

en un enfermo á quien había dejado colocada durante veinticuatro horas la candelilla conductriz del uretrotomo, se me ocurrió la idea de sustituir la uretrotomía que iba á practicar por la dilatación rápida por el procedimiento de Richard. En una sola sesión pasé por esta apretada estrechez todos los números de la escala hasta el 18. Repitiendo este experimento, pude observar que la permanencia de la candelilla produce una ligera inflamación, que á menudo se traduce por una ligera blenorrea, y esta inflamación da por resultado el reblandecimiento y la mayor dilatabilidad de la estrechez. En esta circunstancia estriba la base del método. Desde 1866, pues, en la mayoría de los casos he recurrido á la dilatación rápida, *pero después de haber dejado colocada durante veinticuatro horas una candelilla dentro del conducto*. No obstante, á pesar de este reblandecimiento y de esta distensibilidad, cuando se trata de una estrechez muy apretada que únicamente permite el paso de una candelilla muy fina, el procedimiento de Richard es de difícil aplicación por causa de la escasa resistencia de la candelilla. Esta circunstancia constituye el segundo punto del problema, que traté de resolverlo mandando fabricar candelillas metálicas cónicas y curvas, cuyo vértice se prolonga por una candelilla conductriz. Hé aquí cómo practico yo la dilatación. Lo mismo cuando se introduce mediante una candelilla conductriz un uretrotomo ó mis sondas dilatatrices, puede suceder que la candelilla flexible se encorve dentro del conducto y el instrumento rígido se desvíe y haga falsas vías. Evité ya en 1871 este accidente haciendo fabricar á M. Benas candelillas cónicas, que llevan en su interior, por la parte de su base, una fina ballena. Esta adición este fabricante la ha hecho extensiva á todas las candelillas conductoras del uretrotomo, y hasta ha modificado las demás sustituyendo la ballena por una crin de Florencia.

Como que la candelilla conductriz termina en el talón por una pieza metálica que no forma ni debe formar prominencia, era bastante difícil fijarla dentro del conducto y durante veinticuatro horas con seguridad. Para corregir este defecto, he ideado una pequeña placa metálica que tiene en su centro un hueco en forma de rosca que se atornilla en el talón de la candelilla, lo mismo que el uretrotomo ó la sonda dilatatriz y forma cuerpo con el instrumento. Los dos agujeros laterales que tiene esta pieza sirven de punto de apoyo á los hilos que han de sujetar la candelilla al miembro ó á los pelos del pubis.

Las sondas cónicas son en número de tres, que corresponden á los números 12, 17 y 22 de la escala de Charrière. Este número basta, pero si se desea que haya menos diferencia entre los diversos calibres, puede aumentarse el número de sondas hasta cinco, correspondiente entonces á los números 12, 15, 17, 19 y 22.

Quando se trata de operar la dilatación, se introduce en la estrechez una fina candelilla conductriz y se la sujeta como he dicho más arriba. Bajo la influencia de la irritación que su presencia determina, la mucosa sufre una modificación orgánica indicada ya por John Hunter, que aumenta la secreción del moco uretral y suaviza la mucosa y los tejidos de la estrechez, hasta el punto de que la candelilla, que en el momento de su introducción había quedado apretada, pasadas las veinticuatro horas, se mueve muy libremente en el interior del conducto.

Una vez alcanzado este efecto, quito la planchita y atornillo en el talón de la candelilla un catéter cónico de melchor, cuyo diámetro sea, en la punta, el de la candelilla flexible, y en el punto más ancho, el del número 12 de la escala de Charrière. Del mismo modo que se haría con el uretrotomo, empujo la candelilla metálica al interior del conducto, y ésta á su vez impele delante de sí á la candelilla flexible, que penetra y se dobla en la vejiga; en seguida introduzco nuevamente la sonda, que no puede ya extraerse, gracias á la candelilla conductriz que la guía, y con esto tengo empezada la dilatación. Retiro después la sonda metálica, y cuando el talón de la candelilla flexible, la cual no debe abandonar la vejiga, aparece fuera del meato, destornillo la sonda número 1 y la reemplazo por el número 2, cuyo diámetro es el mismo en la punta, pero aumenta hasta el del número 17 de la escala. Cuando es difícil dilatar la estrechez ó se encuentra en ella una considerable resistencia, no sigo más adelante, sino que dejo colocada la candelilla conductriz hasta el día siguiente; pero, por lo regular, introduzco seguidamente el número 3, que en su parte más ancha alcanza al número 22 de la escala. En este momento, puede decirse que no existe ya la estrechez, é introduzco una sonda número 16 ó 18 y la dejo colocada tres ó cuatro días, después de los cuales paso candelillas hasta los números 21, 23 ó 25; enseño al enfermo el modo de sondarse, y desde este momento queda terminada mi intervención. El enfermo cuidará de mantener la curación pasándose todos los días primero, cada dos días después y cada semana durante muchos meses, una candelilla de goma del número 18. Si olvida esta precaución, se expone á la recidiva lo mismo con este método que con todos los demás.

5.º *Cauterización*.—Este método es de fecha muy antigua, y Ducamp fué quien lo regularizó; Lallemand, Amussat y otros han introducido en el procedimiento del primero insignificantes modificaciones, y por lo tanto es el único que merece ser descrito.

*Procedimiento de Ducamp*.—El portacáustico de Ducamp es una cánula de goma elástica terminada por una cubeta de platino de

13 milímetros de longitud. Por esta cubeta puede salir y entrar de nuevo, como convenga, un cilindro de platino de 2 milímetros de diámetro, colocado en el extremo vesical de una candelilla de goma elástica que sirve de mandril al instrumento. Este cilindro tiene una profunda ranura que se llena de nitrato de plata fundido á la llama de una bujía.

Así armado el instrumento, después de convenientemente untado y cerrado, se le introduce hasta la estrechez, cuya distancia se habrá medido previamente. Cuando se da con un obstáculo que opone resistencia á su introducción, se detiene su marcha, y empujando el mandril, se hace salir el cilindro de platino, que penetrará solo en el obstáculo. Una señal que lleva la cánula indicará constantemente de qué lado se encuentra la ranura que lleva el cáustico. Por lo tanto, cuando la abertura de la estrechez está en la parte superior, se comunicará al instrumento un movimiento de rotación, para colocarlo de manera que la ranura mire hacia abajo y cauterice en esta dirección; cuando la abertura sea inferior, se hará el movimiento en sentido contrario, y finalmente, cuando sea central, gracias á un movimiento de rotación completo, el cáustico se pondrá en contacto con toda la circunferencia de la estrechez. Pasado un minuto, se reintroducirá el cilindro en el interior de la cánula y se retirará el instrumento.

La ranura del portacáustico puede contener de 2 á 3 centigramos de nitrato de plata, y dejando el cáustico en contacto con los tejidos durante un minuto, rara vez se disuelve más de una tercera parte; generalmente  $\frac{1}{2}$  centigramo es lo que basta para cada aplicación.

Después de la primera cauterización se deja tres días sin renovarla; y pasados éstos, se vuelve á examinar la estrechez, para hacerse cargo de los puntos que hayan quedado más salientes. Después de esto, se introduce en seguida una candelilla de diámetro proporcionado á la importancia del obstáculo. Cuando penetra hasta la vejiga, queda la más completa certeza de que es una sola la estrechez, y entonces se procede á una segunda aplicación del cáustico, para tres días después proceder á un nuevo examen. Cuando sean pocos los puntos salientes y una candelilla número 6 pueda pasar fácilmente el obstáculo, se continuará el tratamiento por la dilatación. Ducamp, cuando encontraba la estrechez á una distancia mayor de 16 centímetros (estando el miembro elevado y distendido), se servía de un porta-cáustico de cánula ligeramente curva, dentro del cual podía dar vueltas al mandril sin que fuese necesario mover la cánula.

6.º *Electrolisis*.—Amussat, Tripier y Mallez han empleado la electrolisis para poder penetrar en la vejiga destruyendo la estre-

chez por cauterización química. El instrumento generalmente usado consiste en una sonda de goma que lleva en su punta una especie de virola metálica, en relación, por medio de un hilo interior, con la armadura exterior, la que á su vez está en comunicación con uno de los polos de la pila. Esta disposición de la parte cauterizante tiene el inconveniente de cauterizar el conducto por uno de los lados. Por esta razón, cuando intenté, en 1872, poner en práctica este medio, como he dicho más arriba, había construído un pequeño aparato que no cauterizaba más que por el centro de su punta. Se emplean también uretrotomos electrolíticos en forma de lámina metálica, que no obran sino sobre un punto de la estrechez. La aplicación de este método es bastante sencilla. Se conduce el instrumento hasta la estrechez y se le pone en comunicación con el polo negativo de una batería de corriente continua en que el polo negativo está formado por una plancha de metal ó un cono de carbón cubierto de piel de gamuza mojada, que se coloca sobre el vientre ó el muslo. La sesión no puede durar más que algunos minutos. Aunque soy partidario de la electrolisis y la utilizo muchas veces en otras afecciones, he de rechazarla en las estrecheces de la uretra por motivos que detallaré más adelante y que son aplicables también á la cauterización.

7.º *Uretrotomía interna*.—La idea de suprimir el obstáculo que al libre curso de la orina opone una estrechez á beneficio de la incisión ó escisión de ésta, lejos de ser nueva, se remonta á los siglos XVI y XVII. Ch. Bell describe un instrumento destinado á practicar la uretrotomía de atrás á delante; Mac Ghie, de Dombries, en 1823, y Stafford, de Londres, en 1827, describieron y practicaron esta operación; pero en realidad no puede considerarse de hecho dentro de la ciencia hasta después de la Memoria de Reybard, premiada por la Academia en 1852.

*Procedimiento de Reybard*.—La operación de Reybard dista mucho de ser la uretrotomía tal como hoy día se la practica, pues tenía por objeto seccionar el conducto en todo su espesor, respetando únicamente la piel. Al principio, servíase este cirujano de una sonda de plata de variable calibre y adelgazada en su extremo terminal para franquear la estrechez. Una ranura lateral permitía la salida de una hoja de cortaplumas de 2 á 3 centímetros de longitud, inclinada casi en ángulo recto sobre la sonda; esta hoja salía del interior de ésta cuando la ranura había pasado más allá de la estrechez, y la dividía de atrás á delante, seccionando de un solo corte todo el espesor de la pared uretral hasta llegar á la porción sana del conducto; en este momento, la hoja se ocultaba nuevamente en el interior de la sonda, para poder extraer ésta sin peligro

de otra lesión. Más tarde añadió á la cánula dos vástagos de acero aplicados sobre la cara externa, los cuales pueden separarse para dilatar la uretra á beneficio de un mecanismo exterior. Después de practicada la primera incisión del modo dicho, se introduce nuevamente la sonda á través de la estrechez, se separan las dos varillas dilatatrices, y haciendo salir nuevamente la hoja, se incide segunda vez sobre los tejidos distendidos, que en este momento están en mejor disposición para ser incididos por completo. En el mismo instante, el conducto uretral admite las sondas de mayor calibre, y es preciso pasarlas de cuando en cuando hasta que la incisión se haya cubierto de una cicatriz mucosa, que, según el autor, es una garantía contra toda recidiva de estrechez.

La uretrotomía, tal como actualmente se la practica, se limita á sacrificar hasta una regular profundidad el conducto de la uretra, pero sin traspasar los límites de su pared. Podemos seccionar la

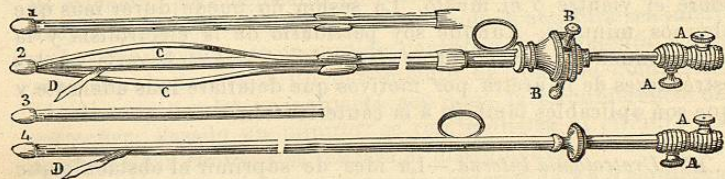


FIG. 679

Uretrotomo de Reybard

estrechez de delante atrás ó viceversa. Antes que á Maissonneuve se le ocurriese la feliz idea de unir á la extremidad del uretrotomo una candelilla conductriz, la uretrotomía de delante atrás era, no sólo muy difícil, sino peligrosa: difícil, porque no siempre era posible introducir en la estrechez la porción adelgazada que servía de conductor al instrumento, y peligrosa, porque, en caso de falsas vías, nos exponíamos á desbridar á mayor ó menor distancia del eje del conducto. Por otra parte, si la uretrotomía de atrás á delante tenía la ventaja de ofrecer mucha mayor seguridad, ofrecía frecuentemente grandes dificultades el introducir en una estrechez el instrumento que debía dilatarla. La adición de la candelilla conductriz ha disminuído considerablemente estas dificultades y permite practicar con toda seguridad, bajo el punto de vista de la medicina operatoria, la operación de la uretrotomía. Creo, por consiguiente, inútil que nos entretengamos en describir y ni siquiera en mencionar el infinito número de instrumentos que, desde quince años acá, se han inventado, por aquellos que más se

empeñan en hacer las cosas de otro modo que en hacerlas mejor que sus antecesores. Los uretrotomos de Charrière (fig. 680) y el de

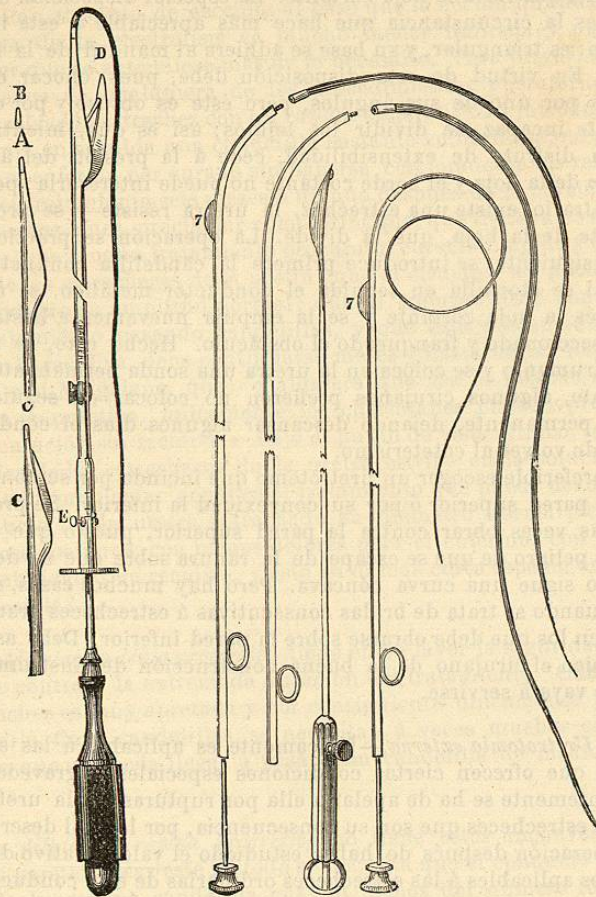


FIG. 680

Uretrotomo de Charrière

FIG. 681

Uretrotomo de Maissonneuve

Trélat, que tienen la ventaja de poder cortar de delante atrás y de atrás á delante se cuentan entre los mejores.

Pero, con todo, el que me parece preferible y el que yo emplearía si alguna vez creyese indicada esta operación, es el de Maissonneuve. Se compone este instrumento de una varilla conductriz

curva acanalada por su convexidad ó por su concavidad (hoy día casi siempre por su concavidad), canal por la que se desliza el mandril que lleva la hoja cortante. La especial disposición de esta hoja es la circunstancia que hace más apreciable á este instrumento: es triangular, y su base se adhiere al mandril de la corredera. En virtud de esta disposición debe, pues, chocar con la uretra por uno de sus ángulos, pero éste es obtuso y por consiguiente incapaz de dividir los tejidos; así es que, mientras la uretra disfruta de extensibilidad, cede á la presión del ángulo obtuso de la hoja y el borde cortante no puede interesarla; pero si, al contrario, existe una estrechez, la uretra resiste y se presenta delante de la hoja, que la divide. La operación se practica del modo siguiente: se introduce primero la candelilla conductriz, á la cual se atornilla en seguida el conductor metálico, se añade después la hoja cortante y se la empuja nuevamente hasta que haya seccionado y franqueado el obstáculo. Hecho esto, se retira el instrumento y se coloca en la uretra una sonda permanente. No obstante, algunos cirujanos prefieren no colocar en seguida la sonda permanente, dejando descansar algunos días el conducto, antes de volver al cateterismo.

Es preferible escoger un uretrotomo que incinda por su concavidad la pared superior ó por su convexidad la inferior. Se prefiere muchas veces obrar contra la pared superior, puesto que corre menos peligro de que se escape de la ranura sobre que se desliza cuando sigue una curva cóncava. Pero hay muchos casos, sobre todo cuando se trata de bridas consecutivas á estrecheces traumáticas, en los que debe obrarse sobre la pared inferior. Debe asegurarse bien el cirujano de la buena construcción del instrumento de que vaya á servirse.

8.º *Uretrotomía externa.*—Únicamente es aplicable á las estrecheces que ofrecen ciertas condiciones especiales de gravedad, y frecuentemente se ha de apelar á ella por rupturas de la uretra y por las estrecheces que son su consecuencia, por lo cual describiré esta operación después de haber estudiado el valor relativo de los métodos aplicables á las estrecheces ordinarias de este conducto.

*Apreciación.*—La cauterización empleada para destruir los tejidos que constituyen la estrechez es un método con justicia abandonado; pues, aunque por este medio se consigue dar al conducto su diámetro normal, en último resultado daría lugar á la formación de un tejido inodular que produciría una estrechez mucho más tenaz que la primera. Esta misma consideración es aplicable á la *electrolisis* aplicada por medio de una oliva metálica obrando sobre toda la circunferencia del conducto. Si se aplica la electrici-

dad por medio de una hoja que actúa sobre un punto limitado á la manera que el uretrotomo, es preferible este último, cuyos efectos se limitan al punto de sección, al paso que la acción química destructiva de la electrolisis es mucho menos limitada y pudiera suceder que se extendiese más de lo necesario. Para juzgar de los resultados de cualquiera de los procedimientos operatorios, no basta salvar la estrechez con un catéter electrolítico ó introducir fácilmente en seguida una candelilla bastante voluminosa; no puede darse el enfermo por curado sin haberse cerciorado de los resultados del tratamiento seis meses ó un año después de la curación.

Debemos, pues, proclamar como principio, que tiene raras excepciones, que ningún tratamiento procura la curación rápida y definitiva de las estrecheces de la uretra; que el cirujano no puede dar al conducto su amplitud normal; que el enfermo debe continuar el tratamiento pasando candelillas, y que esta precaución, para evitar la recidiva, debe continuarse meses y hasta años. Repetiré, pues, con Malgaigne, que «cualquiera que sea el método que se ponga en práctica, únicamente los charlatanes pueden prometer una curación sin recidiva.» Bajo el punto de vista clínico, la terapéutica de las estrecheces de la uretra estriba en la solución del siguiente problema: ¿cuál es el tratamiento que puede devolver al conducto de la uretra estrechado su diámetro normal, con los menores peligros, con menos dolores para el enfermo, con menos probabilidades de recidiva, y esto en el más corto espacio de tiempo posible?

La *dilatación lenta progresiva* tiene en su favor la seguridad, pero tiene contra sí la extremada duración del tratamiento. Cuando la estrechez es muy apretada y por consiguiente únicamente pueden salvarla finas candelillas, se necesitan á veces muchas semanas antes que se pueda llegar á pasar una candelilla de mediano calibre.

La *dilatación rápida progresiva* no tiene estos inconvenientes, pero para emplear este método se necesita que el conducto admita desde luego una candelilla cuando menos del número 10, por lo cual este método resulta inaplicable á las estrecheces apretadas, que son las que con más frecuencia se han de tratar; pero en cambio es un excelente medio auxiliar para terminar más rápidamente el tratamiento por la dilatación lenta y, aún en ciertos casos, en la dilatación inmediata progresiva. Este es el método por excelencia cuando se trata de estrecheces ligeras que admiten candelillas del número 12, y es el que yo empleo con más frecuencia en estas circunstancias; pero le añado la permanencia previa de una candelilla dentro del conducto durante 24 horas.

La *dilatación forzada inmediata ó divulsión* es un método que lo considero absolutamente detestable; porque obra á ciegas y casi siempre produce desgarros de la mucosa y puede dar lugar á accidentes mortales. En una serie de 24 divulsiones practicadas por Le Dentú y comunicadas por el mismo á la Sociedad de Cirugía, en 1886 hubo dos casos de muerte; por lo tanto creo que no puede compararse con la uretrotomía interna y con ninguno de los demás métodos de dilatación.

La *uretrotomía interna*, tal como se la practica hoy día, es aceptada por la inmensa mayoría de los cirujanos, y se comprende que así sea porque tiene en realidad circunstancias favorables, pues es relativamente poco peligrosa y restablece inmediatamente la amplitud del conducto. ¿La restablece de un modo permanente? Esto ya es otra cosa. Creen algunos que la sonda, impidiendo la aproximación de los dos labios de la herida después de la uretrotomía, permite la formación de una cicatriz ancha que da al conducto sus dimensiones normales; la uretrotomía obraría según la comparación de Teavan á la manera que un sastre cuando añade una pieza á una prenda estrecha. Esta explicación es de todo punto inaceptable, porque lo que después de la uretrotomía se obtiene es un tejido cicatricial que se retrae y aproxima los dos labios de la herida. Si esta reunión se efectúa á pesar de la presencia de la sonda, es que ésta obra como he dicho al hablar de mi método, es decir, inflama ligeramente la porción de mucosa intacta, ésta se dilata, se distiende y permite la reunión de la herida aún quedando el conducto más ancho que antes de la operación. La uretrotomía interna es relativamente poco peligrosa, pero no por esto deja de serlo; lo que hay de cierto sobre este particular es que los casos de muerte pocas veces merecen los honores de la publicidad. En la estadística publicada por Le Dentú constan dos casos de muerte en 24 uretrotomías, proporción que es mayor que de ordinario.

Guyon, en una estadística que dió á conocer en la Sociedad de Cirugía en 1886, había tenido 20 casos de muerte en 410 operados de 1867 á 1885, lo cual arroja una mortalidad de 4'8 por 100; pero como en algunos de éstos casos mortales la terminación fatal tuvo lugar mucho tiempo después de la operación, no parece justo atribuirle á ésta, y eliminando estos casos, la mortalidad descendería, según Guyon, á 1'5 por 100. De los registros del hospital Necker he tomado las uretrotomías practicadas por Guyon durante los cuatro años comprendidos de 1885 á 1888, y en 113 operados he encontrado 9 muertos, de los cuales 7 fallecieron en una época bastante aproximada á la operación para poder atribuir á ésta cierto grado de responsabilidad, resultando una mortalidad de 6'3 por 100, propor-

ción que no deja de ser bastante elevada. Si se objetase que algunos de los casos afortunados no constan en los registros, indudablemente esto disminuiría la proporcionalidad; pero en ningún caso puede sufrir variación la cifra absoluta de 7 casos de muerte, y siempre queda en pie el hecho de que esta operación, que algunos la han considerado tan inocente, ha causado la muerte de 7 enfermos. La dilatación progresiva que desde 1872 vengo practicando, ni una sola vez de cuantas la he practicado ha ocasionado la muerte.

En cuanto á las recidivas, que la uretrotomía pretende evitar mejor que ninguno de los demás métodos, bastará decir que en los 21 enfermos cuya observación se cita en el trabajo de Reverdin, consagrado á hacer la apología de este método, puede comprobarse el detalle bastante significativo de que, de estos 21 enfermos uretrotomizados por Guyon, 7, es decir, una tercera parte, habían sufrido, sin éxito por lo visto, la misma operación practicada por otros cirujanos, y aún algunos de ellos habían tenido ocasión de experimentar diferentes veces los beneficiosos efectos del método, puesto que dos habían sido operados dos veces y uno tres veces por Civiale.

De 52 enfermos que se me presentaron en el hospital Necker y á los cuales practiqué la dilatación inmediata progresiva, cuya estadística presenté á la Sociedad de Cirugía en 1886, 8 habían sido operados en otras visitas de uretrotomía y 2 de ellos lo habían sido dos veces. Esto basta para demostrar la frecuencia de las recidivas después de la uretrotomía.

La *dilatación inmediata progresiva* que diez y ocho años há empleo y me ha servido para curar más de doscientos enfermos, tiene muchas ventajas sobre todos los demás métodos. No sólo no he visto sucumbir ninguno de los operados por este medio, sí que ni siquiera nunca se ha presentado ningún accidente grave. La misma fiebre uretral, que intento prevenirla administrando al enfermo 25 centigramos de sulfato de quinina, es también un accidente que raras veces se presenta. La operación es poco dolorosa y nunca he creído conveniente cloroformizar. En cuanto á la duración del tratamiento, ninguno de los demás métodos le lleva ventajas. De los 52 enfermos citados, 3 permanecieron en el hospital por otras afecciones; de los 49 restantes, 17, ó sea una tercera parte, estuvieron en el hospital 6 días no más; 36 estuvieron por término medio 10 días y la duración media, considerados todos los casos reunidos, ha sido de 16 días. En los casos más simples, sin ninguna complicación, el tratamiento dura á lo más tres días. Respecto de la recidiva, es tan poco frecuente, que en diez y ocho años no he visto más que dos casos. ¿Cómo se explica que las recidivas sean tan raras

operando de este modo, siendo, al contrario, tan frecuentes después de la uretrotomía?

El enfermo operado de uretrotomía tiene la convicción de que se le ha practicado una operación que le ha de curar. En la práctica civil, el cirujano ha acudido con uno ó más ayudantes; se ha desplegado el imponente aparato de los instrumentos cortantes; se ha anestesiado al enfermo; se le ha operado; ha corrido la sangre; el enfermo ha debido guardar cama algunos días, y aún pudiéramos añadir otra circunstancia que, siquiera no sea del orden científico, no deja de tener su importancia: los honorarios han sido los de una formal operación; hasta en el hospital se ha anunciado ser día de operación cruenta con anestesia, etc. Después de todo esto el operado se cree con el derecho de pensar que la operación ha debido curarle: así es que, después de terminado el tratamiento postoperatorio, cuando orina sin dificultad, se considera curado y prescinde del cateterismo por más que se lo recomiende el médico.

Al contrario, el enfermo operado de dilatación inmediata progresiva no se cree que se le haya hecho una operación, puesto que todo lo ha hecho el cirujano solo, sin ayudantes y sin el clorofórmico; ha visto que sencillamente se le han pasado una ó dos sondas y escasamente ha guardado cama 24 horas. Pues bien, cuando se le dice al enfermo: «tenéis dilatada la estrechez, pero puede reproducirse, porque el conducto es retráctil; no podéis daros por curado hasta que, á beneficio de cateterismos diariamente repetidos, se habrá hecho perder al conducto su retractilidad; por ahora podréis limitaros á pasar cada ocho días una candelilla del número 18, pero esto deberéis repetirlo durante un año,» el enfermo comprende perfectamente el motivo de la advertencia y por esto acepta y observa el consejo que se le da.

Es de advertir, no obstante, que la dilatación inmediata progresiva no puede substituir en todos los casos y circunstancias á los demás métodos. Casos hay que son tratables únicamente por la uretrotomía externa, y otros se encuentran en los cuales es indispensable la uretrotomía interna con exclusión de los métodos de dilatación. Así sucede en los casos, por fortuna raros, en que existe una brida que se deja dilatar, pero la dilatación no la suprime, y para que la dilatación sea permanente, se hace necesario que el enfermo, después de la dilatación más ó menos rápida de la estrechez, continúe aplicándose la sonda durante muchos meses. Pues bien, cuando existe esta brida, forma una especie de válvula contra la cual choca la candelilla, y entonces sucede que un enfermo que el cirujano le ha pasado fácilmente una candelilla del número 20 ó 22, no puede él mismo pasarse una del número 12. En este caso es indispensable destruir esta brida, y para ello debe

recurrirse á la uretrotomía interna, como lo he hecho con buen resultado tres ó cuatro veces.

8.º *Uretrotomía externa.*—La uretrotomía externa no es más que la operación del ojal perineal aplicada á la curación de las estrecheces. Según que sea ó no posible la introducción previa de un catéter en la estrechez, así se practica la uretrotomía con ó sin conductor.

*Uretrotomía con conductor. Procedimiento de Syme.*—El cirujano introduce en la uretra un catéter acanalado y curvo, cuya extremidad vesical es suficientemente delgada para que pueda pasar á través del orificio de la estrechez. Hecho esto, se practica en la línea media una incisión de 4 á 5 centímetros, se disecan las partes blandas hasta que llega á encontrarse el catéter, y luego colocando la punta del bisturí en la ranura, se divide la estrechez en toda su extensión. Se retira entonces el catéter para sustituirlo por una sonda permanente, y la inmediata vegetación y aproximación respectiva de los labios de la herida reconstituyen la pared inferior del conducto.

*Procedimiento de Gouley.*—Cuando la estrechez es más regularmente cerrada, es imposible introducir el catéter metálico de Syme, y entonces Gouley, de Nueva-York, empieza por introducir en el conducto una candelilla filiforme de ballena que, introducida en un pequeño agujerito que se encuentra en la extremidad libre de un catéter metálico, sirve de guía para la introducción de éste á través del orificio de la estrechez. Incidido el periné hasta llegar al catéter, se introduce en el extremo del conducto el bisturí de Weber (tomo II, fig. 358), con el cual se practica por la herida del periné una especie de uretrotomía interna.

*Uretrotomía sin conductor.*—Siendo muy análoga á la precedente, se diferencia de ésta por la considerable dificultad que á veces existe para encontrar el extremo posterior de la uretra.

Se empieza por introducir una sonda ó catéter acanalado hasta que encuentre el obstáculo, y un ayudante lo mantiene en esta posición. El cirujano practica entonces una incisión de unos 4 centímetros sobre la línea media de la pared inferior de la uretra hasta que cae sobre el instrumento conductor, en cuyo momento lo retira un poco; busca en seguida la continuación del conducto en el fondo de la herida, y mientras que el enfermo hace esfuerzos para orinar, trata de introducir en él una sonda acanalada ó un estilete, que debe servir de conductor para prolongar la incisión más allá de la estrechez; después de esto se coloca una sonda

permanente en la uretra y sobre ella se reúnen los bordes de la incisión.

A veces es tan difícil encontrar el extremo posterior, que el cirujano suele perder buscándolo inútilmente un cuarto de hora ó más tiempo. Para facilitar esto, será bueno recomendar al enfermo que antes de la operación pase algunas horas sin orinar, y si se hace difícil encontrar el extremo vesical, se conseguirá el objeto mandando al enfermo que orine.

He empleado en mis últimas operaciones una precaución que no me cansaré de recomendar, porque me ha servido de gran utilidad. Desde el momento que he abierto el extremo anterior sobre el catéter, coloco en cada labio de la incisión uretral un hilo de seda formando asa, y el ayudante, tirando de estos dos hilos, aumenta la amplitud de la abertura. A medida que incindo hacia atrás coloco otras asas, y de este modo me proporciono puntos de referencia fijos que me impiden extraviarme, como es muy frecuente, si no se toma esta precaución.

Para evitar la dificultad de encontrar la uretra al nivel de la estrechez, se ha aconsejado practicar por detrás de ésta una abertura en la uretra sana, introducir por esta abertura un estilete, dirigiéndolo de atrás á delante en busca del conductor detenido por la estrechez y seccionar la parte estrechada, que hasta pudiera escindirise. Una vez reconocido el extremo posterior é incindida la estrechez, nada más sencillo que introducir una sonda en la vejiga y conducirla luego hasta el meato. Considero inútil describir las maniobras practicadas por Alquié y Gosselin, ni el gorjete especial inventado por Bœckel. Se introduce primero en la vejiga la extremidad vesical de una sonda de caucho, y luego se introduce un estilete de botón en la parte anterior del conducto desde el meato á la incisión haciéndole salir por la herida. Se ata un hilo al estilete, se retira éste, que arrastra una porción del hilo; el cabo de este hilo, que sale por la herida, se ata al pabellón de la sonda de caucho, y tirando del hilo queda la sonda colocada en toda su extensión.

Sédillot, en vez de practicar un segundo ojal por detrás de la estrechez, ha aconsejado puncionar la vejiga y practicar el cateterismo retrógrado, consejo que ha tenido frecuentes imitadores.

*Apreciación.*—La uretrotomía externa no es un método de elección sino de necesidad, y está indicada en las estrecheces antiguas, callosas, duras, sobre todo en las que son consecutivas á rupturas de la uretra ó van acompañadas de fistulas. Es conveniente respetar todo lo posible la parte superior de la uretra, que servirá más adelante de línea de separación entre los dos cabos de la misma,

reunidos por un conducto intermedio de nueva creación. Sin esta precaución quizás los dos extremos no se continuarían en línea recta y sería muy difícil el cateterismo ulterior. Este cateterismo es tanto más necesario cuanto la porción nueva del conducto tiene extraordinaria tendencia á la retracción.

La uretrotomía externa sin conductor, es decir, el ojal, es aconsejado casi siempre por todos los cirujanos franceses como inmediatamente indicado en los casos de ruptura reciente de la uretra. No participo de esta opinión. Si se opera, tendrá que hacerse á través de unos tejidos infiltrados de sangre; será extremadamente difícil encontrar el extremo posterior y hasta hay peligro de cortar la pared superior que ha quedado intacta, lo cual daría lugar más tarde á una estrechez de muy difícil curación. Por mi parte, practico la punción suprapubiana de la vejiga con trócar curvo especial; coloco una sonda permanente á través de la cánula del trócar y así dejo pasar algunos días á fin de que cese la inflamación y la sangre tenga tiempo de reabsorberse. Nada indica mayor urgencia, puesto que nos encontramos al abrigo de la infiltración de orina. Después de algunos días intento el cateterismo, y nunca me ha sucedido no poderlo practicar y dejar la sonda colocada. Una vez colocada esta sonda, se retira la que se había introducido por encima del pubis. Conviene no olvidar que la punción de la vejiga es una operación sin gravedad.

#### VIII. — De las válvulas prostáticas

En muchos ancianos, y á veces también en adultos y adolescentes, la porción inferior del cuello de la vejiga parece cerrada por un obstáculo transversal en forma de válvula, que sobresale 2 ó 3 centímetros del nivel de la pared inferior de la uretra y puede ocasionar retenciones de orina, ya pasajeras, ya permanentes y rebeldes. Cuando se las disecciona, unas veces se encuentra que estas válvulas están formadas por el tejido prostático hipertrofiado, y otras veces domina en ellas el tejido fibroso ó muscular; por esto Mercier las ha dividido en *válvulas prostáticas* y *válvulas musculares*.

De todos modos, cuando sea presumible que la retención de orina sea debida á una de estas válvulas, el cirujano podrá asegurarse con certeza de ello empleando la sonda de corta corvadura de Leroy (de Etiolles), ó la sonda acodada de Mercier.

*Modo de exploración.*—Introducido el instrumento á lo largo de la uretra según las reglas ordinarias y hasta cerca del cuello de la vejiga, al llegar á este punto, se nota que el ángulo ó la corvadura