

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 escindir-se. 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

del instrumento choca contra algún obstáculo; una presión moderada no es suficiente para vencer este obstáculo, sino que conviene deprimir fuertemente el pabellón entre los muslos del enfermo, con lo cual el instrumento penetra en la vejiga con un ligero resalto, que da la sensación de una resistencia vencida.

Así introducida la sonda, se mantiene su cuerpo casi paralelo al eje del tronco y se atrae su pico contra el cuello vesical, primero hacia adelante, después de lado y hacia atrás, y luego, tirando del instrumento algo hacia á sí, con el pico del mismo mirando adelante se le hace pasar el cuello de dentro á fuera, en cuyo momento se nota que hace un resalto análogo al de cuando entró; pero, si se coloca el pico del instrumento mirando atrás, es en vano que se ejerzan tracciones moderadas, porque la válvula resiste, y esta doble resistencia al talón del instrumento cuando se le introduce,

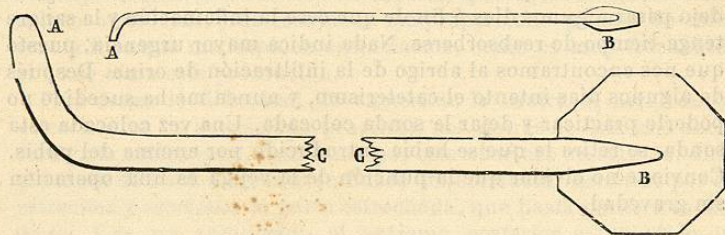


FIG. 682

Sonda de muleta

y á su pico cuando se le quiere retirar, es un indicio casi cierto de la existencia de una válvula.

Se ha intentado deprimir esta válvula, empleando unas veces la compresión directa á beneficio de una sonda recta introducida en la vejiga, y valiéndose otras de la compresión de dentro á fuera. Para esto, Physick introducía una sonda que llevaba en su extremo un pequeño saco de tripa de buey, y una vez introducida ésta en la vejiga, inyectaba agua en el saco por la sonda, y lo atraía en seguida al cuello vesical para dilatarlo. Miquel (de Tours) alcanzó el mismo objeto por medio de cinco ó seis alambres que tenían en su extremidad un pequeño cono de plomo; introducíalos en la vejiga aisladamente, y después, atrayéndolos todos juntos, los cinco ó seis reunidos dilataban considerablemente el cuello vesical. No obstante, la eficacia de estos medios es dudosa y deben ser postpuestos á la incisión y á la escisión.

1.º *Incisión.*—Esta operación empezaron á practicarla algunos

cirujanos ingleses, pero ha sido regularizada sobre todo en Francia por Mercier, quien ha ideado á este fin un considerable número de instrumentos.

El primero tiene la forma de una sonda acodada; en el interior de su cuerpo (B, fig. 683), é inmediata al ángulo de la curvatura se encuentra una hoja que puede sobresalir á voluntad, 2, 4 y hasta 6 milímetros, sin que, no obstante, su punta salga del interior del pico. Cuando el instrumento está todo lo abierto posible, su filo (A) representa una línea que, partiendo del cuerpo á 15 milímetros del ángulo, terminaría á corta diferencia en la parte media de la porción encorvada.

Se empieza practicando una inyección dentro de la vejiga; introduciendo después en ella el instrumento cerrado, se vuelve el pico del mismo directamente atrás, y se le atrae hasta colocar éste sobre la válvula; al llegar á este punto, se le reintroduce nuevamente en

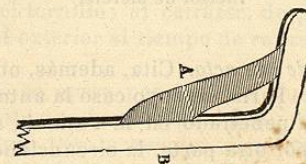


FIG. 683

Incisor de Mercier

una porción igual á la longitud de la hoja, y luego se abre ésta unos 4 milímetros, que es el término medio. Hecho esto, basta retirar el instrumento hasta que su pico quede detenido por el cuello de la vejiga, para operar la sección de la válvula desde su borde libre hacia su base. Para mejor seguridad, puede el cirujano comunicar al instrumento un movimiento de vaivén como si operase con un bisturí ordinario.

Este instrumento obra bastante bien cuando la válvula ofrece cierta resistencia; pero, cuando es flácida, se escapa á la acción de la hoja. Por esto Mercier tuvo que idear otro instrumento, cuya invención le ha sido muy disputada, sin que quizá la cosa valiese para tanto.

Consiste en una sonda de poca curvatura (C, fig. 684), que contiene en su talón una hoja semielíptica que corta por toda su circunferencia. Después de introducido el instrumento como el precedente, se atrae la hoja hacia sí hasta 15 milímetros por delante del talón (A) para cortar la válvula de atrás adelante; después se la empuja de nuevo hasta 2 milímetros más allá del talón (B) para

cortar de delante atrás, y por dos ó tres veces se repite este movimiento de vaivén.

Este segundo instrumento obra sobre la válvula con mayor seguridad; pero es difícil limitar su acción al punto conveniente. El mismo Mercier hirió alguna vez el verumontanum; *esto es, á lo menos, dice, lo que sospecho que acaeció en dos ó tres casos en los cuales dejó de tener lugar la eyaculación, si bien que el sujeto experimentaba*

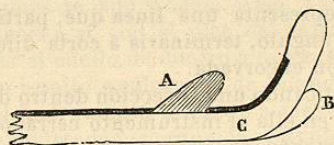


FIG. 684

Incisor de Mercier

*todas las sensaciones de este acto.* Cita, además, otro accidente acaecido en el hospital de París, en cuyo caso la autopsia demostró que el instrumento había penetrado en la vesícula seminal izquierda; y como quiera que, por otra parte, la circunstancia de haber sobrevenido muchas veces la recidiva después de la incisión, hace presumir que los labios de la herida se hayan algunas veces reunido el mismo cirujano ha puesto en practica la escisión.

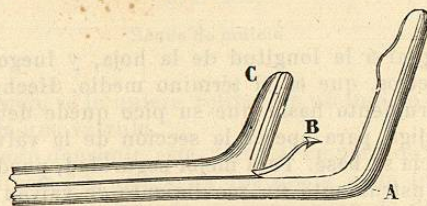


FIG. 685

Escisor de Mercier

2.º *Escisión.*—El escisor de Mercier está fabricado tomando por modelo el litotritor, es decir, consiste en la reunión de una rama macho (A, fig. 685) y otra hembra (B) dobladas en ángulo casi recto en su extremidad. La extremidad de la rama hembra está agujereada, y la de la rama macho está provista de un reborde cortante á manera de sacabocados; un tornillo colocado en el otro extremo del instrumento aproxima los bocados del mismo con bastante fuerza para desprender un colgajo de la válvula, que previamente

habrán cogido. Pero, como la experiencia demostrara que la parte central de una válvula gruesa podía escaparse de estos bocados, como un hueso de cereza se escapa de entre los dedos cuando éstos lo comprimen, el autor añadió al instrumento una aguja en forma de anzuelo (B) destinada á atravesar la válvula para impedir que tal acontezca.

Introducido el instrumento cerrado en la vejiga, se vuelve su pico hacia atrás, se separan los bocados de 15 á 20 milímetros, y se retira suavemente el instrumento hasta que la rama macho se ha colocado del lado de acá de la válvula en la región prostática. Para asegurarse de que la válvula está comprimida entre los bocados del instrumento, se imprimen á éste algunos movimientos de vaivén y de lateralidad; se empuja entonces la aguja á través de los tejidos comprendidos, y después se le atrae un poco hacia adelante, con lo cual los dientes del anzuelo se clavan en la cara vesical de la válvula. Ya no falta más que aproximar los bocados del instrumento por medio del tornillo; al cerrarse, desprenden el colgajo y éste es arrastrado al exterior al tiempo de retirar el instrumento.

Lo mismo cuando se opera por incisión que por escisión tiene lugar inmediatamente una hemorragia cuyo producto se colecciona y coagula en la vejiga. Por lo general, disminuye rápidamente, y pasados dos, tres ó cuatro días todo lo más la orina recobra su coloración normal. Inmediatamente después que se haya operado la sección, será bueno encargar al enfermo que haga lo posible por expeler la inyección, y si la orina no contiene gran cantidad de sangre se puede estar tranquilo. Cuando no sea posible la salida natural del líquido, será necesario introducir una sonda curva de goma elástica; y si los coágulos la obstruyesen, se practicarían inyecciones moderadas ó aspiraciones por medio de una buena jeringa. De ninguna manera es conveniente dejar colocada una sonda; pero se permitirá al enfermo que orine espontáneamente, ó se introducirá la sonda cada vez que tenga necesidad de orinar. Hacia el sexto día, ó más tarde, si la hemorragia continuase, se procurará ejercer cierta presión sobre el fondo de la herida, para impedir la reunión de sus bordes, lo cual se alcanzará pasando sondas de grueso calibre hasta el día vigésimoprimer, en que puede considerarse como realizada la cicatrización.

*Apreciación.*—Como que la incisión con el primer instrumento es escasa, y el otro incisor expone á seccionar en demasiada extensión, y por otra parte los labios de una incisión simple tienen siempre mucha tendencia á reunirse, bajo todos los puntos de vista, parece preferible la escisión. Entiende Mercier que la incisión es preferentemente aplicable á las válvulas musculares y la

escisión á las prostáticas. Desde luego es necesario decir que el diagnóstico que ha procurado establecer entre estas dos especies de válvulas es muy hipotético, y por lo demás, no da razón alguna de gran valía en favor de la incisión para las válvulas musculares, aparte de que concluye admitiendo que también esta clase de válvulas pueden ser operadas por escisión.

#### IX.—De la retención de orina

Las causas más comunes de la retención de la orina son: una afección de la próstata, la inflamación de la uretra y una estrechez. Ante tal accidente, el cirujano procura abrir de nuevo la vía natural de la orina, primero, por el cateterismo simple, el cateterismo ó las inyecciones forzadas; y cuando ninguno de estos recursos es suficiente, procura á la orina otra salida operando la punción de la vejiga.

1.º *Del cateterismo simple.*—Se practica esta operación como de ordinario, valiéndose de una sonda muy delgada en caso de estrechez, y de una de grueso calibre cuando se trata de válvula ó irritación de la próstata, pero procediendo en todos los casos con la mayor suavidad. Dupuytren introducía una sonda metálica hasta la estrechez, y, sin intentar forzar ésta, dejaba el instrumento colocado y fijándolo por uno de los medios indicados, de modo que ejercía una presión de delante á atrás con el pico de la sonda. A beneficio de esta presión, algunas veces la estrechez se entreabre y acaba por permitir el paso al instrumento; esto es lo que llama Guyon *cateterismo apoyado*.

Ya dejo indicado más arriba cuál debe ser la conducta del cirujano en el caso de falsas vías.

2.º *Cateterismo forzado. Procedimiento de Boyer.*—Servíase este cirujano de una sonda cónica metálica y resistente de mediano calibre y de ligera corvadura, instrumento que lo hacía llegar suavemente hasta la estrechez; introducía entonces profundamente el índice izquierdo en el recto, impelía de atrás á delante el miembro sobre la sonda, é introducía ésta siguiendo la dirección de la uretra, sin inclinar el instrumento á uno ni á otro lado y con una fuerza proporcionada á la resistencia que encontraba; el índice izquierdo, que sirve de conductor, da á conocer si la sonda, al ser impelida, conserva la dirección de la uretra, ó si, al contrario, se separa de ella, y en este caso qué inclinación debe dársele para colocarla en la dirección del conducto. La profundidad á que ha

penetrado la sonda, su dirección y la facilidad de hacer descender el pabellón, harán presumible su entrada en la vejiga; cuando tales signos existan, se retirará el mandril, y si entonces sale orina, la presunción será certeza absoluta.

Sería superfluo que nos entretuviéramos en poner de relieve todos los peligros de semejante proceder, con el cual es mucho más fácil perforar la uretra cerca de la estrechez que no franquear ésta. Roux fué el único que, después de Boyer, ha conservado entre nosotros el uso de la sonda cónica; hoy día está completamente olvidada.

3.º *Inyecciones forzadas. Procedimiento de Amussat.*—Este procedimiento está fundado en el hecho de que el conducto de la uretra casi jamás está obliterado por completo y la retención absoluta proviene casi constantemente de un tapón de mucosidades que obtura la estrechez, y además, siendo posterior su porción más ancha, difícilmente puede la orina arrastrarlo en su salida, mientras que es sumamente fácil rechazarlo hacia atrás.

Sentado el enfermo en el borde de la cama, con las piernas apoyadas en dos sillas, el cirujano, colocado delante de él, introduce hasta la estrechez una sonda de goma elástica de las más flexibles, de pequeño diámetro y abierta por sus dos extremidades. Adapta á esta sonda una pera de caucho llena de agua tibia y cuya cánula tenga una abertura casi capilar; luego, sujetando fuertemente la uretra sobre la sonda con el índice y el medio izquierdos, con la mano derecha comprime bruscamente la pera para lanzar el líquido con fuerza. Lanzando así el chorro de líquido rápidamente contra la estrechez, rechaza el tapón de mucosidades hacia atrás, y casi inmediatamente el enfermo puede, á beneficio de algunos esfuerzos, evacuar algunas gotas y á veces un pequeño chorro de orina. Cuando no sea suficiente la primera inyección, lo cual acontece especialmente en los viejos, será necesario proceder á una segunda ó más según los casos.

Este medio puede ser algunas veces de utilidad, pero exige una mano ejercitada en practicarlo. Es preciso no olvidar que la vejiga se encuentra ya extraordinariamente distendida, y que, según las leyes de la hidráulica, el chorro de líquido, por delgado que sea, obra con igual fuerza sobre todos los puntos de este órgano; de manera que, si llevase una excesiva violencia, podría llegar á romper la vejiga.

4.º *Punción de la vejiga.*—Se ha practicado esta punción por cuatro puntos diferentes. Lafaye, tratando á Astruc de una retención de orina que se atribuyó á un tumor de la próstata, introdujo por la uretra hasta el obstáculo una sonda abierta por sus dos