se la deja colocada hasta el día siguiente, porque no hay seguridad alguna de poderla reemplazar inmediatamente con otra de goma elástica. Al siguiente día, esta sustitución será mucho más fácil y provechosa; pero el cirujano no debe olvidar la importante precaución de dejar el menor intervalo posible entre la extracción de la primera y la introducción de la otra sonda, á fin de no dejar á la uretra tiempo suficiente para que pueda contraerse espasmódicamente.

Tal vez sería ventajoso servirse de una sonda de corta corvadura, porque así la pared inferior, en la que se encuentra la falsa vía, se separaría más del pico del instrumento y éste seguiría más exactamente la pared superior.

Segundo procedimiento.—Se procura ante todo introducir hasta la vejiga una candelilla filiforme, no descuidando, al hacerlo, las precauciones que indicaremos en el artículo siguiente. Se ata después á su pabellón un hilo largo y sobre éste se desliza una sonda elás-

tica abierta por sus dos extremos, y cuando ésta ha podido penetrar hasta la vejiga, se retiran el hilo y la candelilla.

Este procedimiento no debe emplearse sino con mucha circunspección, no olvidando al propio tiempo que no siempre surte efecto. Las sondas llamadas de goma tienen las paredes demasiado gruesas; así es que, cortada su extremidad para dar paso á la candelilla sobre la cual debe deslizarse, forma un considerable reborde alrededor de ésta, reborde que hiere á la mucosa, y, rechazando á ésta delante de la sonda, impide su introducción. Si, para vencer esta resistencia, empujamos el instrumento con fuerza, nos exponemos á romper el hilo y á dejar la candelilla dentro del conducto. Pues bien, conviene saber que en muchos casos de retención de orina por hipertrofia de la próstata, una pequeña candelilla introducida en la vejiga es suficiente para que la orina filtre por los lados del instrumento, y empeñándose en deslizar sobre la candelilla una sonda, nos exponemos primero á no poderlo alcanzar, y luego á que, al retirar la sonda, arrastre la candelilla, y por consiguiente ésta se salga del conducto; de manera que, con esta maniobra, podemos perder el beneficio seguro de la colocación de una candelilla. Existe un recurso que lo empleo hace ya más de quince años en los casos de hipertrofia prostática que oponen obstáculo al cateterismo, el cual me ha surtido efecto constantemente, hasta en casos en que otros medios se habían frustrado. En el cateterismo ordinario se aconseja que cuando la sonda haya llegado á colocarse detrás del pubis, se incline el pabellón hacia abajo, al mismo tiempo que se empuja la sonda hacia la vejiga; pues bien, en el caso de hipertrofia prostática conviene, al contrario, inclinar hacia abajo la sonda manteniéndola inmóvil y más bien retirándola un poco hacia sí. De esta manera el pico de la sonda, en vez de ir á chocar contra el lóbulo prostático hipertrofiado, describe una curva de muy corto radio y tiende á aproximarse hacia el pubis y contra este hueso, con lo cual se pone en íntima relación con la pared superior del conducto y evita un obstáculo que únicamente reside en la pared pósteroinferior.

Hay casos en que no puede llegarse hasta la vejiga, y entonces no deben prolongarse las tentativas por temor de aumentar la lesión existente y la inflamación que ha de sobrevenir; prefiero entonces apelar á la punción de la vejiga.

De todos modos, desde el momento que se ha podido pasar una sonda de goma elástica, como que sería peligroso dejar una porción excesiva de sonda dentro de la vejiga, se empieza por retirarla lentamente, hasta que la orina no sale ya por ella; esto indica que el extremo ó los agujeros terminales de la sonda están fuera de la vejiga; entonces se la introduce un poco y se corta

una buena porción de la parte de sonda que queda por fuera del orificio externo de la uretra. Hecho esto, algunos cirujanos la fijan por medio de un vendaje de cuerpo, medio poco conveniente, porque el instrumento se mueve con demasiada libertad hacia uno y otro lado; pero otros anudan una mecha de algodón en la extremidad de la sonda, conducen los dos cabos de la mecha detrás de la corona del glande, los unen en este punto por un nudo sencillo que permite pasarlos alrededor del miembro, y después de esta vuelta, los sujetan más firmemente por un nudo sencillo y una

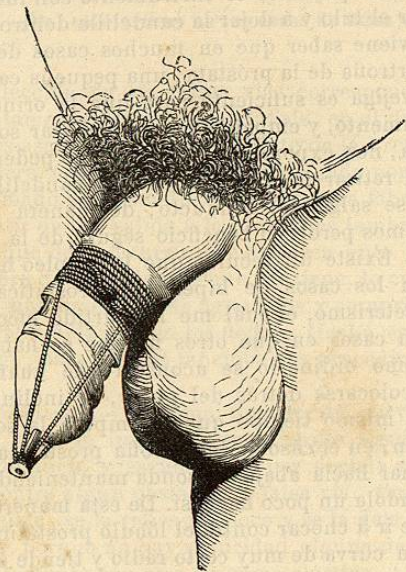


FIG. 666

Modo de fijar la sonda

lazada colocada á uno de los lados del pene. Una segunda mecha aplicada del mismo modo viene á anudarse en el lado opuesto.

Temen algunos que este procedimiento pueda determinar la estrangulación del glande en caso de que sobrevinieran fuertes erecciones; pero dudo que el pene pueda sufrir erecciones tan intensas cuando lleva en su interior una sonda, y por otra parte no conozco caso alguno de estrangulación sobrevinida en semejante circunstancia. Para evitar este peligro, ha sido propuesto atar estos cuatro cabos en un círculo de alambre colocado en la raíz del miembro, el cual á su vez estaría sujeto por otros cordones á

un suspensorio; pero sería todavía mucho más sencillo atarlos directamente en unos ojales practicados en el suspensorio ordinario. Han creído también algunos que la excesiva tensión de estos

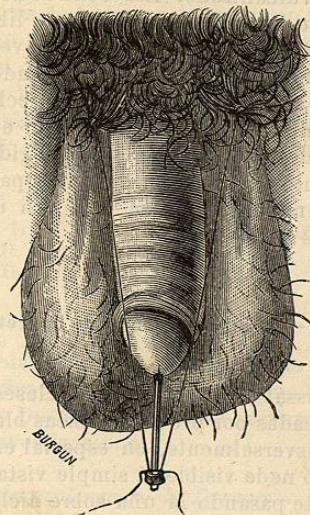


FIG. 667

Modo de fijar la sonda

hilos podría impedir el desarrollo del miembro durante la erección, ó harían salir la sonda de la vejiga; pero dándoles la longitud

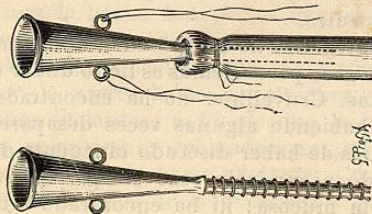


FIG. 668

Aparato para fijar las sondas de caucho (L. Le Fort)

suficiente ó sustituyéndolos por delgadas tiras de goma elástica, no hay lugar á temer tales accidentes.

Cuestión tan sencilla no debiera preocupar tanto á los cirujanos;

el mejor y más sencillo de todos los medios consiste en atar los hilos que sujetan la sonda á los pelos más inmediatos á la raíz del miembro (fig. 667). Es muy difícil mantener colocadas las sondas blandas de caucho vulcanizado. Las contracciones del conducto lanzan la sonda, que se repliega en su parte libre y puede ser expulsada por completo. Para evitar este inconveniente, he ideado una especie de embudo pequeño muy prolongado (fig. 668) con ranuras circulares en su exterior. Su parte estrecha se introduce en el punto terminal de la sonda, sujeta con algunas vueltas de hilo. Esta porción de sonda, convertida en rígida, se introduce en la uretra. Todo junto se sujeta por dos hilos pasados por los anillos laterales del embudo y éste se tapa con un palillo de madera.

VII.—De las estrecheces de la uretra

Anatomía.—Amussat admitía cuatro clases de estrecheces: 1.^a *bridas*, caracterizadas por pequeñas líneas blanquecinas, filiformes y situadas transversalmente, en especial en la pared inferior de la uretra, poco ó nada visibles á simple vista, pero que se las encuentra fácilmente pasando la uña sobre dicha pared de atrás á delante; 2.^a *estrecheces valvulares*, que no son otra cosa que bridas que ocupan toda la circunferencia de la uretra; 3.^a *estrecheces por tumefacción crónica de la mucosa*, con ó sin induración del tejido submucoso, las cuales afectan la uretra en una extensión variable desde algunos milímetros hasta 3 centímetros ó más; 4.^a *estrecheces callosas*, caracterizadas por induraciones, callosidades ó nudosidades, que comprenden, no sólo la mucosa, sino además los diversos tejidos subyacentes.

Estas cuatro categorías no comprenden ni con mucho todas las estrecheces orgánicas; pero además es lícito dudar de que Amussat las observase todas. Cruveilhier no ha encontrado más que estrecheces fibrosas, habiendo algunas veces desaparecido la mucosa. A. Guérin, después de haber disecado cincuenta de estas lesiones, no ha encontrado ni un solo caso en que estuviese interesada exclusivamente la mucosa; ni ha encontrado tampoco, por otra parte, tejido inodular ni fungosidades. Según este cirujano, la alteración que caracteriza esta dolencia reside esencialmente en el tejido esponjoso. Thompson divide las estrecheces en lineales y anulares; anulares induradas é irregulares ó tortuosas.

El sitio predilecto de las estrecheces es un punto bastante bien conocido y situado casi inmediatamente debajo de la sínfisis; en

una palabra, en el punto de unión entre las porciones ascendente y descendente de este conducto.

Thompson, que ha hecho extensas investigaciones sobre este particular, no ha encontrado ninguna estrechez de la región prostática en los museos de Londres, Edimburgo y París. Este cirujano divide la uretra en tres regiones, la primera comprende la porción membranosa y el final de la porción esponjosa; la segunda, la porción esponjosa hasta las inmediaciones del glande, y la tercera consta de la porción del glande más la parte inmediata de la porción esponjosa. En 270 operaciones que suman 320 estrecheces ha encontrado:

De la región I.	215 ó sea 67 por 100 del número total.	
De la región II.	51 — 16	id.
De la región III.	54 — 17	id.
	320	

Para reconocer las estrecheces, por punto general los prácticos se limitan á practicar un simple cateterismo con candelillas más ó menos finas; pero Ducamp y Amussat creyeron necesario proceder á más extensas investigaciones.

Procedimiento de exploración de Ducamp.—Ducamp se proponía conocer: 1.^o la distancia de la estrechez respecto del meato urinario; 2.^o la situación de la abertura de la estrechez, y 3.^o su longitud.

Conseguía el primer dato, introduciendo hasta la estrechez una candelilla sobre la cual estaban marcadas las divisiones del metro.

Para lo segundo, servía la *sonda exploradora*, sonda de goma elástica que llevaba en su extremidad un pincel de seda embadurnado de una mezcla hecha con partes iguales de cera amarilla, diaquilón, pez de zapatero y resina, en cantidad suficiente para dar al pincel el diámetro de la sonda. Esta sonda, así preparada, se introduce en la uretra hasta la estrechez, punto en el cual se la deja algunos instantes, á fin de que la cera tenga tiempo suficiente para calentarse y reblandecerse, en cuyo instante se empuja el instrumento más hacia adelante. Con esto la cera llena todas las anfractuosidades de la estrechez y penetra en su abertura; así es que, retirada la sonda con precaución, se puede ver en su extremidad terminal la forma de la estrechez, y sobre todo indicará si la abertura está situada en el centro ó hacia la circunferencia.

Finalmente, para conocer la longitud de la estrechez, se toma una candelilla de goma elástica fina y cilíndrica y se la cubre con una capa de cera de modelar; así preparada, se la introduce hasta