

considerable, se le reducirá á fragmentos bastante pequeños, que no puedan herir el cuello de la vejiga al atravesarlo, y en el menor número posible para que no sea necesaria la introducción repetida de las tenazas.

Cuando el cálculo sea muy voluminoso, se podrá pensar en la talla hipogástrica, pero la combinación de la litotricia con la talla perineal limita en gran manera las indicaciones de una operación que únicamente está indicada en absoluto cuando se trata de cálculos de un volumen extraordinario. En cuanto á la talla rectovesical, debe desecharse en absoluto, por los peligros que lleva para el enfermo y por la circunstancia de quedar con frecuencia persistentes fistulas véstico-rectales.

En resumen, la litotricia es el método regular y normal. Cuando no es posible llevarla á cabo y el cálculo es muy voluminoso, no por esto debe el cirujano empeñarse en que la extensión de las incisiones esté en relación con el volumen del cálculo. Es necesario recurrir á la talla lateralizada ó bilateral, sin alcanzar y mucho menos exceder con la incisión los límites de la próstata, coger el cálculo, tantee su extracción obrando suavemente, con lentitud y sin pretender deslumbrar á los asistentes por una habilidad que no se ostenta sino con perjuicio del enfermo. Cuando el cálculo es demasiado voluminoso, se le rompe, y se procura la extracción de los fragmentos, evitando que por la excesiva fuerza de las presiones ó la repetición del desmenuzamiento los haya en gran número, lo cual haría necesario repetir muchas veces la introducción de las tenazas, pudiendo utilizar en tal caso la cucharilla, y para los pequeños fragmentos la sonda y el aspirador ideados por Bigelow para la litotricia.

CAPÍTULO X

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LOS ÓRGANOS GÉNITO- URINARIOS DE LA MUJER

Colocaremos estas operaciones en dos capítulos: primero las que interesan el aparato urinario, la vulva y la vagina, y luego las que se efectúan en el aparato genital, el útero y sus anexos.

ARTÍCULO PRIMERO

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LOS ÓRGANOS URINARIOS

I.—Cateterismo

Anatomía.—La uretra, cuya longitud es de 27 á 33 milímetros y se encuentra aplicada sobre la vagina, forma una ligera curva de concavidad superior, y en el estado ordinario, dista de 7 á 8 milímetros de la sínfisis del pubis. Su orificio externo está situado en la parte más inferior del vestíbulo, en la línea media é inmediatamente por encima del tubérculo formado por la cresta longitudinal anterior de la vagina. En las mujeres que han tenido muchos hijos, en la vejez, y también durante la gestación, este orificio puede ascender hasta colocarse detrás del pubis, de suerte que entonces es necesario buscarlo por debajo y hacia atrás del vestíbulo, procurando no introducir la sonda en la vagina en vez de hacerlo en la vejiga.

Podemos sondar la uretra al descubierto ó sea por el procedimiento ordinario, ó por debajo de los vestidos, guiados únicamente por el tacto.

1.º *Cateterismo ordinario.*—Echada la enferma en decúbito supino, con la pelvis elevada, los muslos separados y en ligera flexión, y descubierta la parte sobre que se ha de operar, el cirujano, colocado á la derecha de la enferma, aplica la mano izquierda en pronación sobre el monte de Venus, entreabre los labios menores entre el pulgar y el índice, coge la sonda con la mano derecha como una pluma de escribir, y aplica el pico de la misma con la concavidad mirando arriba en el orificio de la uretra. A poco de haber penetrado en el conducto, es necesario bajar un poco el instrumento para que pase por debajo de la sínfisis; después se le levanta, y empujándolo, siguiendo la dirección de la uretra, penetra inmediatamente en la vejiga. Si el ano y la vulva pareciesen muy hundidos, pasaríamos la sonda por debajo de la corva correspondiente.

2.º *Cateterismo por debajo de los vestidos.*—Podemos operar por dos procedimientos, que se distinguen según que vayamos en busca de la uretra de delante atrás ó de atrás á delante.

Primer procedimiento.—Levantado el clitoris con el pulpejo del índice izquierdo, se conduce el pico de la sonda sobre la uña de este dedo; se la desliza suavemente de arriba abajo sobre la línea media, y de este modo casi necesariamente penetra en la uretra.

Segundo procedimiento.—Echada la enferma sobre el dorso y con los muslos separados si es posible, el cirujano, colocado á la izquierda, aplica el índice izquierdo en la parte inferior y media

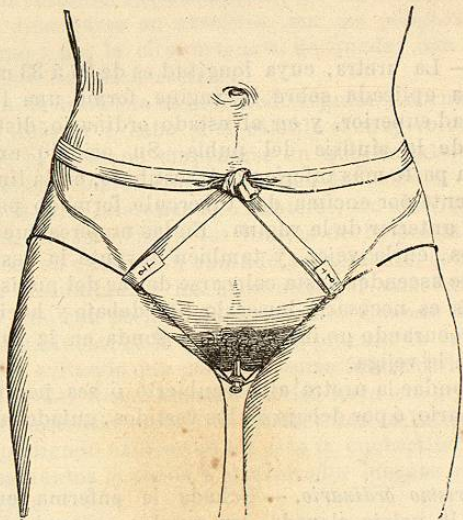


FIG. 737

Modo de fijar la sonda

de la parte anterior de la vagina y con el pulpejo del dedo reconoce el tubérculo uretral y lo rechaza ligeramente hacia atrás y arriba. Aplicando luego el índice de la otra mano por delante y encima del tubérculo, se percibe el hoyo formado por el orificio de la uretra, en el cual es fácil introducir el pico del instrumento. Será mejor que el cirujano se acostumbre á dirigir la sonda sobre el índice izquierdo, para evitar la aplicación del índice derecho.

De cualquier modo que se proceda, será siempre difícil evitar algunos tanteos poco conciliables con el objeto principal de este proceder, que es el de respetar el pudor; por lo tanto, no debemos recurrir á él sino cuando la resistencia de la enferma lo haga absolutamente necesario. Hasta por el mismo procedimiento ordinario, por poco oscura que sea la estancia, es difícil encontrar la uretra,

lo mejor será colocar la enferma en el borde de su cama, con los muslos separados y suficientemente alumbrada la región, para que la sonda se dirija directamente á su objeto.

Podemos fijar la sonda por medio de hilos sujetos por dos vendotes que por el otro extremo se aten á un cinturón (fig. 737), ó bien podemos atar simplemente los hilos á los pelos del pubis como se hace en el hombre. Cuando se usa la sonda de Sims de doble curva en S, no hay necesidad de fijarla, porque no tiene tendencia á salir del conducto.

3.º *Cateterismo de los uréteres.*—Los resultados obtenidos por Simón con la dilatación de la uretra, le han conducido á practicar el cateterismo del uréter, bien para explorar su permeabilidad, bien para sacar directamente de él la orina para averiguar cuál de los dos riñones segrega una orina alterada. El orificio de los uréteres se encuentra en la eminencia ligamentosa que los une á unos 2'6 centímetros del orificio vesical, á 1'25 ó 1'60 centímetros de la línea media. Se encuentran en un rodete apreciable al tacto. Para practicar este cateterismo, se introduce en la vejiga el índice izquierdo colocándolo sobre el rodete existente al nivel del orificio, dedo que se emplea para servir de guía á la sonda empujada por la mano derecha. Las sondas de Simón macizas ó huecas tienen una longitud de 25 centímetros. Simón ha practicado 17 veces esta operación en 11 mujeres diferentes sin que nunca haya dado lugar á ningún accidente. De todos modos debe preceder á este cateterismo la dilatación de la uretra; por otra parte es bastante difícil hasta el extremo de que para practicarlo es preciso haberse ensayado repetidamente en el cadáver, por lo cual puede considerarse este medio como un modo de exploración enteramente excepcional.

II.— Dilatación de la uretra

La dilatación de la uretra se ha empleado como medio terapéutico para curar ciertas neuralgias del cuello de la vejiga; se emplea sobre todo para extraer los cuerpos extraños de la vejiga, y por fin en estos últimos años se practica para facilitar la exploración de la vejiga por la vista ó el tacto. La dilatación de la uretra no es tan moderna como parece, pues Benevieni (1502), Marianus Sanctus (1526) y Franco (1560) la practicaron con instrumentos con el fin de extraer cuerpos extraños de la vejiga. Ast. Cooper modificó el espéculum dilatador de Franco, pero G. Simón es quien ha vulgarizado recientemente la dilatación *rápida* de la uretra lleván-

dola hasta su punto máximo posible. Con unas tijeras practica en el orificio externo de la uretra, que es la parte más estrecha y menos dilatada del conducto, dos incisiones, una superior de 2 1/2 milímetros y otra inferior de 5 milímetros, y dilata el conducto por la introducción de espéculums de volumen sucesivamente creciente. Estos espéculums son en número de seis, el más pequeño tiene 7 1/2 milímetros de diámetro y el mayor mide 2 centímetros.

Para obtener esta dilatación pueden emplearse los dilatadores de Dolbeau, Guyon y Demarquay destinados á la litotricia perineal, ó los dilatadores especiales de Reliquet, Seneca (de Nueva York) y Kurz.

La dilatación lenta cuenta muchos procedimientos:

1.º Douglas fué el primero que tuvo la idea de introducir en la uretra pedazos de esponja preparada, que pueden quedar colocados durante doce ó veinticuatro horas, ó bien se los puede renovar mañana y tarde durante muchos días seguidos.

2.º Bromfield introdujo hasta la vejiga, á beneficio de una sonda, un apéndice cecal de un animal pequeño, inyectó en él agua caliente y la mantuvo dentro por medio de una ligadura; después, retorciendo muchas veces el extremo exterior, rechazó el líquido á la porción uretral, obteniendo así lentamente una dilatación tal, que cuando retiró el aparato, el cálculo salió por sí mismo.

3.º A. Cooper dejó una vez colocado su espéculum durante ocho horas.

La esponja es el medio más cómodo para el cirujano; no obstante, ofrece inconvenientes que no deben olvidarse. Al principio, incomoda poco, pero, á medida que se prolonga su permanencia, irrita por la dilatación creciente que hace sufrir al conducto por su contacto irregular y por la retención de orina consiguiente. Este último inconveniente pudiera obviarse con gran ventaja empleando la laminaria con un conducto en su centro. Hutchinson propuso colocar una pequeña sonda en el centro de la esponja. Para disminuir la rudeza de su contacto, podríamos introducirla en un condón, inyectando después agua tibia en su interior.

¿La dilatación lenta es preferible á la inmediata? Por el presente es difícil una contestación categórica. Cuando no se trata más que de una dilatación moderada, puede hacerse rápidamente en una sola sesión; pero cuando se trata de una amplia dilatación para conseguir el paso de un grueso cálculo ó la introducción del dedo, parece preferible empezar por obtener cierto grado de dilatación del conducto por el procedimiento lento, esperando aumentarlo hasta su punto máximo en el momento de la operación ó de la exploración. En efecto, lo importante consiste en saber si la

uretra, después de haber sido muy fuertemente dilatada, recobrará su contractilidad ó si podrá dejar tras sí una incontinenia de orina. Según Winckel, este accidente es muy raro después de la dilatación por el procedimiento de Simon; sin embargo, se ha observado muchas veces después de la dilatación, cualquiera que haya sido el procedimiento empleado, pero las más veces es simplemente pasajera.

III. — Exploración de la vejiga

Acabamos de ver que puede explorarse la vejiga con el dedo; puede explorarse también con la vista, como se efectúa para la vejiga del hombre con el endoscopio de Desormeaux. En la mujer, la dirección casi rectilínea de la uretra, su escasa longitud y su fácil dilatibilidad permiten el empleo de instrumentos mucho menos complicados. Grunfeld, Ultzmann y Furth han inventado aparatos que me parece inútil describirlos, puesto que el de Rutenberg es con mucho superior á éstos. Se compone de un cilindro de melchor, especie de espéculum provisto cerca de su pabellón de una pieza, sobre cuya circunferencia existe un tubo que comunica con el interior del espéculum y sirve para la introducción de agua. En el centro va un espejo que cierra la abertura del espéculum. A lo largo de la pared va un tubo hueco, especie de jeringa provista de un largo pistón. Este tubo contiene un vástago que en la extremidad vesical del espéculum presta inserción á un pequeño espejo circular que se mueve desde el exterior por medio del pistón, que no es otra cosa que la terminación de este vástago. Después de haber dilatado la uretra con el espéculum de Simón, se vacía la vejiga de la orina que contiene, se introduce el endoscopio, que forma tapón, y por el pequeño tubo se practica una inyección de agua pura dentro de la vejiga para distenderla. Después de esto, por medio del vástago que forma pistón, se empuja dentro de la vejiga, más allá del endoscopio, el espejo que en el momento de la introducción estaba oculto dentro de su cavidad. Por medio de una lámpara de gas, cuya luz es reflejada al eje del endoscopio por un espejo cóncavo, como se hace con el oftalmoscopio y el laringoscopio, se alumbró la vejiga, cuya imagen se forma en el espejo plano.

IV.—De la extracción de los cuerpos extraños de la vejiga

Lo mismo que en el hombre son: ó cálculos ó cuerpos extraños venidos del exterior.

Siendo distinta la materia de que están formados y la forma de estos últimos, son necesarios á veces procedimientos especiales. Denucé se encontró una vez con un gancho de bordadora, cuya extremidad puntiaguda introducida en la pared inferior de la uretra formaba una prominencia bastante marcada por el lado de la vagina á 3 ó 4 centímetros de profundidad. El ser este ganchillo en forma de anzuelo impedía el retirarlo directamente, así es que Denucé lo empujó más adelante para hacerlo salir por la vagina. Pero comunmente se trata de cuerpos prolongados y obtusos, como el extremo de una sonda, un alfilerero, etc. Podemos intentar cogerlos con las pinzas mucho más fácilmente que en el hombre; en primer lugar, por razón de la poca longitud del conducto, y luego, porque con el dedo introducido en la vagina puede el cirujano imprimir al cuerpo extraño una dirección favorable, y finalmente porque podemos valernos además de otro dedo introducido por la uretra misma.

Algunas veces se trata de cuerpos redondeados, como pequeños guijarros, que el cirujano procura coger con unas pinzas ó tenazas; y no es probable que ya que penetraron libremente de fuera á dentro á través de la uretra, este conducto dificulte su paso de dentro á fuera. Cuando se trata de cálculos, sobre todo si han adquirido ya cierto volumen, es necesario proceder previamente á la dilatación de la uretra.

Ya he dicho que la dilatación se había practicado con este objeto por Benevieni, Marianus Sanctus, Franco y César Alpin en el siglo xvi. Solinger (1698), Douglas y Bertrandini han empleado la dilatación lenta por la esponja preparada.

Si los cálculos tienen más de 2 centímetros de diámetro, debe recurrirse á la litotricia. Si por su dureza y naturaleza no pueden desmenuzarse ó las condiciones particulares de la enfermera contraindican esta operación, debe apelarse á la talla.

La litotricia se opera como en el hombre, pero con mucha mayor facilidad, porque el tacto vaginal permite dirigir el instrumento sobre la piedra, y además la dilatibilidad del conducto permite la salida de fragmentos más voluminosos.

V.—De la talla

La talla en la mujer puede practicarse como en el hombre, dividiendo la uretra y el cuello de la vejiga, y en este caso lleva el nombre de *talla uretral*; si se practica por la vagina, se llama *talla vaginal*, y también puede operarse por el hipogastrio. Lisfranc había pensado en llegar á la vejiga por una incisión semilunar practicada á través del vestíbulo entre la sínfisis y la uretra.

Este procedimiento no ha sido aplicado, que yo sepa, más que una sola vez por Thomas en 1879. Tratábase de una mujer en cinta que curó en treinta y dos días.

Como que la talla hipogástrica se practica en la mujer del mismo modo que en el hombre, sería superflua una descripción especial. Debemos, pues, ocuparnos únicamente de la talla uretral y de la vaginal.

1.º *Talla uretral*.—Se la practicó primero con el nombre de *grande aparato*, dividiendo oblicuamente y hacia la izquierda una pequeña porción de la uretra, y procurando dilatar la porción restante; ésta era todavía la práctica de Laurent Colot, quien únicamente dirigía la incisión directamente hacia la sínfisis. A principios del siglo xviii, empezó á dividirse la uretra en toda su longitud, primero oblicuamente y hacia la izquierda, á imitación de la talla lateralizada en el hombre; después se la dividió por ambos lados (Luis y Fleurant llegaron á proponer para este procedimiento un litotomo doble); más tarde A. Dubois trató de rehabilitar la incisión de L. Colot, empleando una sonda acanalada y el bisturí, pero haciéndola tan extensa como lo exija el volumen del cálculo, y añadiéndole además, en caso necesario, incisiones laterales, y finalmente, Dupuytren preconizó el litotomo oculto de fray Cosme introducido en la vejiga sin otro instrumento.

2.º *Talla vesico-vaginal*.—Practicada desde el siglo xvi en un caso de cistocele vaginal, é instituída en seguida de un modo más regular por Fabricio de Hilden en 1628, cuenta gran número de procedimientos, que no obstante pueden reducirse todos á tres principales. Fabricio de Hilden dividía la pared vesico-vaginal sobre el cálculo mismo, después que lo había conducido hasta el cuello de la vejiga por medio de una cucharilla introducida en ésta; Vacca distendía la vejiga por medio de una inyección de agua para hundir en ella el bisturí por punción; y J. J. Rigal incidía sobre la ranura del catéter. Este procedimiento, modificado por Clemot, es el que ha reunido mayor número de partidarios.

Procedimiento de Clemot.—Introducido el catéter en la vejiga, se desliza á lo largo de la pared posterior de la vagina un gorgorete que, fuertemente apoyado en el periné, va á converger con la extremidad del catéter. El cirujano conduce entonces á lo largo del gorgorete un bisturí recto cogido como una pluma de escribir, atraviesa la pared vésico-vaginal para caer sobre la ranura del catéter, y divide esta pared de atrás á delante hasta cerca del cuello de la vejiga, que es preciso respetar.

Velpeau aconsejaba colocar la mujer en decúbito prono, tal como después se ha hecho para la fistula vésico-vaginal.

Vallet (de Orleans) divide la vejiga transversalmente, valiéndose de un catéter articulado, que, una vez introducido en la vejiga, su ranura se coloca en dirección transversal; pero la modificación más importante que este cirujano ha introducido en esta operación consiste en la reunión inmediata por sutura. En estos últimos tiempos se ha creído conveniente inventar catéteres especiales, lo cual es completamente inútil.

Apreciación.—Desde luego se ha hecho á la talla uretral la objeción de que expone á la herida de alguna arteria por poco que la incisión se aproxime á los huesos; en la única operación de este género que ha visto practicar Malgaigne, la incisión dirigida hacia la sínfisis determinó una hemorragia tal, que el operador Félix de Arce creyó prudente llamarle en consulta. Pero es un accidente mucho más grave la incontinencia de orina que sobreviene casi con seguridad. Todos los procedimientos exponen á él. Fray Cosme, que hacia lateral la incisión, hubo de renunciar á ella únicamente por esta causa; Louis operó dos niñas por incisión bilateral: una de ellas murió, la otra quedó con incontinencia; Vacca una sola vez aplicó la incisión vertical y también siguió á ella la incontinencia; Souberbielle notificaba á la Academia, en 1828, que, de 6 mujeres sometidas á este procedimiento por un solo cirujano, 2 murieron y las otras 4 padecían de incontinencia. Estas cifras demuestran que esta operación tiene una gravedad comparable con la de la talla perineal en el hombre, por cuyo motivo ha sido justamente abandonada en la práctica general.

Fray Cosme daba la preferencia á la talla hipogástrica; pero esta operación no es menos grave en la mujer que en el hombre: en 42 operadas, de las cuales 16 contaban de edad entre tres y diez y siete años, fray Cosme tuvo 7 muertos.

Nos queda la talla vaginal, que no tiene casi ninguna gravedad; lo que sí sucede es que cuando se abandona la herida á sí misma, es muy de temer una fistula vésico-vaginal consecutiva. De 3 operadas le quedó á Clemot 1 con esta penosa consecuencia; Flaubert, más desgraciado que el anterior, no consiguió evitarla más

que en 1 de 4. Pero la sutura inmediata hará seguramente estas fistulas extraordinariamente raras; hoy día con los procedimientos que se emplean para la fistula, su curación es segura. En los casos en que se practica la talla vaginal para curar una cistalgia, y en los cuales la fistula debe durar algunos meses, es á veces difícil durante los primeros días impedir su oclusión espontánea. También se ha propuesto suturar sobre los bordes de esta fistula la mucosa vesical ó la vaginal.

Respecto de la dirección y sitio de la incisión, no hay vacilación posible. Hay que temer la sutura de uno de los uréteres, por consiguiente debe seguirse fielmente la línea media y rechazar la incisión transversal de Vallet. No debe, pues, prolongarse la incisión hasta la uretra, lo cual podría exponer á la incontinencia de orina.

ARTÍCULO II

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LA VULVA Y EN LA VAGINA

I.—De los tumores de los grandes labios

Los grandes labios pueden ser asiento de tumores sebáceos, quistes serosos análogos al hidrocele y quistes mucosos semejantes á la ránula, los cuales parece que residen en alguna granulación de la glándula vésico-vaginal ó en su conducto excretor obliterado, y finalmente, se encuentran también en esta región tumores fibrosos y de otras clases. Los procedimientos operatorios son los mismos que se aplicarían á las mismas afecciones en cualquiera otra región que se encuentren; únicamente que en ésta la ablación de los tumores produce una hemorragia á veces difícil de cohibir, sobre todo durante el embarazo. Véase cómo procedió Malgaigne en un caso de esta naturaleza.

Tratábase de un tumor fibro-plástico que, teniendo al principio del embarazo un volumen de un huevo de paloma, á los siete meses había adquirido ya el del puño; una ulceración de los tegumentos de su cara interna había dado lugar una tras otra á dos hemorragias alarmantes. Practicó una incisión en la cara externa; el tumor estaba envuelto en un quiste fibroso y se le pudo enuclear con facilidad. Pero casi inmediatamente sobrevino por toda la superficie de la herida una hemorragia, que ni con el taponamiento ni con el percloruro de hierro fué posible cohibir. En vista