

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

extremidades, que sirvió de guía para introducir en la vejiga á través del obstáculo un punzón triangular, sustituyéndolo después por una sonda permanente; nadie ha imitado su conducta. En Francia están también abandonadas la puncion por el periné y la puncion por el recto, y no se practica otra que la puncion supra-pubiana.

Cuando la vejiga está fuertemente dilatada por la orina, se eleva hasta cerca del ombligo, rechazando el peritoneo por su parte superior, y aplicándose inmediatamente por su cara anterior contra la línea blanca y las aponeurosis de los músculos recto y transverso del abdomen, de modo que se la puede puncionar en una grande extensión sin peligro de herir el peritoneo.

Para esta puncion se aconseja generalmente el trócar de fray Cosme, largo de unos 11 centímetros, provisto de un mango de forma poligonal, y cuya corvadura representa un segmento de un círculo de 18 centímetros de diámetro. Para mi uso, y á pesar de que he practicado esta operacion algunas veces, siempre me he servido del trócar ordinario.

Colocado el enfermo sobre el borde derecho de la cama, con la cabeza y pecho algo elevados y los muslos en ligera flexion, el cirujano, colocado en el mismo lado de la cama, con el pulgar é indice izquierdos distiende la piel de la region en que va á operar, y cogiendo el trócar con la mano derecha, lo hunde hasta la vejiga perpendicularmente al eje del cuerpo y en la parte inferior de la línea blanca, á unos 2 ó 3 centímetros por encima de la sínfisis del pubis. Luego que el instrumento ha penetrado en la cavidad de este reservorio, se retira el punzón y se evacua la orina; después de lo cual se retira la cánula como de ordinario.

Cuando se teme que no pueda establecerse inmediatamente el curso regular de la orina, se fijará la cánula alrededor del cuerpo con dos cintas atadas á su pabellón. Se la dejará de este modo dentro de la vejiga hasta que se haya restablecido el curso de la orina ó se haya podido introducir una sonda por la uretra. En tal caso será más prudente reemplazar la cánula metálica por una sonda de goma elástica de menor calibre, deslizándola hasta la vejiga por el interior de la primera.

El cirujano se guardará bien de aplicar en la abertura exterior de la sonda ningún taponcito, porque si llegase á impedir la salida de la orina, ésta se derramaría en el interior de la pelvis por entre la sonda y la vejiga.

Diferentes veces he recurrido á la puncion de la vejiga y siempre sin el menor inconveniente; Verdet ha publicado una observacion en la que, después de haber usado las sondas de goma elástica y no pudiendo el enfermo orinar por la uretra, fueron substituidas

por una cánula de oro, que el enfermo todavía llevaba catorce meses después de la operacion.

Cuando el sujeto tiene mucha gordura, aconsejan algunos cirujanos que se practique previamente con el bisturí una incision que

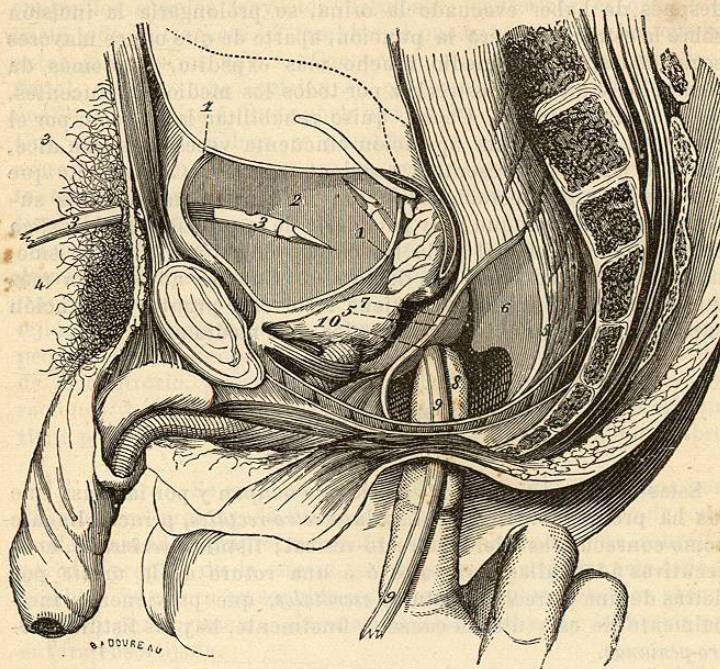


FIG. 686

PUNCIÓN SUPRA-PUBIANA Y PUNCIÓN RECTAL DE LA VEJIGA

1. Paredes de la vejiga abierta.—2, cavidad vesical.—3, trayecto que sigue el trócar en la puncion supra-pubiana.—4, sitio de la puncion.—5, paredes del recto abierto.—6, cavidad del recto.—7, tabique recto-prostático.—8, dedo introducido en el recto para servir de guía al trócar.—9, trayecto del trócar en la puncion rectal.

interese la piel y el panículo grasiento. Es una precaucion enteramente teórica, porque si del primer golpe el trócar no penetra lo suficiente, nada costará empujarlo con alguna mayor fuerza.

Apreciación.—Ya he dicho cuál es mi opinion respecto del cateterismo forzado. Las inyecciones forzadas no valen mucho más.

Empiezo, pues, por ensayar el cateterismo, sin insistir en él demasiado tiempo por temor de irritar la uretra, y paso inmediatamente á la punción de la vejiga.

Amussat había propuesto abrir la uretra por un ojal practicado por detrás del bulbo, para introducir por él una sonda en la vejiga; después de haber evacuado la orina, se prolongaría la incisión sobre la estrechez; pero la punción, aparte de que ofrece mayores seguridades, es un medio mucho más expedito, y además da tiempo para atacar la estrechez por todos los medios conducentes.

Un cirujano inglés, Coock, quiso rehabilitar la punción por el recto, practicando esta operación cincuenta veces, y, según dice, sin que jamás se presentara accidente alguno. Ciertamente que muchas de estas operaciones fueron hechas sin indicaciones suficientes; pues, aunque muy partidario de la punción de la vejiga en sustitución del ojal y de las ciegas tentativas de cateterismo, no la he practicado más que diez veces. Cuando no se trata más que de una retención y conviene resolverla pronto, la punción supra-pubiana con el trocar aspirador es el medio preferible.

X.—Fistulas uretrales

Estas fistulas difieren por el sitio que ocupan y por la causa que las ha producido. Existen fistulas *uretro-rectales*, principalmente como consecutivas á la talla recto-vesical; fistulas *perineales*, consecutivas á las tallas perineales ó á una rotura de la uretra por detrás de una estrechez; fistulas *escrotales*, que provienen principalmente de esta última causa, y finalmente, hay las fistulas *uretro-penianas*.

Existe una indicación común para todas estas fistulas, que consiste en dilatar las estrecheces, cuando las haya, para restablecer la completa permeabilidad del conducto. Se ha aconsejado colocar en seguida una sonda permanente destapándola de cuando en cuando, á fin de que la orina no se ponga en contacto con las paredes del conducto; si la fistula está libre de este pernicioso contacto, tiende generalmente á cerrarse como las callosidades á resolverse. Algunas veces sin embargo el cuello de la vejiga, dilatado por la presencia prolongada de la sonda, deja escapar algunas gotas de orina entre ésta y el conducto, accidente que se ha tratado de evitar manteniendo la sonda constantemente abierta, á fin de que la orina vaya saliendo á medida que se produzca. Ducamp cree que la sonda permanente irrita la herida fistulosa obrando como cuerpo extraño; por consiguiente, una vez destruídas las estrecheces, abandona la fistula á sí misma, y si persiste,

se limita á introducir una sonda cada vez que el enfermo tiene necesidad de orinar.

Estos medios son generalmente suficientes cuando se trata de fistulas escrotales y perineales; pero las recto-vesicales son ya más rebeldes. Cuando resisten, se puede apelar á los medios usados contra los simples trayectos fistulosos, cauterizar el orificio ó hasta todo su trayecto, ó también se puede hendir éste en toda su extensión. Así es que A. Cooper, en un caso de fistula uretro-rectal, practicó una incisión en el periné, que llegaba hasta el cuello de la vejiga á fin de abrir una ancha vía de salida á la orina. Una operación análoga se practicaba por fistulas perineales y escrotales; pero será siempre un recurso extremo y que impone tanta más reserva por parte del cirujano, cuanto que el éxito nada tiene de seguro.

Las fistulas uretro-penianas resisten todavía más veces que las demás el empleo de la sonda, por causa de la poca extensión del trayecto fistuloso, ó mejor dicho, por la delgadez de la capa de tejidos que separa la piel de la mucosa uretral. Cuando son muy pequeñas, es á veces suficiente la cauterización para obliterarlas; de lo contrario, podemos practicar contra ellas tres clases de operaciones: 1.º la *sutura*; 2.º la *uretroplastia*; 3.º el *ojal perineal*, que tiene por objeto impedir el paso de la orina á lo largo del miembro.

1.º *Sutura*.—Se empieza por transformar la fistula en una hendidura algo prolongada extirpando las callosidades; pero de todos modos obrando siempre más sobre los tegumentos que sobre las paredes propias de la uretra, pues conviene respetar ésta todo lo posible. Se coloca en seguida una sonda de goma elástica permanente, y por encima de ella se reúnen los bordes de la herida por sutura ensortijada.

Dieffenbach hizo aplicación á este caso de la sutura en bolsa; Ricord, según me ha comunicado, se valió también una vez, y con buen éxito, de este medio.

Dieffenbach aplicó también otra sutura parecida á la enclavijada; consiste en lo siguiente: después de ligeramente disecados los bordes de la piel, se ponen en contacto sus superficies cruentas y se las mantiene unidas por medio de pequeñas tiras de cuero de 6 á 7 milímetros de anchura, que se las atraviesa, juntamente con la piel, con alfileres cuyos dos extremos se encorvan formando gancho y en una extensión proporcionada al grado de constricción conveniente.

2.º *Uretroplastia*.—Sucesivamente se han aplicado á este caso todos los procedimientos de autoplastia.