

LA CISTOTOMIA

158.

Supra-pubiana

y el

Cisto-Drenage

Hipogástrico

**Tesis para el Bachillerato
en Medicina**

*Miguel Morante
Escuela de Medicina*

Lima 1898



Señor Decano
 Señores Catedráticos.

Todos vosotros habréis encontrado en vuestra clínica, viejos prostáticos, que después de largos años de padecimientos continuos, llegan al último periodo de su enfermedad: retención absoluta de orina y por ende todo el pavoroso cuadro de la uremia. Se llama entonces con urgencia al médico para que preste sus cuidados á un hombre, que generalmente se encuentra en los últimos dinteles de la vida y que ansioso le pide que lo libre de sus atroces sufrimientos.

Pene edematoso, glande rojo amarillado, meato entreabierto, del que se escapan gotas de un pus sanguinolento, debido á las tentativas de cateterización hechas por el mismo enfermo ó por los médicos que os han precedido, vejiga alta, distendida y estado gene-

ral urémico, he allí el cuadro que tenéis a la vista. Se os informa que el paciente no orina desde hacen 36 ó 48 horas, tratais, á vuestro turno de sondearlo, recorres todos los números de la hilera de Charrière y todas las sondas inventadas..... y nada!..... todo es inútil; no valen, ni la destreza, ni las curvaduras dadas al instrumento, no conseguís mas que profundizar las falsas rutas existentes ó abrir nuevos focos de infección que martirizan al desgraciado prostático.

Que hacer? - Que conducta observar en semejantes casos?. He aquí Señores á lo que voy á contraer el presente trabajo, para cumplir con él, la prescripción reglamentaria que me obliga á ocupar ésta tribuna molestando vuestra atención.

Suplire pues, con la utilidad del punto que trato, mi escasez de conocimientos científicos y mi poca versación en los árduos problemas de la Cirugía operatoria. Reclamo vuestra benigna indulgencia.

La Cistotomía supra-pubiana y El Cisto drenage hipo-gástrico.

En todos los países, los cirujanos de todos los tiempos, se han preocupado de esta delicada cuestión. Difícil y fatigoso sería exponer los diversos procedimientos, las tentativas sin cuenta que se han puesto en práctica para salvar á los enfermos, de los inconvenientes de la retención urinaria por esclerosis prostática.

Desde 1701 Mery punciona la vejiga por encima del pubis en todos los casos en que el cateterismo era impracticable; aplica un trócar grueso sobre el borde externo del músculo recto y lo deja á permanencia para asegurar la libre emisión de la orina.

Multitud de controversias se suscitan, la operación se acepta con repugnancia, hasta que Petit, en experiencias posteriores, declara que la intervención es: "tan inocente como un sablazo dado en el agua." Desde entonces entra de lleno en la práctica y reina por algún tiempo, cae después en un justo olvido para resucitar en 1892, modificada, en manos

del profesor Lejars.

El profesor Dieulafoy publica en 1873 su "tratado de la aspiración" y aplica su aspirador a la punción vesical capilar. En sus numerosas experiencias sobre los animales y el hombre, comprueba la inocuidad y ventajas de su picadura capilar y el trocón grueso desaparece por completo. Pero no era bastante. La punción al Dieulafoy no se podía aplicar á todos los casos, y los esfuerzos de los cirujanos continúan. Veámos sus resultados.

Existe en la terapéutica operatoria un procedimiento, un método general, del que derivan el año contra natura, la colecistotomía, la uretrotomía externa, &c., método práctico al alcance de los cirujanos menos hábiles y que dà casi siempre resultados positivos. Aplicarlo á la vejiga en los casos de impermeabilidad uretral, como se había aplicado en todos los casos de impermeabilidad de otros conductos excretores, he aquí la tendencia constante de los urologistas. Así vemos en 1856, al profesor Sedillot hacer por primera vez la cistotomía en un viejo prostático, cuya vejiga contenía gázes y cuatro litros de sangre putrefacta; el enfermo se restablece, con admiración de

los que creian imposible la abertura de este reservorio, y conserva una cánula permanente que lo pone al abrigo de nuevos accidentes de retención.

Aleñado por esta primera experiencia continia sus observaciones que reúne y describe en su "Tratado de Medicina Operatoria" publicado en 1866.

Posteriormente en 1884 aparecen en la Gaceta Médica de Estrasburgo, dos hechos de talla hipogástrica practicados por Boeckel, con el objeto de liberar á sus enfermos de los accidentes de retención de orina. Desgraciadamente sus dos operados murieron. Rohmer de Nancy presenta á la sociedad de cirujía una observación del mismo género, practica la talla hipogástrica y por el cateterismo retrógrado coloca en la uretra una sonda á permanencia que no puede ser tolerada; crea entonces una fistula hipogástrica dejando entre los labios de la herida una cánula metálica, asegurando así el drenaje de la orina.

Tedenant en Montpellier y Richardson en 1887 siguen las huellas de Pedillot, publican se sin cesar nuevas operaciones, la vejiga se abre ya sin miedo, sin reserva alguna, pero sin método sin unidad de procedimiento, sin técnica precisa; hasta que aparece el profesor Poncet, miembro de la Fa-

ultad de Medicina de Lyon en 1888.

Reune todas las observaciones, estudia las indicaciones, precisa la técnica operatoria, señala las consecuencias inmediatas y alejadas de la operación y constituye así, un método racional que desde entonces lleva su nombre.

Su primera operación data del mes de Abril de 1888, al año siguiente comunica 5 observaciones á la Sociedad de Medicina de Lyon y después de estudiar en una serie de publicaciones la operación y sus consecuencias, expone los beneficios de su método al Congreso de Cirugía de 1892, basándose sobre 35 cistotomias.

Aquí comienza Señores, la nueva era en el tratamiento de las retenciones de orina por esclerosis de la próstata. El Profesor Diday, de Lyon es operado el 23 de Diciembre de 1891 y muy satisfecho con su meato hipogástrico, estudia su funcionamiento con el mayor cuidado, analiza las ventajas e inconvenientes de la operación y vulgariza, por decirlo así, el método de Poncet. Despues de este ilustre cistotomizado, imposible sería seguir paso á paso los innumerables éxitos obtenidos con su auxilio.

Casi al mismo tiempo que la Escuela de Lyon, con Poncet, revolucionaba la Cirugía urinaria Hunter Mac Guire de Richmond (Virginia) publica una memoria en 1888 conteniendo la historia detallada de cuatro cistotomias, practicadas

por él. En un segundo trabajo publicado en 1890 relata 21 cistotomías supra-pubianas de las que 8 fueron hechas en viejos prostáticos.

Como se ve casi todos los casos de cistotomía hipogástrica realizados hasta 1890 son de origen laponés o americano; en París la operación no se aceptó de buen grado, hasta que Vignard en dicho año 90, relata tres casos operados en la clínica de Guyon, y Boutan en 1893 escribe su tesis de recepción, basada en un célebre caso operado por el profesor Fillaux; desde este momento desaparecen las reservas y la nueva operación entra de lleno en el dominio de la Cirugía urinaria.

Ya no se limita la intervención á solo los casos de retención urinaria, se va mas lejos, se cistotomiza á todos los que padecen de afecciones crónicas de la vejiga, ya no es solo la operación de urgencia, la que se hacia á título de excepcional sino que queda como Poncet y Mac-Guire lo querían, como operación definitiva y permanente.

He aquí como la define su autor: "La Cistotomía supra-pubiana es la operación por medio de la cual, se crea en la región hipogástrica una vía de derivación permanente, ó temporaria, de la orina; un meato, una uretra contra natural", se hace la fistulización de la vejiga y según la expresión de Diday: el desplazamiento del sitio de la excreción urinaria.

¿Como se llega á este resultado? Por

medio de maniobras relativamente fáciles, declaradas de una gran benignidad y de una inocuidad completa. Los dos solos peligros de esta operación son en efecto, la herida del peritoneo y la infiltración urinosa, accidente y complicación que Poncet jamás ha tenido en mas de 50 cistotomias que ha practicado y que tampoco hemos observado en los casos clínicos que tengo el honor de presentaros como base de la presente tesis. Aquí, como en todas las intervenciones modernas, el pronóstico está subordinado exclusivamente á las lesiones existentes de las vías urinarias y de ninguna manera á la operación misma.

Faremos á Poncet la descripción del Manual Operatorio — Hélo aquí:

La cistotomía supra-pubiana ó epicistotomía, cuyos tiempos operatorios son en su mayor parte los de la talla hipogástrica, caige como ella ciertos cuidados preliminares: evacuación del recto, toilette completo del campo operatorio &c^a, precauciones todas que no ofrecen nada de particular digno de señalarse en este caso.

Los instrumentos son los mismos que los que se emplean en una talla no seguida de extracción de cálculos: un bistouri ordinario, un bistouri abotonado, algunas pinzas hemostáticas que, una vez aplicadas

das, servirán no tanto como agentes para la hemostasia sino de separadores, por cuanto no hay vasos de gran importancia que puedan ser seccionados; una buena aguja curva del género de la de Emmet, algunos hilos metálicos de solidez y calibre suficientes; he aquí todo el material instrumental verdaderamente necesario.

Es bueno, naturalmente, como en toda operación de las vías urinarias externas, de tener á la mano una jeringa de hidrocele y sondas, sea para practicar, si se le juzga necesaria, una inyección intravesical, á fin de hacer mas abordable la vejiga, sea para hacer lavados uretro-vesicales post-operatorios. Como se vé el material instrumental no es mucho mas complicado que el que se necesita para una función de la vejiga. Estos instrumentos se pueden encontrar fácilmente, y á este título todavía, la cistotomía no pierde sus derechos de operación de urgencia en un cierto número de casos: retención con falsa ruta, cateterismo imposible, envenenamiento urinario agudo, &c.

Para volver la vejiga mas abordable se han propuesto diversos métodos cuyo valor es escaso y de ninguna manera indispensable. Desde luego el ballon de

Peterson es initil y algunas veces peligroso. En cuanto á la inyección intravesical, que tiene por objeto distender y elevar así la vejiga hacia adelante es, bien entendido, no solamente imposible en las retenciones en que no se puede practicar el cateterismo, sino completamente imposible.

· Cuando se interviene por accidentes urinarios con canal libre para el pasaje de la sonda, no hay ningún inconveniente en distender moderadamente la vejiga por una inyección previa de líquido aséptico (150 á 200 gramos, lo más á menudo); pero es un error creer que la vejiga no es abordable, sin peligro para el fondo de saco peritoneal, sino cuando ha sufrido un cierto grado de distensión.

Yo he incindido, dice Poncet, vejas casi vacias sin dificultad alguna y sin herida del peritoneo.

La posición en declive del tronco con la cabeza baja presta muy buenos servicios, se la puede realizar sea con un grueso cojin, suficientemente largo y ancho colocado por debajo de las nalgas y de la región lumbo-sacra, sea, mejor todavia, con el respaldo de una silla ó una plancha fuertemente inclinada sobre la cual será manteni-

do el enfermo.

En mi servicio, continúa diciendo, prefiiero utilizar el lecho de Frendelenbourg que es verdaderamente, para tales operaciones, un excelente lecho.

La sola posición verdaderamente necesaria es el decúbito dorsal.

Operación propiamente dicha.

Los dos primeros puntos de mira son: la linea umbilico-pubiana y el borde superior del pubis. Un ayudante, provisto de un pequeño crochet puntiagudo, pincha el fondo de la cicatriz umbilical y la tira hacia arriba.

La linea umbilico-pubiana y la linea blanca subyacente, se vuelven así, sino mas aparentes, á lo menos mas tensas, y el instrumento cortante tiene menos tendencia á resbalar á la derecha ó á la izquierda en las aponeurosis de los músculos rectos abdominales.

Pasamos sobre la investigación del borde superior del pubis, que no es algunas veces nietamente apreciable con el dedo, sobre todo en individuos gordos, sino cuando la piel y la capa grasa subyacente han sido incindidos.

El Cirujano se coloca hacia fuera del enfermo: á la izquierda ó á la derecha, poco importa; pero si no quiere cambiar de lugar durante toda la duración de la operación, se colocará á la derecha del operado. Incindiendo los tejidos de arriba hacia abajo, podrá con la extremidad del índice izquierdo levantar el fondo de saco peritoneal.

Un solo ayudante basta. Colocado en frente del operador, del lado opuesto, hace desde luego resaltar la linea blanca, después se ocupa de la hemostasia y del paso de los hilos de sutura.

La operación comprende cinco tiempos:

Primer tiempo: Incisión cutánea

La incisión se hace según la dirección de la linea blanca. Comienza ó termina en el borde superior del pubis, mide 6 á 8 centímetros en el sentido vertical. Comprende la piel y la capa adiposa sub-cutánea, cuyo espesor es muy variable según los sujetos.

Segundo tiempo: Incisión de la linea blanca,

Se reconoce con la pulpa del indice izquierdo, la linea blanca que está tendida como una cuerda por el crochet implantado en la cicatriz umbilical, y que la mano del ayudante tira hacia arriba. Se la incide con la punta del bistouri y se le puede dar la misma extensión que a la incisión cutánea; pero, con el objeto de cuidar, mas seguramente, el fondo de saco peritoneal y ulteriormente de evitar una pequeña eversion posible es preferible detenerse, hacia arriba, a algunos milímetros por debajo de la incisión superficial.

Tercer tiempo: Investigación de la pared anterior de la vejiga: Desplazamiento del fondo de saco peritoneal.

La linea blanca y la fascia transversalis incindidas, se penetra, con la ex-

tremidad de cada índice que hacen el oficio de crochet, á través del ojal muscular que es mas ó menos resistente segun los individuos y que está constituido por los bordes internos de los músculos rectos abdominales. Cuando la aponeurosis no ha sido, lo que sucede ordinariamente, incindida hasta el borde superior del pubis, se completa la sección por abajo, sea con un bistouri ordinario, sea con un bistouri abotonado.

Si la vejiga está profundamente situada, si su pared anterior no aparece en contacto mas ó menos inmediato con la pared abdominal, si sobre todo los músculos vecinos forman una hendidura estrecha al través de la cual es difícil maniobrar, es necesario incidir, con un bistouri abotonado, cada músculo recto del abdomen al nivel de su incisión al pubis

Estas incisiones liberatrices serán poco extensas, medirán, por término medio de 3 á 4 milímetros, á fin de no comprometer para despires el funcionamiento de la especie de esfinter que forman los dos músculos rectos y que debe cerrar el nuevo canal. Habitualmente, por lo demás, tal desbridamiento sobre

13.

cada recto dà el espacio suficiente, que permite maniobrar con facilidad sobre la cara anterior de la vejiga. Cuando la vejiga está distendida por la orina ó por el líquido injectado, se la percibe en el fondo de la herida, cuyos bordes cutáneo-musculares se mantienen abiertos con crochets obtusos. El dedo que va á su encuentro la siente todavía mejor, como un ballon de caucho hinchado; que el ojo no vé. En cuanto al fondo de saco peritoneal habitualmente no se le vé y se le siente menos todavía, por el tacto.

Todo lo que se ha escrito y dicho sobre sus relaciones con la vejiga, sobre todo después de las investigaciones hechas sobre el cadáver, no me parece, dice el autor citado, de una gran utilidad. Apoyándome sobre numerosas observaciones de cistotomía, puedo asegurar que estas relaciones varian con cada individuo. ¿El fondo de saco peritoneal está por ejemplo mas ó menos sobrecargado de grasa? puede entonces desender hasta el píibis, aunque la vejiga esté distendida; puede según su laxitud subordinada á una multitud de causas, avanzar hacia abajo mas ó menos lejos; en una palabra las relaciones del perito

neo con la vejiga son, bajo el punto de vista operatorio, individuales. Quiero decir, que no se sabe jamás suficientemente la situación de este fondo de saco, para osar incindir la pared anterior de la vejiga sino se recurre previamente, esté llena ó vacía, á una maniobra que tiene aquí una gran importancia

El indice de la mano izquierda penetra al través de la herida en el tejido celular prevesical, reconoce el borde superior del pubis, despues, se desliza sobre su cara posterior y va hasta el cuello de la vejiga donde siente mas ó menos netamente el anillo prostático anterior. A este nivel, encorvado en forma de crochet, sigue la cara anterior de la vejiga, desprendiendo y levantando todo lo que no pertenezca á ésta pared. El fondo de saco peritoneal es así arrastrado hacia arriba y mantenido en ésta posición por la extremidad del indice que no lo abandona mas, hasta el momento en que la pared vesical anterior ha sido incindida.

Cuarto tiempo. Abertura de la vejiga

El indice izquierdo queda en su lugar. Inmediatamente por debajo de él, la uña sirviendo

de jalón, se hace penetrar algunos milímetros la punta del bistouri en la pared vesical anterior, que se incinde así de arriba hacia abajo sobre la linea mediana. La incisión debe de tener de un vuelo 10 á 12 milímetros. En todo caso debe ser tal que la extremidad del indice penetre fácilmente en la vejiga mas ó menos vacía y por consiguiente replegada sobre si misma.

Es necesario en efecto poder explorar la próstata así como la cavidad vesical, que puede encerrar cálculos cuya presencia no se hubiera sospechado. Un chorro de orina se escapa inmediatamente y la vejiga se vacía por completo.

Después que se hace la incisión, el índice izquierdo abandona el fondo de saco peritoneal, que ya no se le debe temer mas. Penetra entre los labios de la herida vesical y sirve de nuevo, de conductor, sea para pasar un hilo tractor sobre cada labio, sea para cojer cada uno de ellos con la ayuda de una pinza hemostática.

Si la herida no parece suficiente se la ensancha de algunos milímetros, generalmente hacia abajo, del lado del cuello, con un bistouri abotonado.

Varios operadores y entre otros Lejars practican una pequeña maniobra antes de la abertura de la vejiga: pasan dos hilos en el espesor de la pared vesical que no la atraviesan y sirven para fijarla; gracias á ésta cistopexia preliminar

se evita que la orina ensucie la herida y no se infiltre en el espacio de Retzius.

Cuando la vejiga se ha vaciado de su contenido, es necesario hacer una toilette perfecta de la herida hipo-gástrica que ha estado en contacto con la orina. Esta desinfección será practicada con tanto mas rigor, cuanto que las urinas sean amoniálicas, purulentas y por lo tanto sépticas.

La incisión de la vejiga en la vecindad del cuello tiene una gran importancia bajo el punto de vista de la creación de un canal continente, es decir de una verdadera uretra contra natura y no simplemente de un meato hipo-gástrico que deje, sin que la voluntad del enfermo participe, escurrir libremente la orina hacia afuera.

El espesor de las partes blandas abdominales al nivel de la cara anterior de la vejiga, es en efecto, tanto mas grande cuanto mas se aproxima uno al cuello, y anatómicamente se encuentran así realizadas las mejores condiciones para tener un conductor de una cierta longitud: 3 ó 4 centímetros y algunas veces más.

La altura de la capa grasa sub-cutánea, la resistencia de la pared abdominal y mejor el espesor, la potencia de los músculos rectos, que forman así un canal más ó menos largo, más ó menos apretado juegan igualmente un gran rol en la continencia de la nueva uretra.

Quinto tiempo Sutura de los bordes de la abertura vesical con los bordes de la herida abdominal

Esta sutura debe ser hecha metódicamente y responde á un triple objeto: oponerse á la infiltración urinosa de los tejidos vecinos, mantener abierta la abertura vesical para que durante los primeros días la orina pueda escurrirse libremente y en fin tapizar el canal artificial de una mucosa que deberá mas tarde oponerse á su oclusión cicatricial.

Las suturas se harán de preferencia con hilos metálicos de mediano grosor y habitualmente serán en número de seis. Cada hilo atraviesa de parte á parte la pared de la vejiga á 4 ó 5 milímetros del borde de la incisión; atraviesa después la aponeurosis, el borde interno de cada recto abdominal, el tejido celular y la piel para salir á 5 ó 6 milímetros de los bordes. A menudo ésta maniobra presenta dificultades, y cuando el espesor de las partes blandas abdominales no permite poner en contacto fácilmente

los bordes de la vejiga con los de la piel, es preferible no comprender sino la piel en las suturas. Los bordes cutáneos se movilizan fácilmente, á ellos les toca ir á encontrar á los de la vejiga, que son algunas veces friables y poco resistentes á las tracciones.

Los hilos serán moderadamente apretados y se espera para torserlos que estén todos colocados en su sitio. Se tendrá cuidado de hacer además un afrontamiento directo de la piel con la mucosa vesical.

En fin se estrecha, si hay lugar, por uno ó muchos puntos, la herida hipogástrica, sea hacia arriba, sea hacia abajo.

La operación está terminada. Debe conducirse rápidamente (diez ó doce minutos máximo) lo que es siempre una condición de éxito, sobre todo en los viejos y en sujetos debilitados.

Si las orinas están infectadas, si existen falsas rutas uretrales, es necesario practicar una larga irrigación uretro-vesical con una solución boricada esterilizada al 4%. En los casos de falsa ruta se inyecta en seguida en el canal

el contenido de una pequeña jeringa de vidrio llena de aceite iodoformado.

Nada de sonda ni drain, en la uretra ó la vejiga, sonda ó drain á permanencia son siempre cuerpos extraños, que no ofrecen sino inconvenientes y peligros. En los cistotomizados, el mejor apósito, es la ausencia de todo apósito, es decir, que el orificio vesical debe quedar anchamente abierto durante los primeros días y que es necesario tomar todas las precauciones necesarias, para que nada se oponga á la evacuación de la orina. Se limitará pues el apósito, el cual sobre todo, tiene por objeto, absorver la orina que se escapa incessantemente por el meato hipogástrico, á compresas de gaza esterilizada, ó mejor de algodón hidrófilo, que se ha empapado previamente en una solución antiséptica y después esprimido para evacuar el líquido. Se impide así al algodón adherirse á la piel de la pared abdominal. Este apósito se remueve á medida que se ensucia con la orina.

A partir de este momento, es necesario, en principio, considerar al cistotomizado como un noli metangere, como un enfermo al cual durante algunos días al menos, no se debe tocar. Los cuidados locales que

reclama son de limpieza aséptica y nada más: estos cuidados son mas necesarios durante las tres ó cuatro primeras semanas, en las que la incontinencia es casi completa.

En cuanto á las inyecciones intravesicales pueden ser excelentes, pero más tarde, en otro periodo.

Una vez asegurada la evacuación de la orina, y el aparato urinario puesto todo al reposo por la cistotomía, el operado debe gozar de una calma completa, que no se turbará por nuevas maniobras quirúrgicas.

Tal es la operación de la cistotomía supra-pubiana, operación relativamente sencilla y al abrigo de los inconvenientes que ofrecen las heridas estrechas del reservorio vesical. Practicada según esta técnica el éxito es seguro.

Veamos ahora, cuales son sus consecuencias.

Desde luego, ella puede quedar como operación definitiva y la nueva uretra acompañar al enfermo por el resto de su vida ó ser solamente temporaria, mientras por maniobras posteriores se vuelve permeable el conducto

uretral, ó desaparece la causa, el accidente agudo que obligó al cirujano á la intervención. Estos accidentes agudos en los prostáticos son bastantes conocidos, si sobrevienen se les cistotomiza, pero si no hay estrechez infranqueable, si después de cierto tiempo la orina recobra su curso normal, nada exige la permanencia del meato contra natura y se le cierra. En otros casos, no menos numerosos, las cosas se pasan de distinto modo: desde mucho tiempo atrás el prostático vacía mal su vejiga y aunque teóricamente no hay hipertrofia prostática tal, que una sonda manejada con destreza no pueda contornearla, en clínica es distinto y entonces la operación queda como definitiva. Si la uretra no está ya apta para llenar sus funciones se la suprime, dice Lejars.

¿Cuál es ahora, Señores, la suerte de estos cistotomizados, per omnia? He aquí la gran cuestión, la que mas controversias ha suscitado y que merece detenernos un momento.

Todos los operadores están acordes en dividirlos en tres clases: en la 1^a entran todos los que guardan las orinas en su vejiga y son prevénidos por una sensación especial que la distensión vesical ha llegado á su máximo y en los que la micción es casi normal; en la 2^a están los que con ayuda de un aparato obturador tienen una continencia casi completa y en la 3^a categoría

por ultimo, se reúnen los mas desgraciados, los que son incontinentes de una manera absoluta.

En la primera clase de los felices entra M. Diday que es el mas bello ejemplo. "Desde el cuarto dia de la operación, escribe, he recuperado el poder de orinar no á voluntad, pero si de guardar mis orinas durante un tiempo, que segun mi alimentación, mis ocupaciones y preocupaciones, la temperatura ambiente, ^{ya} variaria de una hora y media á cuatro horas y media, y lo que es mejor de todo aun, soy advertido de la necesidad de orinar medio minuto antes que la orina se escape; tres meses despues, que me han operado la nueva función es todavía mas perfecta". Algunos dias despues M. Diday podía quedar cinco horas y media sin experimentar esta necesidad de orinar, necesidad que describe asi:

"Una sensación que me sobreviene medio minuto antes que la orina se escorra y que en cuanto á su naturaleza, es el similitan perfecto, como es posible, de las ganas de orinar normales.

¿A que atribuir esta micción intermitente? Como lo dice Diday aqui no hay esfínteres, ni cosa parecida, ¿de donde pues proviene esta regularización que tan bien simula la función normal? En concepto de Lejars el principal papel lo

desempeñan los músculos rectos abdominales cuyos bordes internos costeando de cada lado los bordes del nuevo meato, se contraen para aproximarlos y cerrarlos; tanto es esto así, dice: que, Mac Guire, pretende que el ano contra natura se haga en la linea mediana, entre los dos rectos, para aprovechar así los beneficios de esta oclusión y Jabolay propone practicar la cistotomía, no sobre la linea mediana, sino al travez de uno de los músculos rectos anteriores, cuyas fibras se arrollarian al rededor del nuevo canal á la manera de un esfínter.

Se hace jugar tambien un gran papel á los caracteres anatómicos de la nueva uretra, á su diámetro, á su longitud, á su dirección y á las acodaduras de que esté provista. La longitud varia con el espesor de la pared abdominal y aumenta con el hecho de su retracción que alarga mas las adherencias vésico-parietales: mide por término medio en los casos antiguos 2 á 3 centímetros. En cuanto al calibre del nuevo canal, el trabajo de cicatrización tiende sin cesar á estrecharlo y en muchas ocasiones exige el pasaje diario de la sonda para evitar su obliteración. En la piel termina ó se abre, por un meato cuya forma varia mucho, tenemos

así: el meato á flor de piel, meato vulvar, cuando está situado al nivel de la piel ambiente; meato umbilicado, en embudo, cuando es deprimido y profundo; meato de forma intermediaria cuando el orificio es mas ancho y en el que la mucosa hace hernia algunas veces. Ademas, y este es un punto muy importante, es necesario que la nueva uretra sea doblemente acodada, de una parte cerca de la vejiga y de la otra inmediatamente por encima del pubis.

En cuanto á su constitución anatómica; en la tesis presentada por Boutan, dà la descripción de una pieza en la que el nuevo canal, estaba exclusivamente formado por la mucosa vesical y una túnica externa conjuntiva. "Resulta, dice; que la nueva uretra posee como la antigua, un esfínter liso, formado por las fibras musculares vesicales que rodean el orificio vesical y un esfínter estriado, formado por los músculos rectos."

Desde luego es fácil comprender, que en nada intervienen el arte ni la voluntad del cirujano para obtener el espléndido resultado, de una uretra artificial protegida por sus dos esfínteres, interno y externo, tal como la presentada por Boutan. Este resultado es relativamente raro y así en la

estadística de Poncet, sobre sus trece primeros cistotomizados, solo cinco tienen una uretra contra natura, que les permite conservar sus orinas durante muchas horas, uno de estos la guarda de seis á siete horas, de los otros nueve cuatro tienen una incontinencia casi completa y en los restantes la continencia es perfecta con la ayuda de un aparato obturador.

Es en verdad imposible sacar conclusiones precisas radicales, de la primera estadística publicada por el inventor del método, seria necesario para ello mayor numero de datos al respecto; pero ésta sola basta si, para alentar á cualquier cirujano á la intervención, toda vez que de los trece cistotomizados, solo cuatro son incontinentes absolutos; si como dice Lejars, practicando la operación se obliterara fatalmente y de una manera absoluta la vía uretral fisiológica, entonces habria lugar para abstenerse y dudar; pero justamente las cosas se pasan de muy distinto modo y la uretra fisiológica aun acompañada de una gruesa próstata, recobra sus funciones, despues que pasan los accidentes agudos, se establece un modus vivendi tolerable y la vía artificial, vuelta iniitil, se

cierra con una gran facilidad. De aqui nacen las indicaciones de la cistotomia temporaria.

¿ Que se ha pasado del lado del aparato urinario, una vez que las orinas se escapan por la vía artificial, creada por el cirujano ? ¿ Porque vuelven las orinas por una uretra cuya impermeabilidad era tal, que todo cateterismo era imposible ? Ensayemos de contestar estas preguntas.

Guyon, distingue así, los accidentes de retención de orina: por causa inflamatoria, congestiva y espasmodica; las retenciones de orina en los estrechos, las retenciones de orina en los prostáticos, las retenciones de orina de origen traumático y las retenciones de orina de causa mecánica.

Ahora bien, en los prostáticos, de que me ocupo, el ataque agudo de retención, que es el mas común y el mas importante, es provocado por el obstáculo debido á la hipertrrofia de la próstata y por un estado congestivo que viene lo mas á menudo á super-agregarse. De allí, retención absoluta y como consecuencia lesiones ascendentes en todo el aparato urinario, lesiones que comienzan en la dilatación de los ureteres, de los cálices y bassinetes, para terminarse en la distensión y en la atrofia de la sustancia renal. Esta

nefritis ascendente o piélonefritis ascendente, consiste, bajo el punto de vista microscópico, en una esclerosis del tejido conjuntivo que principia en las pirámides e invade de capa en capa la sustancia cortical.

La vejiga se despoja de su capa epitelial aislanle y se vuelve capaz de absorver. Los microbios que existen en la uretra, por la supuración de las falsas rutas, llegan por vía ascendente también, a esta cavidad cerrada, acrecen, ó mejor dicho, exaltan su virulencia (Bieulafoy) y provocan y determinan todo el cuadro de uremia e infección que os he descrito al principio.

Esta serie de procesos patológicos no solo mantienen el volumen que ha adquirido la próstata por la esclerosis de sus tejidos sino que la aumentan por congestión y contribuyen á cerrar el cuello. Una vez abierta la vejiga y evacuada la orina, desaparece la colección líquida que obraba á la manera de un cuerpo extraño; desinfectada anchamente y habiendo desaparecido la cavidad cerrada, cesa el proceso inflamatorio, la próstata se descongestiona, los uréteres se vacian, y todo entra en el orden. "Todo órgano que no funciona se atrofia" y la próstata por lo tanto pierde algo

de su volumen; la misma sangre que ha perdido en la operación el aparato urinario, contribuye á este proceso descongestivo y como consecuencia la vía natural se vuelve permeable.

Se cicatrizan mientras tanto las falsas rutas abiertas antes de la intervención, por procedimientos apropiados; nosotros hemos empleado para estas instilaciones la jeringa de Guyon, y al cabo de pocos días el primer chorro de orina sale fisiológicamente con gran contentamiento del enfermo. Los hechos de esta naturaleza no son raros en la historia de los prostáticos, después del advenimiento del método que describo, y de allí que la cistotomia temporaria ha llegado á gozar hoy, un rol extremadamente útil. Puedo decir, sin temor de equivocarme, que pasó ya el tiempo en que se traumatizaba sin piedad la uretra y la próstata con los cateterismos forzados, por temores infundados de abrir directamente la vejiga.

En 1893 el profesor Pejars agregado á la Facultad de Medicina de París, propone resucitar, modificándolo, el antiguo procedimiento de Mery, abandonado desde que Dieulafoy propuso sus punciones capilares,

í sea la punción á grueso trocar.

Veamos en que consiste el procedimiento de Moeny-Pejars, si se me permite llamarlo así.

El cisto-drenage hipogástrico.

Basándose en consideraciones diversas, Pejars practica en 1892 la punción á grueso trocar en un viejo prostático, que á consecuencia de una separación de régimen, fué atacado de retención de orina; había ensayado pasarse la sonda y se había herido, dos médicos hicieron tentativas inútiles de cateterismo, la vejiga estaba muy distendida, muy dolorosa, la uretra hinchada, sangrante, absolutamente rebelde al pasaje de la sonda, piel caliente, lengua seca, la fascies ya muy alterada. El hecho se realizaba en el campo y la necesidad de evacuar la orina era urgente, premiosa.

En estos casos recurro, "por necesidad" dice el mismo, á la punción de Moeny; y procede de la manera siguiente:

Márrial Operatorio,

Escoje un trócar grueso, curvo, de Chassaignac, que aunque es muy largo, pero tiene un buen calibre; si la punta no es muy aguda, practica con el bistouri una pequeña incisión cutánea para abrirle camino y evitar así un impulso muy fuerte de la mano.

Practica la función á dos traveses de dedo, sobre el pubis, por debajo del relieve máximo de la vejiga, y con ligero impulso dado al trócar, penetra en ella. Se escapa inmediatamente una gran cantidad de orina, que deja salir libremente, sin sacar el trócar. Desliza después por la cánula metálica, que va retirando lentamente, una sonda de caucho rojo, de manera que la evacuación de la orina se termine por la sonda.

Naturalmente, sonda y trócar, han sido cuidadosamente desinfectados y una vez vaciada la vejiga, se lava con una solución boricada tibia, hasta que el líquido regrese claro, lava también con la misma solución los contornos de la función y las paredes del vientre y fija la sonda á permanencia.

Durante los primeros días asegura la evacuación de la orina por medio del

procedimiento de Souberbielle, es decir por medio del sifón; para esto á la extremidad de la sonda á permanencia, adapta por medio de un tubo de vidrio un largo tubo de caucho que desciende hasta un frasco colocado junto al lecho del enfermo; basta injectar un poco de agua boricada en el tubo-sifón, para asegurar su funcionamiento y desde entonces la orina cae gota á gota, desapareciendo así todo peligro de infiltración, puesto que la vejiga queda siempre vacía.

Al cabo de dos ó tres días suprime el sifón y aun á veces la sonda hipogástrica, el cual está ya constituido y su pared granulosa no se deja atravesar por la orina; sin embargo aplica la sonda de tiempo en tiempo, para prevenir la obliteración cicatrizial del nuevo trayecto.

Como se ve, el procedimiento es sencillo y rápido pero tiene todos los inconvenientes que se derivan de las heridas estrechas de la vejiga y de la presencia de una sonda á permanencia; y si bien es cierto que el profesor parisense defiende su método diciendo: que la nueva uretra así creada difiere en muy poco de la que se obtiene con el procedimiento Poncet, en cuanto á sus aptitudes funcionales, encuentro por mi parte, muy fundadas, aunque sin considerarlas absolutas, las

367.

críticas que á semejante resurrección ha hecho el profesor Lyones, en su artículo titulado "Cisto-drenage hipo gástrico."

Entre los principales inconvenientes señalados por Poncet citaré los siguientes: 1º hay necesidad de servirse de un perforador de grueso calibre para que la sonda pueda caminar fácilmente en su vaina, 2º Además de las dificultades que deben vencarse para introducir el trocar se expone al retirarlo á contaminar los tejidos vecinos toda vez que ha penetrado en una vejiga á menudo infectada, se hace pues un verdadero sembrío microbiano en los tejidos vecinos, tanto más seguramente, cuanto que no se necesita una gran cantidad de orina para dar lugar á los flegmones prevesicales que casi siempre se suceden á las funciones capilares mejor conducidas.

Que se trate de funciones capilares, ó de funciones á grueso trocar, dice Poncet, el mecanismo de los accidentes infecciosos de vecindad es naturalmente el mismo, los gérmenes provienen de una cavidad vesical cuyo contenido está en plena efflorescencia microbiana, se infiltran, penetran entre las paredes del conductor cualquiera que sea, para sembrarse en el tejido celular ambiente. Estas invulcaciones sépticas, son tanto mas peligrosas cuanto que la abertura vesical es mas

estrecha y son favorecidas por los movimientos de la sonda dejada á permanencia, por la ampliación y retramiento de la vejiga, por la posición del enfermo, y en general por todas las condiciones que hacen variar las relaciones de la sonda con el orificio vesical.

Además, agrega Poncet, sin querer engrandecer mas el cuadro ya bastante sombrío, diré: que sonda y trócar son cuerpos extraños á menudo mal tolerados y que no solamente irritan la vejiga, que en los prostáticos atacados de accidentes urinarios, exige un reposo absoluto, sino que sirven de conductores á nuevas infecciones.

Bonan y Vignard, atacan tambien la operación de Mery- Pejars; en su opinion la consideran como un método peligroso condenable y sobre el cual ninguna censura bastará. No obstante Forrestein, Fehleisen, Deneffe y Palesque defienden el método y presentan en su apoyo varias observaciones.

Uno de los reproches que mas se le han dirigido, es la de que expone á las heridas del peritoneo, toda vez que el trócar camina á ciegas entre los tejidos. Pejars contestando este ataque dice: que el fondo de saco peritoneal desciende poco sobre la cara anterior de la vejiga y que como se opera sobre una vejiga distendida, seria difícil,

56.

sino imposible alcanzarlo puncionando como él lo hace tan cerca del píebis. Acabamos de ver que las relaciones del fondo de saco peritoneal con la cara anterior de la vejiga son, bajo el punto de vista operatorio, casi individuales, tanto que en muchas ocasiones hay necesidad de deslizar el índice detrás del arco pubiano para arrastrar consigo dicho fondo de saco. Si son pues ciertas las aseveraciones de Poncet á este respecto, creo justa la critica que acabo de comentar.

Otra complicacion no menos peligrosa, señalada por los opositores al método, es la infiltración de orina que en muchas ocasiones sigue á la punción; El líquido derramado se deposita entre las paredes de la sonda y los tejidos ambientes y es absorbido inmediatamente. Las estadísticas antiguas suministran muchos ejemplos al respecto: Pouillot sobre 22 casos de punción supra-pubiana, presenta nueve muertos, de los que ocho lo fueron por infiltración; tres veces la cánula había sido arrancada y cinco la infiltración se hizo á lo largo del instrumento dejado á permanencia.

Rejars cree haber salvado estos inconvenientes por medio de su sifón y si los accidentes flegmásicos sobrevinieron en la época en que Pouillot sostenia su tesis nada tiene

de extraño, dice, dada la falta de asepsia con que se operaba entonces, y como prueba irrefutable presenta cinco cistodrenes practicados en los últimos años, sin observar jamás un solo accidente flegmásico. Tengo aceptables los razonamientos del citado profesor, en cuanto se relacionan con éste punto.

Si tenemos ahora en consideración que por las razones indicadas mas arriba, la uretra se vuelve permeable poco tiempo después que se la deja en reposo, siendo entonces initial la uretra contra natura y debe cerrarsela, podrían aceptarse los razonamientos de Pejars; pero dada la facilidad y la invocuidad de la cistotomía supra-pubiana, que no expone á ninguno de los inconvenientes que dejó indicados y en la que también puede obturarse la fistula creada, á voluntad, no creo que sea preferible correr todos estos peligros posibles. Sabido es que las heridas estrechas de la vejiga son las que mas accidentes urémicos e infecciosas ocasionan, por lo mismo que es difícil la libre emisión de la orina y difícil también practicar la rigurosa asepsia no solo de las paredes cruentas sino del reservorio vesical mismo.

En la cistotomía se tiene una herida ancha, á cielo abierto se vé y se sabe lo que

se hace, como en toda operación bien reglamentada, por esa herida se puede lavar á voluntad la vejiga, la orina no está en contacto con las paredes del nuevo conducto sino con el epithelium vesical, el porvenir del enfermo está asegurado contra nuevos accidentes de retención y si estos se alejaran por completo nada nos impide cerrar el meato contra natura.

Creo en conclusión que en todo caso debe darse preferencia á la cistotomía franca por el método de Poncet; operación por operación, vale mas la que menos peligros engendra y mayores ventajas ofrece.

INDICACIONES DE LA CISTOTOMIA

Acabamos de analizar los positivos servicios que la cistotomía supra-pubiana presenta en todos los casos de retención de orina por hipertrrofia prostática; aquí debía terminar el presente trabajo; pero permitidme que de paso y ya que he estudiado el método operatorio y sus con-

secuencias, indique á la ligera otras afecciones del aparato urinario, en las que tambien es un precioso recurso para el cirujano, ya sea á título de operación preliminar, ó ya tambien como operación definitiva.

Las dificultades del cateterismo, en todos los casos en los que se necesita el pasaje frecuente de la sonda y que se complican con accidentes sépticos, falsas rutas etc, son justificables de la cistotomia, aqui no hay verdadera retención de orina; pero los traumatismos repetidos de la uretra producen un estado inflamatorio tal, que la aplicación de la sonda se vuelve dolorosísima, la mucosa uretral aumentada de volumen contribuye á disminuir la luz de su canal, adquiere una sensibilidad exquisita y hace insopportable al enfermo cada sesión de sondaje; la cistotomia temporaria evitando estas sesiones, deja en reposo los órganos traumatizados y al cabo de pocos días todo entra en el orden..

Las cistitis y sobre todo las cistitis dolorosas, rebeldes y recidivantes y que amenazan estenderse rápidamente á las vías urinarias superiores, exigen tambien la intervención que me ocupa, para su tratamiento. En efecto, en virtud de ella se tiene una ancha puerta por donde establecer la asepsia

absoluta del reservorio vesical; El primer efecto de la fistulización supra-pubiana en estos casos, dice Vignard, es hacer desaparecer de una manera durable los fenómenos dolorosos. El profesor Bouilly dice: "gracias á esta operación la vejiga entra en reposo inmediato y definitivo y se suprime sus contracciones dolorosas."

En concepto de la Escuela Lyonesa, todo prostático que sufre de su uretra, que vacia mal su vejiga y comienza á infectarse es justificable de la cistotomía, conviene agregar que para la Escuela de Necker las indicaciones al contrario, son muy restrinjidas, y es notable el contraste que existe, entre la práctica de Poncet y la del profesor Guyon; desde 1888 hasta 1890 el primero había practicado treinta y cinco veces la operación en tanto que el segundo en ese tiempo no había intervenido más que dos veces. Esto depende en concepto de Vignard, de que contra las dificultades persistentes del cateterismo, la sonda á permanencia queda todavía como medio salvador, si ésta sonda es mal tolerada ó infecta al enfermo dice: Se deberá buscar en una operación un remedio mas eficaz y da la preferencia al ojal perineal, con ó sin prostatectomía y seguido de la fijación por un tiempo pro-

longado de un drain voluminoso al nivel del obstáculo prostático. Sin entrar en detalles, me bastará decir lo que decía entonces ocupándome del cistodrenage hipo gástrico: operación por operación, es preferible la que no ofrece los inconvenientes de la talla perineal y por lo demás los resultados numerosísimos de la cistotomia, entra por mucho en los derechos que tiene para que se le acuerde la preferencia.

Hay todavía numerosos casos en los que esta operación puede prestar útiles servicios, a título de preliminar, he aquí uno de ellos realizado en el hospital Necker: Un individuo joven se rompe el pene durante el coito, la micción es imposible, el pene está tumefacto, negruzco y sembrado de flictendas sanguinolentas, se practica la cistotomia y se asegura la libre emisión de la orina, mientras por una serie de maniobras, que sería largo relatar, se da al órgano enfermo su función normal. La fistula supra-pubiana se cerró después rápidamente, sin presentar los inconvenientes y demoras de las fistulas perineales.

En las estrecheces infranqueables de la uretra, que aun que son más justificables de la uretrotomía externa, se puede utilizar también la cistotomía sobre todo cuan-

do han sobrevenido infecciones secundarias.

En los últimos tiempos muchos cirujanos han propuesto la derivación hipogástrica de la orina, como el primer tiempo para la curación de ciertas fistulas rebeldes, tales como las recto-uretrales, fundándose en que la acción del líquido que baña las suturas y se insinua entre sus labios, es el principal escollo que debe vencarse para conseguir el afrontamiento de los colgajos.

En las cistitis tuberculosas A. Key practica la cistotomía, que permite no solo tener una abertura permanente de la vejiga y explorar las lesiones ocasionadas por el proceso tuberculoso, sino tambien modificarlo directamente, sea por el raspado, sea por el termo-cauterio ó por los toques al cloruro de zinc ó al sublimado.

En los tumores de la vejiga acompañados de cistalgia y de tenesmo vesical Thompson practica la cistotomía para calmar los dolores, y suprimiendo así las contracciones de este órgano hace desaparecer las hematurias; Bazij en Diciembre de 1882 cistotomiza tambien á un individuo portador de tumores vesicales y Guyon preconiza la intervención, en todos los casos análogos, por la ventaja que ofrece de facilitar la exploración y las maniobras intrasicales.

En suma la cistotomia supra-pubiana es una preciosa fuente de recursos que el cirujano puede utilizar tanto más legítimamente cuanto que es una operación benigna y que la fistula creada se oblitera con facilidad.

Cada juzga un método mejor, que los resultados que con él se obtienen. De aquí Beníres, el immenso valor de las estadísticas; el lenguaje numérico, lacónico y exacto por su naturaleza, es el único, que en materias como la presente, puede servir de control. Por eso, y sin pretender hacer una verdadera estadística, permítidme que reuna y estudie algunos de los resultados obtenidos con el auxilio de la intervención quirúrgica que nos ocupa. Seré breve a fin de no fatigáros demasiado, y dare a este capítulo una forma exclusivamente aritmética.

En una primera memoria, el profesor Lejars presenta á la Academia de Medicina cuatro operados, de los que tres fueron por el procedimiento de Poncet y uno por la punión á grueso tricar con sonda permanente; operado este último en el hospital Nécker, arroja tres litros de una orina fétida y sanguinolenta.

De estos cuatro cistotomizados solo

uno muere á consecuencia de accidentes renales; á la autopsia se encuentran los dos riñones, reducidos al tercio de su volumen, sembrados de quistes y esclerosados; los tres restantes quedan con su meato hipogástrico á permanencia, funcionando regularmente.

Beghin comunica á la Academia de Medicina de Bélgica 1 caso de función á grueso trócar, curado el enfermo, recobra después el uso de su uretra normal.

Desbasieux presenta 1 caso - curado.

Fuffier reúne 59 observaciones de las que 29 le son personales. Divide á los prostáticos en dos categorías: unos con retención completa aguda ó crónica aseptica y otros con retención aguda ó crónica séptica. En los 29 casos personales tiene 17 curaciones y 12 muertos por accidentes renales, todos estos pertenecen á la segunda categoría, es decir á los atacados de retención séptica.

Routier presenta á la Sociedad de Cirugía varios casos, entre los que hay: 1 cistotomía por cistitis dolorosa, el individuo muere, era tuberculoso y había llegado á su último periodo; 2 prostáticos con cistitis purulenta, curados; una mujer con cistitis purulenta curada, 7 casos por retención de orina, crónica, de los que muere uno por congestión pulmonar, tres días después de la operación, y uno

en el que se hizo la ablación del lóbulo izquierdo de la próstata, muere al quinto dia - Los demás curan.

Polaillon - 1 operado, con éxito.

Bazy 2 operados con éxito.

Rollet practica 5 cistotomias por estrecheces uretrales graves, complicadas con infecciones urinarias generalizadas ó localizadas al aparato uretero-pielorenal, completando después la curación con la uretrotomía ureterotomía y uretoplastia, según los casos. Todos con éxito.

Picque - 1 caso curado.

Jomesco (de Bucharest) 1 caso - curado.

Routier hace la cistotomía doce veces con éxito.

Poncet presenta 114 observaciones todas de prostáticos. Divide, como Tuffier, sus operados en dos clases: retensionistas asepticos y retensionistas sépticos, infectados a un grado más ó menos avanzado.

Son naturalmente los primeros los que han dado los mejores resultados; y así sobre 21 operados de esta categoría ha tenido 21 éxitos; en los segundos, los sépticos, sobre 42 operaciones distingue los casos de septicemia super-aguda, aguda y crónica. En los atacados de septicemia super-aguda la muerte sobreviene generalmente dos ó tres

días después de la operación. En 12 enfermos con septicemia aguda cuatro mueren en la primera semana y los otros tienen una supervivencia de seis meses y medio a dos años y medio. En fin sobre 24 enfermos que presentan accidentes de septicemia crónica, siete mueren en los ocho primeros días, diez han vivido menos de un año y los otros siete tuvieron éxito completo.

Bajo el punto de vista funcional, en 63 casos doce veces la micción ha sido restablecida por la vía natural y la cistotomía por consiguiente ha sido temporaria.

En cuanto a los enfermos que han continuado orinando por su meato hipogástrico en número de veintidos se reparten así: siete orinan a voluntad es decir presentan una continencia perfecta, tres no tienen sino una continencia parcial y en fin doce que son incontinentes por completo.

Segond ha practicado la cistotomía tres veces con éxito completo.

Lindfors (de Cristianstad) presenta al Congreso de Cirugía de Gothenburg tres casos con curación.

Reasumiendo estos ligeros datos que he podido reunir tenemos que sobre 217 cistotomías, hay solo 33 defunciones, no imputables por cierto a la operación misma sino al estado preexistente de las vías urinarias superiores.

por septicemias super-agudas

Nada mas alentador por consiguiente, que este cuadro. Con justo título pues, decía al principio, que la cistotomía es una operación inocente y de una gran inviabilidad.

Revistados los casos mas notables realizados en las clínicas europeas y americanas, cábeme la honra de exponer por primera vez, los resultados obtenidos en nuestra clínica con el auxilio de esta operación.

Dejo á un lado, desde luego, la infinitud de tallas realizadas en el Perú, ya perineales yá hipoástricas. Esto está fuera de mi plan. La talla hipoástrica y la cistotomía supra-pubiana, difieren en efecto en su tiempo mas capital, en el ultimo; en la primera la vejiga se cierra inmediatamente, una vez extraido el cálculo por el cual se la practicó; en la segunda, al contrario, los bordes de la herida vesical se suturan á la piel y deben quedar abiertos por un tiempo mas o menos largo, y es justamente de aquí que se derivan todos los peligros de infección y absorcion urinosa que no hay en la talla. Este tiempo operatorio es el más difícil de todos, principalmente cuando se tiene que hacer con individuos gordos y cuya vejiga flácida y reblandecida es fá-

cil de romperse.

Por eso decía que no entra en mi plan ocuparme de la talla, ni revistar los numerosos éxitos obtenidos por nuestros cirujanos.

Me concretaré pues solamente a estudiar la primera cistotomía supra-pubiana, realizada entre nosotros.

Observación N° 1.

Desde hacia mucho tiempo el Dr Leóncio Y de Mora, prestaba sus cuidados profesionales al Señor A. C., hombre de edad proyecta, (cuenta 80 años), de constitución fuerte todavía, y que hacía una vida sedentaria; hasta el mes de Mayo del presente año llevaba muy bien sus diez y seis lustros, a pesar de que el desgaste orgánico fisiológico, había deteriorado muchos de sus aparatos. Arterio-escleroso como buen anciano, tiene una afeccción mitral antigua; el proceso esclerosante localizado en la próstata especialmente, venia obstruyendo lenta pero progresivamente el cuello de su vejiga. Es portador de un enorme paquete hemorroidal que sangra al menor esfuerzo. Agregad una vieja hernia inguinal derecha y tendréis el enfermo que en la noche del 5 de Julio, ingresa

á la "Maison de Santé" á ocupar el departamento N° 27

En la tarde del mismo dia una brusca retención de orina le sobreviene al Señor C, llámase en consulta al Dr. Constantino F. Carvallo y después de una larga y paciente sesión de cateterismo, completamente infructuosa, se manifiesta al enfermo la conveniencia de una intervención inmediata é ingresa al servicio á las 8 de la noche, hora en que se practica una punción al Vena lafay y se extraen tres litros de orina retenida por mas de 48 horas.

A la mañana siguiente, el termómetro marcaba 38°, la lengua seca, urémica; había náuseas y fenómenos nerviosos: cefalalgia, excitación. Se decide la operación para el mismo dia, y se practica la cistotomía á las 10 h. a. m.

He aquí como procedió el Dr Carvallo auxiliado por el Dr Mora: previa toilette de la región hipogástrica practica una punción con la aguja N° 2 del aspirador, á dos traveses de dedo por encima del pubis, inmediatamente se escapa un chorro de orina; se cierra la llave del aparato, á fin de evitar el desplazamiento total del líquido, é incide sin retirar la cánula la piel y el panículo adiposo sub-yacente que en este caso era enorme pú-

el individuo es muy gordo. La incisión sigue la dirección de la linea umbilico-pubiana. Cortada la aponeurosis de los oblicuos, coloca dos separadores, uno en cada labio e investiga con el dedo la cara anterior de la vejiga y la posición de la cánula; el fondo de saco peritoneal no es visible, sirviéndole de jalón la cánula, encaja la punta del bisturí en plena vejiga y se escapa un grueso chorro de orina; retirada la cánula, introduce la extremidad del índice izquierdo en la herida vesical, muy profunda á consecuencia del espesor de las partes blandas. Con la aguja de mango de Woyen coloca tres puntos de sutura en el borde derecho de la herida para hacer el afrontamiento de la mucosa con la piel, lo que no se consigue por completo, por la interposición de la abundante capa de tejido celular existente. En vista de esta dificultad deja sin suturar el otro borde vesical y coloca la sonda de Malecón á permanencia. Se lava después la superficie cruenta y el reservorio vesical con una solución tibia de ácido bórico y se estrecha la herida cutánea, que era de 6 a 8 centímetros, con varios puntos de sutura: apósito aseptico y una venda que asegura la sonda, y la operación está terminada.

Antes de pasar adelante, permitaseme

hacer algunas reflexiones. La presencia de la hernia inguinal modificaba mucho el campo operatorio, en un individuo graso como éste, la investigación del arco pubiano, fue imposible y a pesar de haberle dado a la incisión cutánea 8 centímetros de longitud, quedó la herida demasiado pequeña para practicar con comodidad las maniobras intravesicales. Las paredes de la vejiga flácidas y adelgazadas se prestaban mal a las tracciones de la seda de sutura y unido esto a la enorme cantidad de grasa escistente, no se pudo hacer un afrontamiento perfecto. Es en estos casos que juzgo mas conveniente la cistotomía previa, propuesta por Routier y Lejars, y si en esta ocasión se hubiera hecho, la sutura habría sido fácil y completa, evitando así la aplicación posterior de la sonda.

Si consideramos que la operación se practicaba sin anestesia, por la imposibilidad de cloroformizar al paciente dada su lesión cardiaca y que nos encontramos con una vejiga no séptica todavía, se justificará la aplicación de la sonda toda vez que no podían prolongarse por más tiempo las maniobras que exige una sutura perfecta.

No obstante al cabo de 3 ó 4 días durante los cuales se escapaba la orina

57.

constantemente, se organizó la fistula hipogástrica tapizada por un tejido granuloso impermeable. El individuo orinaba de tiempo en tiempo, quitándose un pequeño tapón de corcho colocado en la extremidad libre de la sonda, se hacían á diario dos lavados vesicales boricados tibios, y se recubría la herida con simple algodón hidrófilo, sin experimentar mas accidente que un ligero eritema de las paredes del vientre, por el contacto prolongado de la orina que ensuciaba el apósito.

En los días posteriores se atendió á la curación de las falsas rutas abiertas en la próstata, haciendo amplios lavados al permanganato de potasa e instalaciones con la geringa de Guyon. Cinco días después de la operación y una vez pasados los accidentes inflamatorios de la uretra, se procedió á la primera sesión de cateterismo, para la que se invitó al Dr. Manuel Montero cuya dedicación y habilidad en esta rama de la cirugía es bien conocida. Se ensayaron las sondas de Nelatón de Cuzco de Petit, 8^a 8^a sin conseguir franquear el obstáculo prostático.

Con intervalos de reposo se repitieron en los siguientes días las sesiones de cateterismo, empleando desde la sonda N° 1.

hasta la N° 14 de la hilera, sin conseguir absolutamente nada; hasta que después de un largo reposo y al 25º de la operación y sin dificultad de ningún género, pasó la sonda N° 1, escapándose el primer chorro de orina por la vía normal. Se dejó esta sonda á permanencia y fué reemplazada por el N° 2, que quedó también fija, se continuó la dilatación sucesivamente, hasta que se llegó al N° 6.

Treinta y cinco días después de la operación el individuo orinaba sin ningún auxilio y la fistula hipogástrica se había obturado por completo.

Difícilmente se volverán á presentar tantas condiciones negativas reunidas en un mismo individuo y á su pesar el escrito no puede haber sido mas satisfactorio.

El enfermo que nos ocupa, padece ademas de ataques epileptiformes, que le sobrevinieron durante el tratamiento sin modificarlo en nada. Reumático, arterio-escleroso, con localizaciones cardiacas, hemorríodario y portador de una vieja hernia inguinal, la retención de orina de que fué presa, habría coronado el cuadro y la muerte por envenenamiento urinario, habría sido el desenlace obligado, si no se interviene

en buen tiempo.

Felizmente los accidentes sépticos no habían entrado en juego todavía y se operó en una vejiga no infectada, los riñones funcionaban bien y encontrando después de la cistotomía una franca vía de derivación de sus productos, conservaron su integridad.; sin ella, el proceso ascendente que he descrito en otro capítulo se habría realizado y los accidentes renales y vesicales habrían consumado la obra destructora, que ejecutaban antes, en la época en que la Cirugía consideraba á la vejiga como inabordable.

Surge aquí una cuestión, los tan temidos flegmones del espacio de Retzius y los accidentes del envenenamiento urinoso ¿son debidos á infecciones centripetas ó centrifugas? Desde luego, descarto los casos en los que la vejiga está ya infectada y por consiguiente los microbios patogénicos vienen de dentro á afuera a sembrarse en el tejido celular prevesical, en estos casos la etiología de la infección es clara; me refiero á los casos como el presente en los que se trata de una cavidad no supurada.

Antes del periodo bacteriológico dos teorías tenían curso en la ciencia para explicar estas infecciones: la teo-

ria de la absorción urinosa y la teoría renal; la primera imaginada por Telpeau y sostenida por Perdrigeon, Maisonneuve, Saint-Germain, Sedillot, Reliquet y otros, atribuían los accidentes sobrevenidos en los operados, á la absorción de la orina al través de las mucosas dilaceradas, durante cualquiera maniobra intra-uretral ó vesical; la segunda, enunciada por Verneuil y aceptada por Bron Philips, Mauvais, Volbeau, Malherbe y otros, los atribuyen á trastornos renales que ocasionan una falta de depuración de la sangre, por una perturbación de origen reflejo, en la secreción urinaria.

Hoy, bajo el dominio de las investigaciones bacteriológicas, se sabe que estos accidentes son debidos á la penetración en los tejidos, de la orina séptica es decir, que contiene microbios y sus productos solubles. Bouchard el año de 1880 y Clado en 1887, descubren en la vejiga enferma una bacteria en bastóncitos: bacterie-séptique de la vejiga, que hace aparecer el amoniaco en las orinas y cuya inoculación en el tejido celular del peritoneo de las ratas les produce

la muerte en breve plazo.

Mas tarde Halle y Albarán comprueban estos hechos encontrando el microbio en los accesos urinarios. Esta bacteria no clasificada entonces, no es otra cosa que el bacterium coli communis ó coli bacillo. Generalmente esciste solo, pero por excepción se asocia á otros microbios; es pues el específico de estas infecciones.

¿ Porque en el caso que relato, no hemos tenido estas peligrosas complicaciones, cuando Pouliot en una estadística antigua que comprende veintidós casos, encuentra nueve muertos por ésta causa? Ya lo he dicho más arriba: porque hoy no solamente se opera asepticamente, sino que tenemos medios á la mano para desinfectar los focos supurados ó sépticos.

La infección de fuera á adentro es hoy imposible, la infección de dentro á afuera es fácilmente vencida y por consiguiente, á menos de lesiones orgánicas muy avanzadas de los riñones, se tendrá siempre el satisfactorio resultado que hemos tenido en el operado cuya historia queda hecha.

Observación N° 2.

Aun cuando mi objeto estan solo estudiar la cistotomia en las retenciones de orina por hipertrofia prostática, relataré, ya que he señalado sus diversas indicaciones, los beneficios obtenidos con su auxilio en un caso ultimamente operado entre nosotros.

En la Sala de San Lorenzo, cama N° 2, del Hospital del "2 de Mayo", presentose á fines del año pasado de 1897, un individuo llamado Juan Espinoza, caníto, de 31 años. Hombre de constitución regular y de temperamento linfático, acusa haber tenido gran número de bleorrágias durante su vida y entra al servicio acosado por trastornos del aparato urinario. El Dr Nemesio Fernández Concha diagnostica una cistitis bleorrágica, e instituye el tratamiento ordinario: desinfección de dentro á afuera, (azul de metileno - tanino - g.a.) y de fuera á adentro, (lavados al permanganato de potasa, - antípirina - ácido bórico - g.a.), todo inintimamente.

Había llegado el caso, de que hablo mas arriba, en que el pasaje de

la sonda era insopportable para el enfermo; aquí no había retención, pero cada sesión de cateterismo, que los lavados exigían, era un verdadero suplicio para este desgraciado. El tenesmo, las hematurias y los demás síntomas locales y generales, habían ido tomando proporciones cada vez mayores durante los nueve meses transcurridos en este año; hasta que el Dr Fernández Concha decidió intervenir y en efecto el 25 de Setiembre próximo pasado, se实践ó la cistotomía supra-pubiana.

Como quiera que aquí el conducto uretral era franqueable, la técnica varió un poco a la que acabo de describir, puesto que fué posible la introducción en la vejiga de un cateter indicador.

No analizaré los diferentes tiempos de la operación y solo me limitaré a decir que estuvieron conformes con las prescripciones que he estudiado en el capítulo pertinente, excepción hecha del último que consistió, en la aplicación de un grueso drain en el interior de la cavidad vesical.

Permitidme que pregunte: ¿Qué

59.

objeto tenía ese cuerpo extraño? ¿Opponerte á la infiltración urinosa?. Acabamos de ver que suturadas las paredes vesicales á las ventrales, tal infiltración es imposible, por cuanto el nuevo canal queda tapizado en todo su trayecto por el epithelium vesical y en una pequeña parte de su extremidad externa, por la epidermis de la piel del vientre; luego no es necesario ese drain ó sonda, porque como dice Poncet: drain ó sonda á permanencia, son siempre cuerpos extraños, mal tolerados por el enfermo, y que constituyen, por mucho que se les desinfecte una probabilidad, cuando menos, de infección.

Si en el caso del Señor C, (Observación N° 1.) era justificada la sonda á permanencia fué porque uno de los labios de la herida vesical quedó sin suturarse y por consiguiente la absorción era posible; pero en éste ultimo caso, creo que no se necesitaba.

La aplicación de la sonda á permanencia después de la cistotomía, hace perder á ésta todas sus ventajas sobre el Cisto-drenage, y en último análisis

lisis proceder así, es hacer un mixto de ambas operaciones.

¿ Que objeto tiene entonces proceder á incindir capa por capa, hasta llegar á la vejiga y suturar después ésta con las paredes del vientre? Si se ha de poner sonda, vale mas la punción á que so trócar ó de Mery - Rejars, puesto que con todos sus inconvenientes y peligros, es cuando menos más rápida.

Es justamente para evitar esos inconvenientes y peligros, que Poncet y Mac - Guire, hacen la cistotomía en la forma indicada, sin emplear la sonda á permanencia.

Analizado este detalle operatorio añadire, para terminar, que las ventajas obtenidas por el enfermo con la operación fueron inmediatas; abierta la vejiga se encontraron sus paredes ulceradas en una gran extensión: por procedimientos, que no es del caso relatar, se continuó el tratamiento hasta el punto que hoy la cistitis casi ha desaparecido, mientras el enfermo orina sin dificultad por su meato artificial, que es incontinente y que se cerrará tan luego como se haya completado la curación que bajo tan buenos auspicios ha

comenzado

CONCLUSIONES.

Al comenzar el presente trabajo pre-guntaba: ¡En un prostático atacado de retención y por cuya uretra nada pasa, que se debe hacer, que conducta observar? Contestaré, reasumiendo lo expuesto hasta ahora:

- 1º — Debe cistotomizársele lo más pronto po-sible
- 2º — Si la vía normal no vuelve á ser permea-ble á pesar de tratamientos posteriores apropiados, la nueva uretra queda como definitiva, en caso contrario es solo tem-poraria
- 3º — Debe darse preferencia á la cistotomía supra-pubiana, por el método de Ponicet, desechando en cuanto sea posible el cis-to-drenage hipogástrico, de Mery-Léjars y
- 4º — Por último, en la cistotomía no de-be aplicarse sonda ni drain á per-manencia.

Pistame solo, despues de daros las gracias por la benevolencia con que me habeis escuchado, repetir lo

que decía mas arriba: que la cistotomia como operación previa ó definitiva, es una preciosa fuente de recursos, que el cirujano puede utilizar tanto más legítimamente, cuanto que es una operación inocente y que la fistula creada puede obturarse á voluntad.

Lima, Octubre 6 de 1898.
Miguel Morante.

Lima, 6 de Octubre de 1898.
En conformidad con lo dispuesto en el artículo 308 del Reglamento General de Instrucción: proiníbrase para componer el Jurado que deberá examinar al graduando D. Miguel Díaz Morante, y los Catedráticos Alarcón, Carvallo y Pissandos Concha.

Héctor

M. G. Barrios

| | |
|-----------------------------|-------|
| FAC | MA |
| No. de | 11458 |
| No. de la cl. Versión | |

UNMSM - FM - UBHCD



01000072640