

concauidad hacia abajo, y una vez cogido, se vuelve la concauidad del instrumento hacia arriba y se retira de manera que describa una curva correspondiente á la que ofrecen los pubis.

Cuando el cálculo es muy voluminoso y se presenta en la herida por uno de sus diámetros mayores sin que sea posible corregir con las tenazas mismas esta posición defectuosa, se las retira para introducir el índice en la vejiga, con el cual se desprende la piedra y se procura conducir una de sus extremidades al cuello de la vejiga.

En el adulto, no siempre surte efecto esta introducción del dedo por causa de la profundidad de la herida; como sucede asimismo que la vejiga endurecida y contraída sobre el cálculo, no permite que las tenazas maniobren con seguridad. Cuando esto acontece, es necesario introducir todo lo posible las tenazas cerradas, abrirlas gradualmente para separar las paredes de la vejiga y dar movilidad al instrumento, coger la parte del cálculo que se presenta, y comunicando al instrumento medias vueltas sobre su eje hacia uno y otro lado, desprender el cálculo de la cavidad de la vejiga y traerlo hacia el cuello; en este momento se abren las tenazas para introducir las un poco más, intentando con ello coger la piedra con más fuerza y comodidad. Finalmente, si el cálculo presenta invariablemente á las tenazas su mayor diámetro, se coloca el instrumento, sin soltar el cálculo, de suerte que una de las cucharas corresponda al bajo fondo de la vejiga y la otra á la parte superior; se coge en seguida el instrumento con la mano izquierda, mientras que con la derecha se introduce el botón entre los bocados de las tenazas, las cuales, aflojadas un poco, permiten impeler el cálculo para cambiar su posición; tentativas que se reiteran hasta que, aproximando las ramas del instrumento, se nota que su separación es menos considerable, y consiguientemente que la piedra está mejor colocada. Se practica entonces un movimiento de rotación para asegurarse de que con la piedra no ha sido cogida la vejiga, y por último se procede á la extracción.

Para la *extracción* de las piedras pequeñas, no son necesarias reglas precisas; basta hacer presión de ellas con las tenazas cogidas como unas tijeras, y extraerlas directamente. Sea cual fuere el volumen del cálculo, su fragilidad impone á veces ciertas precauciones. Cuando es muy duro, lo cual se conoce por la resistencia que opone á los bocados de las tenazas, nada se puede perder en cogerlo fuertemente; pero si los dientes de los bocados penetran fácilmente en su substancia, se hace necesario moderar la presión para no romperlo á no ser que por su volumen sea esto necesario. Aun en este caso, mejor sería fragmentarlo en pedazos algo grandes y pocos en número, que no dividirlo demasiado, porque esto último obliga á practicar repetidas maniobras de extracción.

Cuando las dimensiones del cálculo hacen necesarios muchos esfuerzos para hacerle atravesar una abertura relativamente estrecha, conviene ante todo volver las cucharas hacia los labios de la herida, para respetar cuanto posible sea su parte posterior. Asimismo es necesario coger las tenazas con mayor firmeza, ya sea cogiendo los anillos con la mano derecha ó aplicando además la izquierda en las ramas cerca de su punto de unión con los cuatro últimos dedos por debajo.

Conviene entonces no sólo tirar hacia sí sino levantar y deprimir alternativamente las ramas para desprender de un modo sucesivo las partes superiores é inferiores de los bocados, procurando al mismo tiempo inclinarse hacia la parte inferior de la herida para alejarse todo lo posible del ángulo de los pubis, punto que por la proximidad respectiva de estos dos huesos, podría oponer un obstáculo invencible. El índice izquierdo colocado en la parte inferior de la incisión en el momento en que se levantan las ramas de las tenazas, puede contribuir eficazmente á desprender los bocados del instrumento y la piedra. Cuando el cuerpo extraño ha atravesado la próstata, no encuentra ya obstáculo alguno, á no ser que sea demasiado estrecha la incisión de la piel, en cuyo caso se dilata hacia abajo con un bisturí ordinario.

Si el cálculo se escapa de las tenazas quedando en medio de la herida, se acaba de extraer con la cucharilla. Los mismos instrumentos sirven para extraer de una vejiga los pequeños trozos de un cálculo fragmentado. Respecto de las porciones reducidas á polvo, se procura su salida por medio de inyecciones, que al menos las reúnen en el fondo inferior de la vejiga, de donde es más fácil cogerlas con la cucharilla.

Por lo demás, después de la extracción del cálculo, es indispensable la precaución de introducir el dedo ó el botón en la vejiga para asegurarse bien de si contiene todavía otros cálculos. Si se ve que el que se ha extraído presenta más ó menos facetas, es de presumir que no estaba solo; pero la no existencia de estas facetas no autoriza para dejar de examinarlo. Es necesario extraerlos todos antes de volver al enfermo á su cama, á no ser que se temiera un considerable decaimiento de sus fuerzas, ya por la duración de la operación, ya por una hemorragia; en este caso, la extracción de lo restante constituirá otro tiempo de la operación.

La hemorragia es necesario cohibirla en el acto mismo. Ya hemos visto anteriormente de cuántos puntos puede provenir; Bégin, sin cuidarse á veces de buscar su origen, consiguió cohibirla á beneficio de inyecciones continuas con agua fría; pero cuando la sangre sale por sacudidas, será más prudente ir en busca de la arteria abierta. Si es posible desprenderla de entre los tejidos se la coge con las pinzas ó un tenáculo y se la liga como de ordinario,

de lo contrario, se practica la ligadura mediata. Cuando la ligadura sea impracticable, se recurrirá al taponamiento. Boyer empezaba por introducir hasta la vejiga una cánula de goma elástica que asegurase libre salida á la orina, después de lo cual taponaba el resto de la herida, siguiendo el procedimiento descrito ya para el recto; Dupuytren prefería una cánula de plata envuelta en una túnica de lienzo sujeta á una regular distancia de su pico (fig. 710). Introducida la cánula en la vejiga, se llena la túnica de hilas ó agárico, aumentando la compresión en el punto que más necesario sea; y para mantener en su sitio las hilas, se cierra á manera de bolsa el orificio externo de la túnica, por medio de un cordón pasado en una jareta que forma el borde. También podría emplearse con ventaja el taponamiento á cola de cometa.

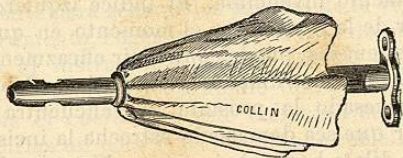


FIG. 710

Cánula de Dupuytren

Tal es el conjunto de maniobras que tiene por objeto procurar buenamente la extracción de los cálculos; pero, antes de pasar más adelante, hemos de detenernos algún tanto en los diversos tiempos de la operación que tienen por objeto llegar á la vejiga á través de los tejidos.

Desde luego se habrá podido notar que componen estos tiempos tres incisiones distintas: la primera comprende la piel y el tejido adiposo, la segunda abre la uretra y la tercera divide la próstata.

La primera incisión, que es la más prolongada de todas, en toda su extensión debe llegar hasta la aponeurosis superficial; y, si esta aponeurosis no se distinguiese lo suficiente, se podría llegar hasta poner al descubierto el músculo bulbocavernoso por delante y el transverso por detrás. No hay hasta este punto peligro alguno, porque los únicos vasos que se encuentran son ramitas insignificantes de la arteria superficial, pues no es posible interesar el tronco de ésta sino inclinando la incisión demasiado hacia afuera.

La segunda incisión, que ya es una tercera parte menos extensa que la primera, no debe interesar más que la porción musculosa de la uretra. El dedo que va en busca del catéter separará, pues, á la derecha el músculo bulbocavernoso y el bulbo mismo, cuya integridad es necesario respetar; el ayudante que sostiene el catéter auxiliará esta maniobra inclinando la ranura del instrumento hacia abajo y lateralmente en la dirección de la herida. Además, el dedo no se introducirá nunca en la parte superior de la herida, en donde encontraría la porción esponjosa, sino más abajo y á cosa de un centímetro de distancia. De este modo el bisturí llegará á la uretra á 20 ó 25 milímetros del ano, y bajo toda probabilidad dejará por delante la arteria transversa, que de otro modo podría herirla.

La tercera incisión, que interesa la próstata, es la más peligrosa de todas. Así es que, dándole, como aconseja fray Cosme, la dirección de la incisión exterior, hay peligro de herir el recto, y por lo tanto será siempre una prudente precaución el introducir previamente el dedo en el intestino, para hacerse cargo de hasta qué punto se aproxima al trayecto del cuchillo, y en caso necesario, inclinarlo hacia atrás. Indudablemente que, colocando el dorso del litotomo hacia adelante, debajo del arco pubiano, se atrae la próstata en este mismo sentido, pero como que el intestino está muy adherido á esta glándula, es arrastrado por ella. Por esto Boyer modificó la dirección de esta incisión; aplicaba el cuerpo del litotomo contra la parte inferior del cuello de la vejiga, para incidir hacia afuera contra la rama descendente del pubis derecho, de modo que el filo del instrumento miraba casi directamente afuera. Apoyando el instrumento en la parte inferior del cuello de la vejiga, la arteria transversa queda por delante, y aplicando por otra parte el cuerpo del litotomo contra la rama del pubis derecho, se inclina la próstata á la derecha apartándose de la arteria superficial; además, si únicamente se da al instrumento una abertura de once líneas (de 24 á 25 milímetros) se está todavía á una distancia suficiente; y por último, Boyer, cuando de la falta de resistencia deducía que había sido seccionada la próstata, procuraba ocultar nuevamente la hoja y retirar el instrumento cerrado. Este cirujano aseguraba que, procediendo así, jamás había herido una arteria que pudiese ocasionar una hemorragia algo considerable. Añade, además, que es necesario retirar el litotomo horizontalmente; porque, elevando el mango, el extremo de la hoja se dirigiría contra el bajo fondo de la vejiga; y, deprimiéndolo, no se dividiría convenientemente la próstata en dirección transversal y la hoja se aproximaría al recto.

El litotomo oculto no es el único instrumento de que se sirven

los cirujanos para la sección de la próstata, pues en Inglaterra especialmente unos cirujanos emplean el cuchillo simple y otros el gorgerete de Hawkins. Pero operando con el cuchillo, como que es necesario introducirlo á una tal profundidad que el cirujano no puede ver la hoja, no es posible dirigir el instrumento con absoluta seguridad, y se expone á cortar más ó menos de lo necesario.

El gorgerete de Hawkins regula mejor la amplitud que convenga dar á la sección; pero obra empujándolo de delante atrás, y por

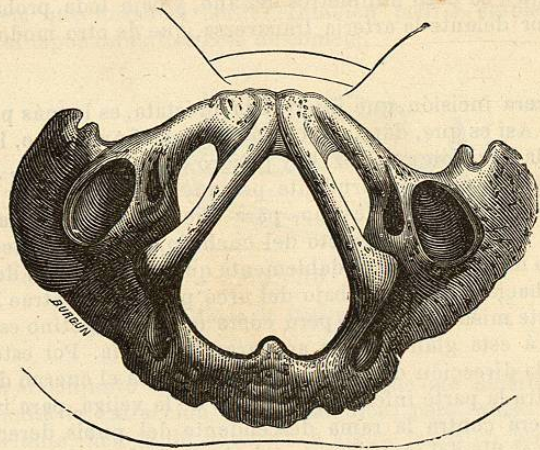


FIG. 711

Esquema de la pelvis en la posición de la talla

poca resistencia que la próstata oponga, se está expuesto á que se hunda entre la vejiga y el recto, accidente que A. Cooper ha tenido ocasión de ver en doce casos distintos. Por consiguiente, bajo todos los puntos de vista, es preferible el litotomo oculto.

Llegamos ahora á una cuestión de la mayor importancia, que consiste en la extensión que debe darse á la incisión. La regla general, que hoy día ya nadie discute, es que la herida ofrezca libre salida al cálculo, sin que sean necesarias tracciones violentas; cuando el cálculo es pequeño, todos los cirujanos proceden de este modo. Pero esta uniformidad de pareceres desaparece por completo desde el momento que el cálculo es algo voluminoso, pues unos insisten en no excederse jamás de los límites de la próstata, contando con la dilatación de las partes; mientras que otros,

temiendo que se produzcan desgarros, prefieren dilatar más las incisiones. Así es que, Scarpa, que operaba con el gorgerete de Hawkins, aconsejaba que la incisión de la próstata no profundizara más allá de 5 líneas (11 milímetros); fray Cosme, dispuesto á operar la *sección completa de la próstata* en caso necesario, pero sin excederse jamás de estos límites, hizo que su litotomo pudiese abrirse hasta 15 líneas (34 milímetros), y Sam. Cooper, en Inglaterra, se empeñó en defender la *libre incisión de la vejiga* más allá de los límites de la próstata.

Boyer, más atrevido que Scarpa, ya abría su litotomo hasta 20 y 24 milímetros. Aún añadiendo á esta incisión la dilatación de la

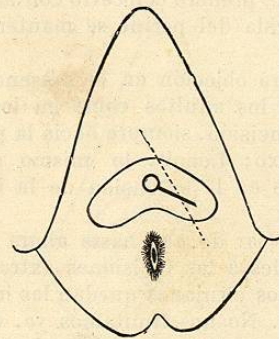


FIG. 712

Talla lateral.—Esquema. (En esta figura y en las siguientes la línea completa representa la incisión de la próstata y la línea de puntos la incisión de la piel)

uretra, no se llegaría á alcanzar un perímetro de 88 milímetros; lo demás debería darlo la dilatación, ó mejor, el desgarro de la próstata.

Entiendo, pues, que, cuando se ataca un cálculo voluminoso por la talla lateral, no hay más que una incisión que merezca conservar este nombre, y es la que se extiende sobre la vejiga á distancia conveniente. La *sección total de la próstata* sin traspasar sus límites es una quimera; la incisión intraprostática, por extensa que sea, termina por un desgarro; esto es la realidad. Desde luego podemos preguntarnos ¿en qué se diferencia la incisión intraprostática de la incisión puramente uretral del grande aparato? en lo siguiente: con una incisión previa en la próstata, el desgarro se efectúa en la misma dirección, hecho que fué observado por Pouteau y comprobado por Camper, mientras que Ledran ha observado que sin esta

incisión previa los desgarros se efectúan en diversos sentidos, habiéndose algunas veces desprendido del cuerpo de la próstata el cuello de la vejiga. ¿Cuáles son, no obstante, los peligros imputados á las incisiones extraprostáticas? Louis, que nunca las había practicado ni visto practicar, cree que podrían producir una *inflamación peligrosa y la infiltración de orina en el tejido celular*. Scarpa añade que estos accidentes se presentan *constantemente*. Todo esto es puramente teórico, pues sea cual fuere la longitud de la incisión nunca la orina tiene tendencia á infiltrarse en el interior sino cuando no tiene salida al exterior; todo consiste, pues, en cumplir esta condición. Bajo este punto de vista, la posición que generalmente adopta el operado, con las rodillas aproximadas, no es seguramente la mejor; prefiero colocarlo con las rodillas algo separadas para que la herida del periné se mantenga entreabierta con mayor seguridad.

Lenoir encontró otra objeción en la presencia del plexo venoso prostático, tanto en los adultos como en los viejos; pero, por pequeña que sea la incisión, siempre hacia la punta de la glándula se interesará el plexo; Lenoir, lo mismo que Louis y Scarpa, no había pensado en la extensión de la herida por los desgarros.

No obstante, y á pesar de que hasta ahora los hechos parecen enteramente favorables á las incisiones extraprostáticas, todavía en el ánimo de muchos cirujanos quedan las huellas de las teorías de la antigua escuela. No nos limitamos ya, como Scarpa, á una abertura demasiado estrecha; pero, cuando se trata de dilatarla, no todos los pareceres son idénticos. Cirujanos hay que se sirven del cuchillo, ó del litotomo oculto para prolongar hacia la vejiga la incisión primitiva, pero el litotomo anchamente abierto me parece un medio todavía más seguro que el cuchillo; otros hay que practican una segunda incisión en el lado opuesto de la próstata y Dupuytren ha erigido este recurso extraordinario en procedimiento general con el nombre de *talla bilateral*. Estudiemos, pues, esta modificación de la talla perineal.

2.º *Talla bilateral. Procedimiento de Dupuytren.*—Los instrumentos que se necesitan son los mismos que para la talla lateral, con la única diferencia de que basta disponer de un solo cuchillo recto que corte por los dos bordes en la extensión de un centímetro á partir de la punta, y que el litotomo simple sea reemplazado por otro doble, cuyas dos hojas se abren por la acción de una sola palanca y se separan siguiendo una dirección curva, de manera que dividen la próstata por cada lado siguiendo sus radios oblicuos. La abertura de estas dos hojas puede variar desde 15 hasta 45 milímetros.

Colocado el enfermo como de ordinario, se introduce el catéter en la vejiga y se confía á un ayudante para que lo mantenga en posición perfectamente vertical. El operador, con la mano izquierda, pone tensa la piel del periné y practica una incisión semicircular que, empezando á la derecha entre el ano y el isquion, termina á la izquierda en el mismo punto, pasando á unos 10 milímetros por delante del ano, y circunscribiendo, por consiguiente, su parte anterior. El instrumento divide sucesivamente la piel, el tejido celular subcutáneo, la aponeurosis perineal superficial y la punta del esfínter externo del ano. Una vez puesta al descubierto la porción membranosa de la uretra, la uña del índice izquierdo encontrará á través de la pared inferior del conducto la ranura del

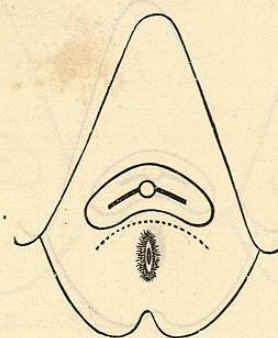


FIG. 713

Talla bilateral

catéter, y servirá de guía para llevar á ella la punta del bisturí. Es necesario que durante toda esta primera parte de la operación el dedo deprimida la parte inferior de la herida, protegiéndola y alejando el recto del instrumento cortante.

Después de haber practicado en la uretra una incisión de un centímetro poco más ó menos, la uña del índice izquierdo colocada en la parte superior de la herida sirve de guía al litotomo, el cual, cogido con la mano derecha con el pulgar por debajo y los dos dedos siguientes por encima del instrumento, se presenta al catéter con la convexidad de la curva mirando abajo en dirección del ano. Luego de bien reconocido el contacto metálico de los dos instrumentos entre sí, el cirujano coge con la mano izquierda la chapa del catéter, y elevándolo por debajo de la sínfisis del pubis, desliza á lo largo de su ranura y hasta la vejiga el litotomo. Se retira en

seguida el catéter y se invierte el litotomo de manera que su concavidad mire al ano. Finalmente, cogiéndolo del modo ordinario, el operador deprime la báscula, y retira el instrumento abierto, no horizontalmente, sino inclinándolo progresivamente hacia abajo hasta que las hojas hayan salido por completo.

Este procedimiento tiene muchas ventajas. La incisión exterior deja delante el bulbo y la arteria transversa se separa todavía más de la arteria superficial; así es que ofrece muchas garantías contra la hemorragia. Sin embargo, en los viejos, como había notado ya Béclard, como que el bulbo se aproxima más al ano, es más probable que éste sea interesado, y por otra parte, las dos astas de la

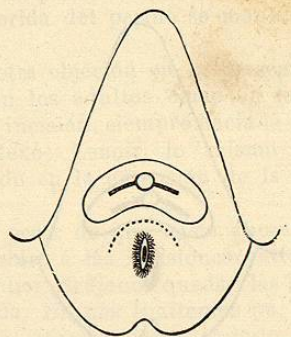


FIG. 714

Talla prerectal (Nélaton)

incisión amenazan directamente á las arterias hemorroidales; Laugier tuvo ocasión de presenciar una hemorragia muy considerable, que vino á complicar la operación en manos del mismo Dupuytren. Ya Béclard prefería la incisión exterior oblicua de la talla lateral y Dupuytren ensayó una vez la incisión media, que fué adoptada más tarde por Civiale. Nélaton prefiere la incisión transversal; pero, á fin de evitar con mayor seguridad el bulbo, la aproximó al recto, denominando á este proceder *talla prerectal*.

Procedimiento de Nélaton.—Se empieza por introducir el índice izquierdo en el recto, para determinar el punto á que corresponde el vértice de la próstata, y cerca del cual se puede percibir, á través de las capas blandas, la ranura del catéter. Con este dedo se comprime la parte posterior del periné para poner tensos los tegumen-

tos, y á 10 ó 15 milímetros por delante del ano, se practica una incisión transversal de 3 centímetros, incisión que se prolonga en seguida por cada lado, á beneficio de dos incisiones oblicuas hacia atrás, que deben terminar á 2 centímetros de los bordes laterales del ano. Dividida la piel, el operador inclina hacia atrás el labio posterior de la incisión, á fin de poner tenso el esfínter y dividirlo con precaución capa por capa separándose del bulbo y aproximándose al recto. Después de dividido en toda su amplitud el esfínter, fácilmente se deprime toda la pared anterior del recto para dejar al descubierto el fondo de la herida, y sin dificultad se llega á la uretra en el momento en que sale de la próstata; se la abre sobre

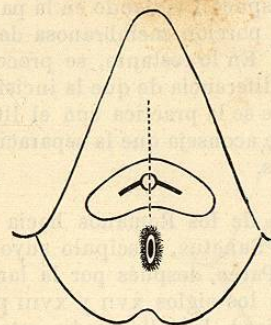


FIG. 715

Talla mediobilateral (Civiale)

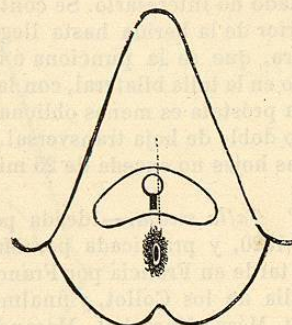


FIG. 716

Talla pararaféal (Bouison)

la ranura del catéter volviendo hacia adelante el filo del bisturí, después de lo cual se introduce el litotomo doble, y se termina la operación como en el procedimiento de Dupuytren.

Desde luego es de notar que la incisión exterior no se diferencia sensiblemente de la de Dupuytren, y que por lo menos se separa del ano tanto como ésta; toda la diferencia consiste en la división del esfínter y en la disección del recto.

Ha sucedido frecuentemente que, por ser el cálculo voluminoso, el operador ha dado con la grave dificultad de la estrechez de la abertura. Dupuytren aconseja en estos casos proceder á la dilatación con un bisturí de botón por cada lado tomando por guía el índice introducido en la herida. Otros cirujanos han practicado una tercera incisión en otro radio de la próstata; Rolland (de Tolosa) llegó á practicar una cuarta incisión, y Vidal (de Cassis) erigió estas cuatro incisiones en método general con el nombre de *talla cuadrilateral*. No sé cuánto podrían contribuir á la dilatación

de la abertura los cuatro triángulos que quedarían de este modo cortados en la próstata, pues no tengo noticia que se haya practicado experimento alguno en este sentido; pero, á mi entender, cuando la talla bilateral transversa no da una abertura suficiente, la mejor práctica consiste en dilatar la incisión por uno de los lados hasta la vejiga.

3.º *Talla mediobilateral. Procedimiento de Civiale.*—No difiere de la talla bilateral sino en la manera de practicar la incisión de los tegumentos. Esta incisión cae sobre el rafe medio en una extensión de 3'5 centímetros, y termina por delante del ano. Se dividen los tejidos capa por capa, hasta llegar al bulbo, procurando con todo cuidado no interesarlo. Se continúa después dividiendo en la parte inferior de la herida hasta llegar á la porción membranosa de la uretra, que se la punciona é incinde. En lo restante, se procede como en la talla bilateral, con la única diferencia de que la incisión de la próstata es menos oblicua, porque se la practica con el litotomo doble de hoja transversal. Civiale aconseja que la separación de las hojas no exceda de 25 milímetros.

4.º *Talla media.*—Ideada por Juan de los Romanos hacia el año 1520, y practicada por Marianus Sanctus, discípulo suyo, y más tarde en Francia por Franco y A. Pareo, después por la larga familia de los Collot, y finalmente en los siglos xvii y xviii por Tolet, Méry, Maréchal, Morand y Saviard, la talla media estaba casi completamente abandonada, cuando trató de reintroducirla en la práctica moderna Bouisson, hacia 1849, estableciendo en ella una ligera diferencia en el modo de practicar la incisión.

Procedimiento de Bouisson. Talla pararaféal.—Después de haber introducido el catéter acanalado como de ordinario, el cirujano practica sobre la línea media y un poco á la izquierda del rafe (de aquí el nombre de pararaféal), una incisión que empieza, según la edad del sujeto, á 3 ó 4 centímetros por delante del ano y termina á un centímetro de esta abertura. Debe procurarse no herir el bulbo ni el recto. Al llegar á la porción membranosa, se abre la uretra por una punción y se incinde hasta la próstata, ya con el bisturí que incindió la uretra, ya con el litotomo simple abierto á un grado algo inferior á la extensión del radio prostático vertical. Se introduce entonces el dedo en el cuello de la vejiga, para asegurarse de la extensión de la incisión; después se introducen, como de ordinario, el gorgere y las tenazas, y se extrae el cálculo. Bouisson utilizó este procedimiento para practicar la litotricia perineal.

5.º *Talla uretral ó membranosa.*—Ideada y publicada en 1843 por Bresciani di Borsa, y modificada por Allarton, quien le añadió la dilatación y en ciertos casos el desmenuzamiento del cálculo, es generalmente conocida con el nombre de este último cirujano, que fué quien la dió á conocer en 1854. Describiré esta operación al tratar de la litotricia perineal.

6.º *Talla recto-vesical.*—El cirujano introduce el índice izquierdo en el recto con la cara palmar mirando arriba, y conduce sobre este dedo un bisturí, cuya punta debe encontrar el catéter á unos 4 centímetros del ano. Incinde, retirando el bisturí hacia sí, el esfínter interno, el externo y la piel de la margen del ano; vol-

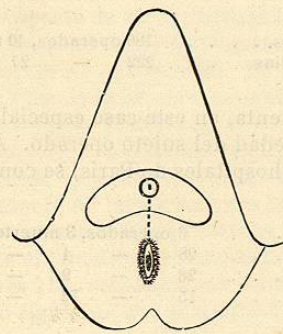


FIG. 717

Talla membranosa ó uretral. (Allarton. *Sin incisión de la próstata*)

viendo después el bisturí con el corte mirando abajo, lo introduce en la vejiga cortando la próstata y el cuello vesical hasta llegar al triángulo. Este procedimiento es con razón desechado por casi todos los cirujanos, pues expone á abrir el fondo de saco peritoneal y á dejar tras sí fístulas recto-vesicales.

Apreciación.—La talla es una de las más graves operaciones, no tan sólo por los peligros que trae consigo como toda operación, sino sobre todo porque se practica muchas veces para cálculos en los cuales están los riñones profundamente alterados; así es que buen número de operados sucumben aún, no tanto por la operación como por la exacerbación que la enfermedad renal recibe del traumatismo operatorio. Sería conveniente poder presentar las estadísticas posteriores al período antiséptico junto con las anteriores; desgraciadamente faltan estos elementos de comparación, y si creo

deber recordar y conservar algunas de las cifras consignadas por Malgaigne en las ediciones anteriores de este libro, es para que puedan servir de término de comparación entre los diversos procedimientos y las condiciones de edad en las que se ha practicado la talla.

Malgaigne ha reunido en seis años, desde 1836 hasta 1843, un total de 75 operaciones practicadas en todos los hospitales de París, habiendo resultado de ellas 28 muertos, 37 por 100. Pero, en este caso, como en las amputaciones, es de notar la maléfica influencia de estos hospitales. En 1860, se publicó en Inglaterra un cuadro de calculosos operados por la talla, unos en los hospitales de Londres, otros en los de provincias, y la mortalidad varió en la forma siguiente:

Hospitales de Londres.	186 operados, 40 muertos, 22 por 100
Hospitales de provincias.	222 — 27 — 12 —

Debe tomarse en cuenta, en este caso especial, un poderoso elemento, como lo es la edad del sujeto operado. Así es que, en las 75 operaciones de los hospitales de París, se contaban:

De 2 á 5 años.	6 operados, 3 muertos, 50 por 100
De 5 á 15 años.	28 — 4 — 14 —
De 15 á 50 años.	26 — 9 — 35 —
De 50 á 80 años.	15 — 12 — 80 —

En los hospitales de Londres y en los sujetos de menos de diez años, la mortalidad fué de 8 por 109; en los de provincias, de 8 por 113, unos 7 por 100. De 45 á 80 años, la cifra de la mortalidad se eleva, en los primeros, á 21 por 33, y en los segundos á 9 por 42; la diferencia es de 64 á 21 por 100.

Con esto se ve claramente cuán difícil es el apreciar la influencia de los diversos procedimientos sobre la mortalidad de la talla. Sería necesario estudiarlos primero en los mismos lugares, después en series numerosas, luego tomando en cuenta el peso de los cálculos y finalmente prescindiendo de los jóvenes, en los cuales se ha podido decir que todos los procedimientos dan buen resultado. En realidad, como que en los niños siendo el cálculo generalmente pequeño no se necesita más que una pequeña incisión, puede decirse que los procedimientos apenas difieren unos de otros. En cambio, en los adultos y en los viejos, en quienes los cálculos son más voluminosos, se puede apreciar la influencia de los desgarros y de las incisiones externas. Con estas salvedades, dejaré no obstante consignadas algunas cifras.

En una suma de tallas practicadas en el hospital de la Caridad,

desde 1724 hasta 1757, en 508 operaciones, se cuentan 225 muertos; 44 por 100. El procedimiento generalmente seguido era el *alto aparato lateralizado* con el *corte de maestro*, que dividía la punta de la próstata; la mortalidad era, pues, muy superior á la de hoy día.

Respecto de las incisiones ya un poco más extensas, y tales como las practicaba Scarpa, tenemos precisamente un cuadro de los calculosos entrados en el hospital de Pavía desde 1820 hasta 1830; son en número de 108, distribuidos en 93 niños, 13 adultos y 2 viejos. Como que Scarpa desechaba la operación tanto para los cálculos muy pequeños como para los muy voluminosos, de éstos se operaron únicamente 79, y sucumbieron 24; unos 31 por 100. Si se toma en cuenta el número de niños, resulta una mortalidad superior á la de los hospitales de París.

Por el contrario, respecto de las incisiones libres, Cheselden dice haber operado en el hospital de Santo Tomás de Londres 213 calculosos, habiendo fallecido únicamente 20. De los de veinte á cincuenta años, perdió 7 por cada 32; de cincuenta á ochenta, 6 por 14; muchos menos de los que se pierden en París.

Indudablemente que algo contribuirá en los resultados la diferencia de los hospitales; pero en Norwick, Martineau, siguiendo primero el procedimiento de Hawkins, tuvo 11 muertos por 37 operados, casi la misma proporción que Scarpa en Pavía; mas, empleando nuevamente el cuchillo de Cheselden con extensas incisiones, de sus últimos 110 calculosos, no perdió más que 6.

Gross da el cuadro siguiente de los resultados obtenidos en 9,299 casos de talla.

Talla lateralizada.	8509 operados, 1065 muertos, 1 muerto por 8
— bilateral.	228 — 33 — 1 — por 6'9
— media.	299 — 29 — 1 — por 10'3
— recto-vesical.	83 — 16 — 1 — por 5'1
— supra-pubiana.	180 — 39 — 1 — por 4'6

Thompson, en 1827 casos de talla lateralizada practicada en los hospitales de Inglaterra por diversos cirujanos, ha contado 229 muertos, ó sea 1 por 7'9 operados, ó en números redondos 1 por 8.

Allarton, en 139 operaciones practicadas por su procedimiento, no perdió más que 13 enfermos, ó sea 1 por 11; pero no debemos olvidar que esta talla ha sido aplicada especialmente á cálculos pequeños.

Murray Humphry, en 104 casos de talla supra-pubiana reunidos por él, cuenta 31 muertos ó sea 1 por 3'3.

Si, por las razones que acabo de exponer, se excepciona la talla media en la cual se comprende la talla uretral de Allarton, se ve

que la talla lateralizada es la menos grave y la supra-pubiana la más mortífera; pero en ésta todavía hay que observar que únicamente se la ha aplicado, como la talla recto-vesical, á los cálculos más voluminosos, y podría decirse igualmente que la talla bilateral muchas veces se practica cuando se supone que la lateralizada sería insuficiente. En resumen, puede decirse de un modo muy general y muy aproximado, que la mortalidad de la talla es poco más ó menos de 1 por cada 7 operados.

II.—Talla hipogástrica

Anatomía quirúrgica.—La vejiga en estado de vacuidad se oculta detrás del pubis, del cual la separa una notable cantidad de tejido céluo-adiposo contenido en una especie de cápsula especial que Retzius describió por vez primera y por esto lleva su nombre. Este tejido celular rodea la vejiga y se continúa con el mismo tejido subperitoneal. A medida que la vejiga es distendida por la orina, asciende por encima de la sínfisis y se aplica contra la pared exterior del abdomen rechazando el peritoneo. La disposición del fondo de saco peritoneal anterior tiene importancia suma y el cirujano debe conocerla á la perfección. Según Laugier, su altura por encima del fondo de saco varía entre 2 y 5 centímetros. Pouliot y Bouley han observado que esta altura está en relación bastante directa con la distensión de la vejiga: es de 7 centímetros cuando el vértice de la vejiga llega á 12 centímetros y de 3 centímetros si la vejiga sobresale del pubis 5 centímetros. Según Bouley, resulta que, cuando la vejiga sobresale del pubis de 9 á 13 centímetros, hay que disminuir 4 centímetros para tener la altura del fondo de saco peritoneal, y 3 centímetros para las alturas que varían entre 5 y 9 centímetros. En cuanto á la relación entre la cantidad de líquido inyectada y la altura del fondo de saco es muy variable, porque la vejiga puede distenderse más ó menos á expensas de su pared posterior.

Es, pues, un error el de muchos cirujanos que profesan la idea generalmente admitida de que el peritoneo jamás desciende sobre esta pared, creyéndose que basta distenderla sobre el pico de una sonda para poderla dividir sin peligro alguno; lejos de esto, es esencial, y *fray Cosme lo estableció por regla*, aplicar el dedo sobre la cara anterior de la vejiga, y encorvándolo, conducir hacia arriba este repliegue perineal, que únicamente está unido á la vejiga por un tejido celular muy laxo, que se distiende ó se desgarrá con la mayor facilidad. Por lo demás, incindiendo á lo largo de la línea

blanca, únicamente hay que dividir la piel, la *fascia superficialis* y la aponeurosis anterior de los músculos rectos; separando éstos, se llega al tejido adiposo, y dividiéndolo, al peritoneo por arriba y á la vejiga por abajo.

Procedimiento ordinario ó antiguo.—Echado el enfermo horizontalmente sobre una mesa cubierta con un colchón, y de manera que la pelvis resulte ser el punto más elevado, después de haber afeitado los pelos del pubis, por medio de una sonda introducida en la vejiga para reconocer el cálculo, se inyecta la cantidad de agua tibia que este órgano puede contener y se la mantiene en su interior tapando el orificio de la sonda. Entonces, con un bisturí ordinario, se practica una incisión que interesa de arriba abajo la piel y el tejido grasiento hasta la línea blanca en la extensión de

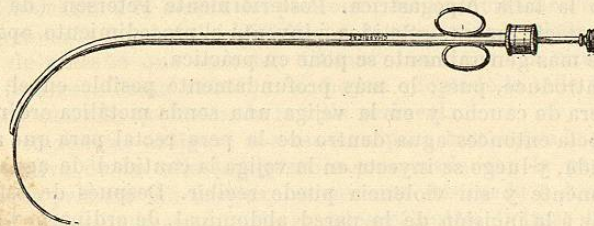


FIG. 718

Sonda de dardo para la talla hipogástrica

tres dedos por encima y un poco por delante de la sínfisis. Puesta al descubierto la línea blanca, á algunos milímetros por fuera de ella se incide la aponeurosis que cubre el músculo recto en la misma extensión de la piel. Dejando en este momento el bisturí, el operador desgarrá con el dedo el tejido celular que separa los dos músculos rectos, introduce el índice izquierdo inmediatamente por encima de la sínfisis del pubis, separa el tejido céluo-adiposo hasta que llega á tocar la vejiga; y después, encorvando este dedo en forma de gancho, conduce de abajo arriba el tejido adiposo y el pliegue del peritoneo situado por encima; entonces, haciendo sobresalir el pico de la sonda por delante del índice izquierdo para levantar la pared anterior de la vejiga, hunde el bisturí por delante de esta prominencia, divide algún tanto la vejiga de arriba abajo, y desde el momento que la abertura es suficiente, introduce en ella el índice y lo encorva formando gancho para levantar y distender con mayor seguridad la pared anterior. En esta disposición, continúa incindiendo hacia abajo