

en la extensión necesaria, explora la vejiga y extrae el cálculo con las tenazas.

Algunos cirujanos se limitan á practicar una inyección, después de lo cual retiran la sonda; Baudens no aplicaba ni la sonda ni la inyección, y otros, por el contrario, han ideado sondas de dardo que por lo menos son inútiles.

Procedimiento actual ó de Petersen.— La dificultad de la talla hipogástrica estribaba en llegar á la vejiga sin exponerse á cortar el peritoneo, y para ello era necesario distenderla suficientemente, lo cual no siempre es fácil, sobre todo si la vejiga está retraída por causa de la cistitis crónica debida á la presencia de un cálculo. En 1875, Milliot, en una Memoria que se insertó en la *Gazette medicale de Paris* demostraba que la distensión del recto por medio de una pera insuflada producía la ascensión de la vejiga y facilitaba mucho la talla hipogástrica. Posteriormente Petersen (de Riel) aplicó prácticamente esta idea é inventó el procedimiento operativo que más generalmente se pone en práctica.

Se introduce, pues, lo más profundamente posible en el recto una pera de caucho y en la vejiga una sonda metálica ordinaria; se inyecta entonces agua dentro de la pera rectal para que así se distienda, y luego se inyecta en la vejiga la cantidad de agua que buenamente y sin violencia puede recibir. Después de esto, se procede á la incisión de la pared abdominal, de ordinario y siempre á pequeños cortes para evitar la herida del peritoneo. Se pone la vejiga al descubierto lo más cerca posible del pubis, se rasca con el dedo su cara anterior, como lo había recomendado fray Cosme, y de este modo se rechaza el fondo de saco peritoneal, que por lo demás, no siempre, se le percibe. En 1878, Petersen llegó á decir, que después de haber practicado diez y ocho veces la talla por su procedimiento, estaba convencido de que no era posible herir el peritoneo aún operando desafortunadamente. Esto lo considero algo exagerado.

Puesta la vejiga al descubierto, se apoya sobre ella el dedo colocado en la parte superior de la herida, y por debajo de este dedo se practica la punción de la vejiga, sirviendo el trocar de guía para practicar la incisión.

Sobre el género de cura más conveniente varían las opiniones: Petersen, Bergmann y Albert suturan la vejiga y la pared abdominal; Trendelenburg y Thompson no aplican cura alguna. Otros como Bazy, Guyon, Perriér, Mikuliez y Ultzmann se colocan entre estos dos extremos y practican la oclusión por una cura antiséptica. La experiencia no ha demostrado aún cuál sea la mejor práctica.

Apreciación.— La talla hipogástrica ofrece notables ventajas. En estado normal, el bisturí no interesa ningún vaso, ni vena, ni arteria; esta operación no interesa al cuello de la vejiga ni los conductos eyaculadores, y por consiguiente no expone á la incontinenencia de orina ni á la impotencia; la herida se cierra algo más lentamente que en el periné, pero las fístulas consecutivas no son de temer. La abertura de la vejiga se presta á la extracción de los más grandes cálculos sin temor de que se produzcan desgarros; las tenazas son dirigidas con mayor seguridad, y el dedo, recorriendo libremente toda la cavidad, encuentra en ella los más pequeños cálculos ó fragmentos de cálculo, con más certeza que en ninguna de las demás formas de talla. Pero estas ventajas vienen compensadas por nuevos peligros, como son la posible lesión del peritoneo y las infiltraciones urinarias. La infiltración de orina es rara, porque Souberbielle en 39 operaciones sólo la encontró una vez. En cuanto á la herida del peritoneo, la invención de Petersen proporciona la manera de evitarla casi con seguridad. Nada tiene, pues, de extraño que en estos últimos diez años los cirujanos, tanto franceses como extranjeros, hayan adoptado la talla suprapubiana casi con exclusión de la talla perineal.

Las estadísticas antiguas nos enseñan poca cosa sobre la gravedad relativa de la talla hipogástrica comparada con la perineal, porque la primera era casi exclusivamente destinada á los casos graves, á los en que se trata de grandes cálculos. Belmas llegó á reunir 100 observaciones distribuidas del modo siguiente:

A la edad de 3 años.	5 operados, 1 muerto
De 4 á 20 años.	38 — 2 —
De 20 á 50 años.	21 — 6 —
De 50 á 80 años.	36 — 16 —

Lo cual arroja una mortalidad de 25 por 100 ó de 1 por 4. Souberbielle ha publicado una serie de 38 operaciones y en 35 sujetos de cincuenta á ochenta años no perdió más que diez.

Desde que Petersen, Trendelenburg y Perrier han puesto en boga la talla hipogástrica; desde que esta operación se practica preferentemente aún por pequeños cálculos; desde que ha desaparecido el peligro de herir el peritoneo, y sobre todo desde que los minuciosos cuidados de limpieza han suprimido el contagio, la mortalidad de la talla suprapubiana ha debido disminuir mucho; pero nos faltan aún datos para juzgar con exactitud esta cuestión, á pesar de las estadísticas de Garcin y de Tuffier, que aún darían una mortalidad aproximada de 24/4 por 100. Recientemente Eigenbrodt ha publicado en el *Deutsche Zeitschrift* la estadística integral de Trendelenburg de 1876 hasta el mes de Octubre de 1887: de 19 operaciones por cálculos urinarios resultaron 16 curaciones y 3 casos de

muerte ó sea una mortalidad de 15'8 por 100, ó sea aproximadamente 1 por cada 6 operados.

He tomado de los registros del hospital Necker las tallas practicadas por Guyon, también por cálculos, durante los cuatro años de 1885 á 1888: no había más que una talla perineal, que fué seguida de muerte al cuarto día, y cinco tallas hipogástricas, una sola seguida de curación y los otros cuatro murieron, resultando, pues, una mortalidad de 80 por 100. Será, no obstante, justo añadir una sexta talla hipogástrica practicada con buen éxito por un cuerpo extraño. Ciertamente que estos resultados si fuesen únicos no podrían inducirnos á sustituir por la talla hipogástrica la perineal; pero esta extraordinaria elevación de la mortalidad depende de dos causas principales: la primera consiste en que la talla en general se aplica casi exclusivamente á los casos graves, pues durante este período Guyon ha practicado 93 litotricias, y la segunda estriba en que las alteraciones vesicales y renales debidas á la existencia del cálculo agravan la situación, puesto que 17 tallas hipogástricas por cáncer de la vejiga, cistitis dolorosa, etc., dieron á Guyon 16 curaciones y 1 caso de muerte. Trendelenburg, en 18 tallas hipogástricas por otras tantas afecciones que no eran cálculos, obtuvo 14 curaciones y tuvo 4 casos de muerte ó sea 22 por 100 de mortalidad. Si la mortalidad de Trendelenburg es una cifra más baja cuando se trata de cálculos que cuando se trata de otras afecciones; si es notablemente más baja que la de Guyon en casos análogos (14 por 100 en vez de 80 por 100), esto depende de que Trendelenburg ha practicado la talla en casos simples, mientras que éstos Guyon los trata por la litotricia.

III.—De la talla por otras afecciones que no son los cálculos urinarios

La talla se ha practicado como operación preliminar de la ablación ó destrucción de los tumores de la vejiga, como método de tratamiento de la cistitis dolorosa ó de neuralgias vesicales, ó para facilitar el cateterismo retrógrado.

1.º DE LA TALLA EN LOS TUMORES DE LA VEJIGA. A. *En el hombre.*—Los cirujanos del último siglo y de principios del presente con las ideas de su época, apenas pudieron concebir la de practicar la talla para extirpar tumores malignos de la vejiga. Si bien es verdad que Desault y Covillard practicaron estas ablaciones, fué en el curso de operaciones de la talla practicadas por cálculos, encontrándose en el acto de la operación con tumores que procuraron extirpar ó destruir por trituración; también inten-

taron esta extirpación Crose y Gersuny, pero sin poder llegar al término de la misma. A la cirugía alemana corresponde el honor de haber introducido, con perfecto conocimiento de causa, esta operación en la terapéutica quirúrgica. La primera operación practicóla Billroth en 1875: practicó la talla perineal y encontrándose con un tumor bastante voluminoso lo extirpó por la talla hipogástrica. Al año siguiente imitó su ejemplo Volkmann, y en el mismo año Kocher por la talla perineal y el rascado extirpó fungosidades vesicales que ocasionaban formidables hemorragias. Los operados de Billroth y Kocher curaron, y este resultado despertó el entusiasmo entre los demás cirujanos, de modo que esta operación se practicó repetidamente en Inglaterra y en América, pero casi siempre por la talla lateral, ó á imitación de Thompson por el ojal perineal.

En 1881, Mercacci, cirujano italiano, practicó directamente la talla hipogástrica, y para explorar la vejiga se sirvió de la luz que produce la combustión del magnesio. El 10 de Noviembre de 1882 Trendelenburg inició una serie de operaciones de talla hipogástrica. En Francia, practicó la primera operación de esta índole Bazy el 20 de Diciembre de 1882, y si bien el éxito no coronó su tentativa, desde entonces la operación entró en la práctica quirúrgica francesa. No he de entretenerme en describir la operación en sí, puesto que no es otra cosa que una talla hipogástrica ó perineal seguida de la extracción del tumor por escisión, rascado ó desmenuzamiento, según el estado en que se presente. Lo que principalmente debemos examinar es si es más conveniente la talla hipogástrica ó la perineal.

Bajo el punto de vista de la facilidad de la ejecución y de la seguridad de la operación, puesto que ante todo interesa extirpar el tumor en su totalidad, no vacilo en dar la preferencia á la talla hipogástrica. Levantando la vejiga por medio de la pera de Petersen, separando los labios de la herida vesical y alumbrando la cavidad de la vejiga con la luz eléctrica, puede explorarse con bastante facilidad el interior del órgano. Por el contrario, si se opera por la talla perineal, el dedo difícilmente puede explorar la vejiga, la vista apenas puede auxiliar en nada al tacto y la operación resulta más difícil y más incierta.

Debemos, de todos modos, examinar el valor de la operación como medio terapéutico bajo el doble punto de vista de los peligros que hace correr al enfermo y de la solidez de la curación, pues que trata casi siempre de tumores malignos.

Bajo el punto de vista de la mortalidad, aunque la que pertenece á la talla va unida á la que depende de las manipulaciones que exige la extirpación del tumor, me parece también necesario examinar separadamente las tallas hipogástrica y perineal. Para esta

apreciación tomaré por base los casos reunidos por Pousson en su tesis y por Eigenbrodt en su trabajo del *Deutsche Zeitschrift*. Prescindiré de las antiguas operaciones de Desault, Covillard, Crosse, Gersuny y Fergusson, y eliminaré también las dos operaciones de Billroth y Volkmann, puesto que se practicaron simultáneamente las dos clases de talla dando por resultado que el uno curase y el otro muriese.

Quédannos, pues, 22 operaciones por la vía perineal, de las que resultaron 14 curaciones y 8 muertos. Los operados de Kocher, Humphry, Colley, Rauschenbusch, Ranschoff, dos operados de Whitehead, y siete de los operados de Thompson curaron de la operación; los de Berkeley, Hill, Morgan, dos de los operados de Whitehead y cuatro de los de Thompson murieron. Resulta de esto una mortalidad de 36 por 100 ó sea algo más de la tercera parte.

En los mismos documentos se registran 16 operaciones por la talla hipogástrica en 15 enfermos. Cinco de los operados por Trendelenburg curaron, lo mismo que 2 de los de Guyon, de los cuales uno murió de la segunda operación; pero el operado de Bazy, 3 de los de Guyon, el de Meracci y 4 de los de Trendelenburg murieron también, lo cual arroja una mortalidad de 56 por 100 ó sea más de la mitad. En presencia de estas cifras parecería lógico dar la preferencia á la talla perineal; pero, aparte de que el número de operaciones es escaso para erigir en formal elemento de juicio el número relativo de los muertos, es conveniente examinar también la cuestión de las recidivas y desde luego puede suponerse que éstas serán más frecuentes después de la talla perineal, porque casi nunca permite más que una ablación incierta é incompleta.

Para apreciar el valor de la operación, conviene examinar qué beneficio positivo han podido reportar de ella los operados curados. Estos son en número de 22; pero entre ellos la curación únicamente se menciona seis veces, y uno de los operados de Trendelenburg estaba aún en vías de tratamiento. Por lo tanto, únicamente podemos apreciar la curación en 16 operados. En 6 enfermos al menos el beneficio de la operación es indudable, puesto que se ha comprobado su solidez á los quince meses (Kocher), á los seis meses (Humphry), al año (Rauschenbusch y Ranschoff), á los ocho meses (Whitehead 2 casos). Un operado de Whitehead y otro de Colley continuaban en buen estado dos meses después. En cambio la recidiva se menciona en cuatro de los operados de Thompson y en un quinto la extirpación fué parcial. Uno de los operados de Trendelenburg murió un año después. De los 5 operados de Guyon citados por Pousson, 3 murieron de la operación, el cuarto murió de recidiva y el quinto, que había curado de la operación, como el tumor recidivase, tuvo que ser operado segunda vez y en ésta murió. En definitiva, todos los casos de Guyon

fueron mortales. Tenemos, pues, que si, para apreciar el valor del tratamiento, reunimos los muertos y las recidivas, en 59 operados encontramos 18 muertos y 8 recidivas, lo cual significa 26 casos sin resultado absoluto ó sea 66 por 100 ó dos terceras partes.

Ciertamente que es ésta una muy considerable mortalidad, sobre todo si se tiene en consideración que será como siempre atenuada por el hecho de no haberse publicado algunos de los casos mortales; pero no en todos los casos el peligro á que la operación expone al enfermo es motivo suficiente para reprocharla. La ablación de los tumores vesicales es sin duda una conquista de la cirugía moderna; pero es preciso saber distinguir los casos en que es aplicable. Desde luego puede sentarse el principio de que está contraindicada en las primeras edades, pues que aumenta extraordinariamente su mortalidad.

Tampoco me decido á aceptarla en los casos en que apenas cabe dudar de la naturaleza cancerosa del tumor. En efecto, por una parte á veces, á pesar de la existencia de semejante lesión, la vida se prolonga bastante tiempo, y por otra parte la recidiva es una regla tan general, sobre todo en los casos en que casi nunca se puede extirpar el mal en su totalidad, que los peligros de la operación no pueden compensar la duración é importancia de la curación momentánea que por ella se puede conseguir. De todos modos, cualquiera que sea la naturaleza del mal, si ocasiona frecuentes y abundantes hematurias, retención de orina y dolores violentos, la intervención está desde luego indicada, suceda lo que suceda. Si la operación no evita al enfermo la muerte, le habrá proporcionado cuando menos algún tiempo de alivio.

Por último, casos hay en que el papiloma y el tumor fungoso ocasionan hemorragias que desaparecen después de la operación, y la curación puede ser definitiva ó cuando menos de larga duración. Podemos, pues, decir que, si la ablación de los tumores vesicales por la talla es una mala operación aplicable á los casos de cáncer que por el momento no producen accidentes graves; que si bien, lo mismo que ninguna otra, no puede curar radicalmente al enfermo, es en cambio una buena operación, un precioso recurso en ciertas condiciones que el clínico puede apreciar.

B. *En la mujer*, las condiciones no son las mismas que en el hombre. Con bastante frecuencia el tumor penetra en la uretra y hasta á veces sale al exterior, lo cual facilita en gran manera el diagnóstico; además la abertura de la vejiga por la talla no se hace necesaria, de modo que en los 37 casos reunidos por Pousson, únicamente dos veces el cirujano Norton creyó conveniente practicar la talla uretro-vaginal; en todos los demás se practicó la dilatación de la uretra, y el tumor se extirpó unas veces por com-

pleto y otras en parte, por el rascado con la cucharilla y hasta con el dedo, por la ablación, la ligadura, la estrangulación, etc. No habiéndose practicado la talla, la mortalidad ha sido menos elevada que en el hombre, no obstante, lo ha sido más de lo que era de esperar. El resultado es conocido en 35 operaciones, de las que resultaron 22 curados y 13 muertos ó sea una mortalidad de 37 por 100. Como se ve, pues, aún descartando la gravedad propia de la talla, la acción directa sobre la vejiga por el rascado, la estrangulación, etc., no deja por esto de ser peligrosa, puesto que ha dado por resultado 1 muerto por cada 3 operados.

2.º DE LA TALLA EN LAS CISTITIS DOLOROSAS.—Las cistitis, cualquiera que sea su causa primitiva, á menudo van acompañadas de dolores extremadamente violentos que no se alivian por ninguno de los tratamientos generales ni locales conocidos; estos dolores espasmódicos se presentan sobre todo en el momento de la emisión de la orina. En otros casos, sin ningún signo cierto de inflamación de la vejiga, siendo la orina transparente, normal y sin precipitado ninguno, nos encontramos en presencia de una verdadera cistalgia por contractura espasmódica del esfínter vesical, afección que tiene notable semejanza con la esfínteralgia anal que acompaña á las fisuras. Esta semejanza ha conducido á los cirujanos al tratamiento de esta afección por la dilatación del esfínter vesical, dilatación fácil en la mujer, pero de imposible realización en el hombre por las vías naturales, á pesar de cuantos instrumentos se han ideado á este fin, y sólo puede efectuarse fácilmente y con seguridad practicando un ojal uretral en el periné. A H. Thompson se debe la introducción en la práctica de este modo de tratamiento. Sin embargo, la circunstancia de que muchas veces la dilatación forzada de la uretra en la mujer no da ningún resultado, ha hecho creer que quizás los buenos efectos que frecuentemente se han obtenido practicando el ojal perineal, fuesen debidos al hecho de permanecer el esfínter uretral durante algunos días en completo reposo, y por esto se ha practicado con el mismo fin la talla perineal en el hombre y la véstico-vaginal en la mujer, destinadas á establecer momentáneamente una fístula vesical. Este nuevo progreso, que con excesiva tardanza se ha introducido en la cirugía francesa, lo debemos á la cirugía inglesa y á la americana. Siendo diferentes las operaciones, según que se trate del hombre ó de la mujer, debemos estudiarlas sucesivamente en los dos sexos.

A. *En el hombre.*—1.º *Dilatación perineal.* Thompson practica esta operación de la manera siguiente: Introducido en la vejiga un catéter acanalado, como si se fuese á operar la talla, el cirujano

con el índice izquierdo introducido en el recto reconoce el catéter y el pico de la próstata, y luego practica sobre el rafe una incisión vertical de $3\frac{1}{2}$ á 4 centímetros, y hunde horizontalmente el bisturí hasta que la punta encuentra al catéter, y lo empuja hacia la vejiga practicando una incisión de un centímetro aproximadamente. Después de esto coloca en la ranura del catéter la punta de un gorgere y lo conduce hasta dentro de la vejiga, y después de haber retirado el catéter, el dedo siguiendo á lo largo del gorgere penetra hasta la vejiga, de la cual dilata el cuello y explora la cavidad. La operación termina introduciendo por la herida un grueso tubo de drenaje de 7 milímetros de diámetro, que se deja dentro de la vejiga una, dos ó más semanas hasta que se considera que la neuralgia vesical ha desaparecido por efecto de la vacuidad del órgano.

De 43 operaciones reunidas por Hartmann, 35 han consistido en la abertura de la uretra por una incisión perineal seguida de una simple dilatación con el dedo y la aplicación de un tubo de drenaje. Los resultados han sido los siguientes: 2 operados de Rowbling murieron 48 horas después de la operación; 1 de Belfield al cuarto día y otro de Thiele al duodécimo día; en dos de estos enfermos la operación produjo la desaparición inmediata de los dolores. En los otros 31 casos, 14 veces se produjo la curación, 7 una mejoría muy marcada, 4 una mejoría notable y otras 4 únicamente alivio; total 29 casos de resultado afortunado y 2 veces persistencia de los accidentes.

En Francia, Ollier, Guyon y Vincent han sustituido la simple dilatación con el dedo por la dilatación forzada del cuello con un dilatador especial; Vincent y Ollier obtuvieron 2 curaciones; Guyon en 6 casos obtuvo 2 curaciones, una notable mejoría y 3 casos sin ningún resultado. Estos datos son poco satisfactorios.

2.º *Talla perineal é hipogástrica.*—La aplicación de la talla á la curación de la cistitis dolorosa la hizo por primera vez Parker de Nueva York en 1850. De 1850 á 1867 la practicaron únicamente Fergusson, Craith, Bickenteth y Eve; después de está época la han puesto frecuentemente en práctica los cirujanos ingleses y americanos. Poco practicada en Alemania, desde 1880 la han introducido en la cirugía francesa Verneuil y Duplay. De las 71 observaciones reunidas por Hartmann, 66 corresponden á tallas perineales y 5 á tallas hipogástricas.

De las observaciones de talla perineal, hemos de eliminar la de Howe; porque, si bien sabemos que el enfermo murió algunos meses después de la operación, no sabemos si ésta calmó los dolores. Los resultados de las 65 operaciones fueron: 27 curaciones, 12 mejorías notables, 5 mejorías ligeras, en total 44 casos con éxito

ó sea aproximadamente 67 por 100; tres veces no hubo ninguna mejoría, y cuatro veces si bien al principio el enfermo se sintió aliviado, á no tardar reaparecieron los dolores. Por último 14 veces la muerte ha sobrevenido bastante cerca de la operación para poder considerar á ésta su causa. Si no se tratase más que de cistalgias, esta mortalidad de 21 por 100 sería considerable; pero muchas veces la operación se ha practicado por cistitis crónicas, algunas de naturaleza tuberculosa y en estos casos se comprende la frecuencia relativa de tan fatal terminación.

Guyon, en vez de la talla perineal practicada por todos los cirujanos, ha hecho aplicación de la talla hipogástrica. Si se leen las observaciones demasiado favorablemente resumidas en el cuadro estadístico, se ve que de las 5 operaciones resultaron 1 muerto, 3 mejorías, 2 veces seguidas de recidiva y una vez ningún resultado.

En resumen, en el hombre, y luego veremos que lo mismo sucede en la mujer, el tratamiento de la cistitis dolorosa consiste en suprimir por algún tiempo la función vesical y la micción estableciendo una fistula. La dilatación forzada es menos útil y el ojal perineal basta para obtener este resultado con menos peligros que las diversas tallas perineales. La primera ha dado una mortalidad que no pasa de 11 por 100 y una proporción mínima de curaciones de 71 por 100; las segundas arrojan una mortalidad de 21 por 100 y una proporción de éxitos favorables de 69 por 100. En cuanto á la talla hipogástrica, me parece completamente contraindicada en estas circunstancias y los resultados distan mucho de estar en su favor. La sección practicada en ó cerca del cuello de la vejiga puede tener una influencia favorable sobre la desaparición de la neuralgia y la talla supra-pubiana no puede tener tales ventajas. La orina sale mucho más fácilmente por el periné que por la región hipogástrica. Creo, pues, que aquí como en muchos otros casos, hacer las cosas de otro modo no es hacerlas mejor.

B. *En la mujer.*—1.º *Dilatación forzada de la uretra.* La dilatación forzada de la uretra la han puesto en boga en Francia Simoni (de Nancy), en 1872, en Inglaterra Teale, y en Alemania Simon. Se practica previa cloroformización con dilatadores de formas diversas sobre los cuales es inútil insistir. Esta dilatación Teale la lleva hasta que la uretra pueda admitir dos dedos, lo cual es una exageración que puede ocasionar accidentes. Sobre este particular no podemos apoyarnos en las estadísticas, porque la dilatación de la uretra es una operación tan sencilla, que pocos cirujanos publican sus observaciones, sobre todo si el resultado no ha sido favorable. Una vez la he practicado sin dar absolutamente ningún resultado y no he publicado esta observación, porque, á mi

entender, no tenía importancia. Si bien no es posible establecer la proporción entre los casos afortunados y los nulos, de todos modos podemos decir que se conocen al menos 26 casos curados y 6 con mejoría; pero también en estas circunstancias se conocen 8 casos sin resultado ninguno, 3 de agravación y 3 muertos.

Como que la operación practicada con cuidado no tiene en la cistalgia serios peligros, se puede y aun se debe intentar, y únicamente en el caso de no dar ningún resultado podría pensarse en el establecimiento de una fistula urinaria.

2.º *Talla vesico-vaginal ó kolpo-cistotomía.*—La primera operación de este género practicóla Bozeman en 1861; pero su observación no se publicó hasta tres años después de haberse publicado las observaciones de Emmet, quien, en 1868, dió á conocer los resultados que había conseguido de este nuevo método terapéutico.

Emmet practicó la operación de la manera siguiente: previamente cloroformizada la enferma, se la coloca acostada de lado en la posición que se adopta para la operación de la fistula vesico-vaginal y el espéculum de Sims separando la horquilla y la parte posterior de la vagina. Una sonda bruscamente acodada á 6 centímetros de su extremidad es introducida en la vejiga, y un ayudante la coloca de manera que forme prominencia sobre la línea media y un poco por detrás del cuello. Se cogen los tejidos bastante tensos con un tenaculum y se los incinde con las tijeras hasta que aparezca la sonda, y mientras que se mantiene ésta en su sitio como conductor, se introduce una de las ramas de las tijeras en la vejiga y se dilata la abertura hacia atrás, la cual debe tener de 1 á 2 centímetros de longitud.

Harris y Hartmann han inventado catéteres especiales acanalados para que sirvan de guía al tenáculo ó al bisturí. Como que la fistula tiene mucha tendencia á cerrarse, se ha aconsejado doblar la mucosa vesical con la vaginal, lo cual constituye una complicación muchas veces inútil y que podría ser perjudicial si la vejiga estaba anteriormente irritada por una cistitis crónica.

Según Hartmann, 28 operaciones de kolpo-cistotomía proporcionaron 14 curaciones y 10 mejorías. Dos veces no se experimentó ningún resultado favorable y por último otros dos operados, uno de Emmet y el otro de Guyon, murieron á consecuencia de la operación.

La kolpo-cistotomía es una operación que no debe practicarse hasta que no se hayan agotado todos los demás medios conocidos y en particular la dilatación forzada. Recientemente Lavaux ha publicado algunos casos de éxito favorable, algunos de ellos notables obtenidos por el lavado de la vejiga, practicado sin el auxilio de la sonda y seguido de una inyección de 15 gramos de una solu-

ción de cocaína al 4 por 100. Una sola vez he ensayado este método y he de decir que, si bien se ha negado á la vejiga la facultad de absorber, he debido combatir formales síntomas de envenenamiento y me he visto obligado á disminuir mucho la dosis de la cocaína. Si bien no he obtenido aún la curación, en pocos días he obtenido por este medio una notable mejoría. Indudablemente es un medio digno de ser ensayado.

ARTÍCULO V

LITOTRICIA

La litotricia apenas cuenta más que sesenta años de fecha, y sus procedimientos han llegado ya á ser tantos, que es muy difícil hacer su historia.

En sus primeros tiempos se practicaba la litotricia principalmente con las *pinzas de tres ramas*, que consisten en una cánula recta abierta por sus dos extremos, conteniendo en primer lugar,

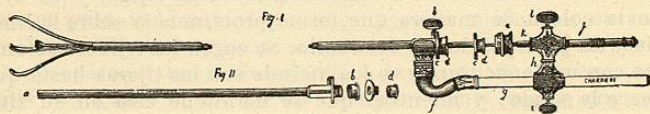


FIG. 719

PINZAS DE TRES RAMAS.—CIVIALE (1824)

A, B, piezas separadas.—C, aparato montado.—A, cánula exterior.—a, virola terminal.—b, bolsa de cuero.—c, botón á tornillo de la pinza.—d, bolsa de cuero.—B, pinza de tres ramas.—C, torno que lleva las piezas unidas.—b, tornillo de presión de la cánula exterior.—c, botón que sirve de mango.—d, d, bolsa de cuero.—e, polea.—i, tornillo de presión del puño.—h, puño del lomo.—f, contrapuño.—j, bolsa de bomba que contiene un resorte en espiral empujando la aguja contra el cálculo.—K, cuerpo del litotritor.

una segunda cánula dividida por su extremo vesical en tres ramas destinadas á coger el cálculo, y además una varilla central terminada por un taladro dentado y movido por un arco, que hace obrar el taladro sobre la piedra por *movimientos perforantes de rotación*; en esto consistía, en aquella época, el instrumento que prefería Civiale, y con el cual alcanzó gran número de curaciones.

Jacobson intentó sustituirlo por un instrumento curvo destinado á *aplastar* la piedra entre sus ramas, pero su construcción estaba tan poco en armonía con su objeto, que no pudo introducirse en la práctica.

Finalmente, Heurteloup ha ideado un instrumento mucho mejor combinado. Cuando no funciona, ofrece la forma de una sonda acodada; pero esta sonda aparente consta de dos ramas, de las cuales la una, rama macho, se aloja en una ranura que presenta la rama hembra, sobre la cual corre libremente en sentido de su longitud. Cuando se retira la rama macho, las porciones acodadas,

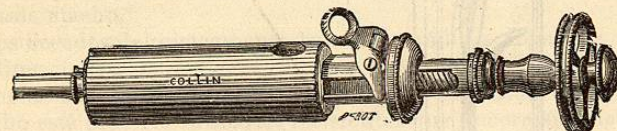


FIG. 720

Litotritor de tuerca quebrada con palanca

ó mejor dicho, los bocados de las dos ramas, se separan por un mecanismo análogo al del podómetro de los zapateros; el cálculo queda cogido entre estos bocados, y para romperlo, se percute con un martillo metálico sobre la extremidad de la rama macho. El instrumento obra, pues, por *percusión*, y por esto se le dió el nombre de *percursor de martillo*. Seguramente que este procedimiento

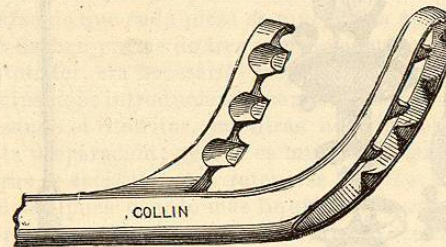


FIG. 721

Litotritor fenestrado

era de mayor potencia y más expedito que los otros dos; pero para ofrecer un punto de apoyo resistente al golpe del martillo, era necesario que la rama hembra estuviese fija en un torno, el cual en el procedimiento primitivo se fijaba en una cama especial. Esta, por consiguiente, ha sido á su vez abandonado; pero no así su instrumento, sólo que en vez de valerse del martillo, hoy día las ramas se aproximan por la acción de un tornillo ó de un piñón de cremallera; es decir, se ha sustituido la percusión por la presión, y al *percursor de martillo* ha sucedido el *litotritor*.