

CIRUGIA.

IRRIGACION CONTINUA DE LA VEJIGA.



CIERTAS condiciones especiales de la vejiga ó de los órganos con quienes ella se relaciona, producen el estancamiento de la orina, su permanencia en el bajo fondo vesical, la alteración de sus elementos constitutivos y los accidentes consecutivos á la absorción, esto es, la fiebre urinosa.

Por sólo los progresos de la edad é independientemente de todo estado patológico especial, la próstata aumenta de volumen en los viejos, su desarrollo se hace en todos sentidos ó bien con predominio de alguno de sus lóbulos; pero en todos casos tiene por efecto hacer más amplio y profundo el bajo fondo de la vejiga. En estas condiciones, si se contrae para expulsar la orina, nunca llega á vaciarse completamente, queda siempre cierta cantidad ocupando el bajo fondo de la vejiga, aun á pesar de las enérgicas contracciones del órgano. Permaneciendo allí la orina se altera, obra sobre el epitelio y provoca la absorción de sus elementos, produciendo la fiebre y todo el cuadro sintomático del envenenamiento urémico.

Sabemos perfectamente la benéfica influencia que en tales circunstancias ejerce la asepsia de la vejiga por medio de lavados frecuentes, ya sea con objeto de desalojar la orina del bajo fondo de la vejiga, ó bien empleando algún antiséptico que obre sobre la misma orina ó modifique la superficie vesical alterada.

Nos son bien conocidos los buenos resultados de la prostatotomía y la canalización de la vejiga por medio del ojal perineal; pero en algunos casos, á pesar de la sección y aun de la resección de la próstata, la orina se acumula siempre en el *bajo fondo*, se vacía incompletamente la vejiga á pesar de estar canalizada y continúan los accidentes de absorción, aun á pesar de lavar dos y tres veces la vejiga durante el día.

En estas circunstancias la irrigación continua se impone y es el único medio de conjurar tales accidentes.

En lo conducente al objeto que me propongo, referiré brevemente las

circunstancias que me obligaron á recurrir á la irrigación continua, los buenos resultados que de ella obtuve y la manera como pude practicarla.

Los accidentes prostáticos acompañados de fiebre urinosa, me pusieron en la necesidad de practicar hace poco tiempo el ojal perineal en un individuo de 78 años de edad y que llevaba algún tiempo de sufrir tales accidentes. La operación no presentó ninguna particularidad digna de mención especial; pero de paso, y al tratar este punto, permítaseme decir dos palabras acerca del procedimiento que yo empleo para practicar el ojal perineal en los viejos y las razones anatómicas que me han servido de base para adoptarlo.

Por los progresos de la edad, como he dicho antes, la próstata crece y se hace muy voluminosa en los viejos; los espacios *bulbo-rectal* y *bulbo-anal* disminuyen considerablemente y uno de los peligros de las operaciones perineales en los viejos, es la herida del bulbo por la hemorragia que produce. Yo no empleo la incisión mediana, sino la oblicua hacia abajo y atrás, exactamente como si se tratara de hacer la talla lateralizada. Después de dividir las capas superficiales, piel, tejido celular y aponeurósis superficial, el primer punto de referencia que busco es el bulbo, que descubro dividiendo los músculos bulbo-cavernoso y transversos superficial del perineo, al nivel de su entrecruzamiento delante del ano; diseco, por decirlo así, el bulbo, lo pongo á descubierto en su parte lateral izquierda y el mismo bulbo me conduce á la porción membranosa de la uretra, que divido, para penetrar en la vejiga.

En el individuo á que me refiero, como de ordinario, dividí el cuello de la vejiga y la próstata en su radio oblicuo inferior izquierdo. Con las pinzas de Guyon practiqué la resección del lóbulo derecho de la glándula, que era el más voluminoso; pero como la superficie de sección era extensa y hecha en el espesor del parenquima glandular, fué preciso aplicar la cánula de Dupuytren para detener la hemorragia. Después de la operación y durante la noche la temperatura se mantuvo baja (36°); pero al siguiente día encontré á mi enfermo con temperatura de $37\frac{1}{2}$ grados. Sin quitar la cánula, por temor de que la hemorragia pudiera aún reproducirse, lavé la vejiga y pude cerciorarme que la cánula no funcionaba satisfactoriamente. Ese día y después de algunas horas de la curación, la temperatura, aunque por corto tiempo, llegó á subir hasta 40° y se mantuvo durante la noche á 39° . Al siguiente día quité la cánula y canalizé ampliamente la vejiga; hice la asepsia de este órgano á mi entera satisfacción y al terminar la curación la temperatura había bajado á $36\frac{1}{2}$ grados, cifra normal en este individuo.

La temperatura se mantuvo baja durante el día; pero en las altas horas de la noche volvió á subir y al siguiente día encontré temperatura de cerca de 39°.

Volvió á bajar después de la curación y durante dos días se repitió el mismo fenómeno, esto es, que la temperatura bajaba después de la curación y comenzaba á subir algunas horas después. Bien pronto observé y pude convencerme, de que á pesar de la presencia del tubo, cierta cantidad de orina permanecía estancada en el bajo fondo y salía mezclada con el agua al comenzar á lavar la vejiga. Desde luego pensé en hacer pasar una corriente continua de agua á la temperatura de 38 ó 39 grados, con objeto de evitar el estancamiento y por consiguiente la fiebre de absorción.

Mi primera idea fué colocar una sonda en el canal de la uretra haciéndola llegar hasta la vejiga y hacer pasar por ella una corriente continua, poniendo dicha sonda en comunicación con el tubo de un irrigador. Al poner en práctica mi idea pensé que tal vez el agua pasaría directamente por el ojal perineal sin desalojar la orina que existía en el bajo fondo de la vejiga. Pero como esta era una idea puramente teórica, quise ver el resultado de la experimentación y al efecto coloqué una sonda de Nélaton en el canal de la uretra haciéndola llegar hasta la vejiga y establecí la corriente continua. Hize pasar dos litros de agua al través de la sonda y observé que salía fácilmente por la herida perineal, pasando entre el tubo y la superficie de la herida; pero ni una sola gota pasaba al través del tubo que canalizaba la vejiga; prueba evidente que la corriente no llegaba hasta el *bajo fondo*. Obtuve la demostración de este hecho haciendo pasar la corriente por el tubo de canalización, casi hasta llenar la vejiga y recogiendo después el líquido á su salida del tubo, pude ver perfectamente la orina turbia y purulenta mezclada con el agua que acababa de inyectar. De consiguiente, la sonda uretral era insuficiente para lavar la vejiga por medio de una corriente continua. Entonces pensé en la sonda estomacal de doble corriente, que arreglé de la siguiente manera: Dividí la extremidad de la sonda encima de las aberturas laterales que corresponden á cada uno de los tubos que la forman y de manera que la abertura de dichos tubos estuviera al mismo nivel; hize una escotadura lateral sobre el borde de sección de cada tubo y una abertura lateral á poca distancia de ella para facilitar el paso, tanto del líquido que llegaba á la vejiga, como del que volvía de dicho órgano. Coloqué un índice de vidrio en cada uno de los tubos terminales de la sonda y puse en comunicación uno de ellos

con el tubo del irrigador que debía suministrar la corriente y el otro con un tubo de escape que daba paso al agua que volvía de la vejiga y era recibido en una vasija colocada en el suelo á un lado de la cama del enfermo. Una vez asegurado del perfecto funcionamiento del aparato, para lo cual me servían los índices de vidrio, fijé la posición de la parte intra-vesical de la sonda por medio de un alfiler de seguridad y dos cintas, tal como acostumbremos hacerlo ordinariamente. Desde el momento en que este simple aparato comenzó á funcionar, cesó por completo el estancamiento de la orina en el bajo fondo de la vejiga y la fiebre de absorción desapareció enteramente.

Como se ve, el medio es bien simple y hasta tal punto, que temo que tal vez algunos de mis respetables consocios encuentren el asunto de que me he ocupado demasiado trivial; pero en las circunstancias que lo he empleado sus resultados han sido tan ventajosos, tan rápidos y tan sostenidos, que no he vacilado en aconsejar su empleo en igualdad de circunstancias.

Yo me valí de sonda estomacal porque la tenía, por decirlo así, á mi alcance; pero llegado el caso podrán utilizarse en el mismo sentido los tubos de canalización que empleamos comunmente, uniéndolos por medio de una solución de caoutchouc y se obtendrá el mismo funcionamiento.

Así pues, sencillez del medio, facilidad de aplicación y resultados seguros é inmediatos, tales son en resumen las cualidades que hacen de él su mejor recomendación.

México, Octubre 17 de 1894.

FRANCISCO DE P. CHACÓN.

ACADEMIA N. DE MEDICINA.

Sesión del día 1º de Mayo de 1895.—Acta núm. 30.—Aprobada el 8 del mismo mes y año.

Presidencia del Sr. Dr. D. José María Bandera.

Se abrió la sesión á las siete y veinticinco minutos de la noche.

No habiendo lectura de Reglamento el Sr. Presidente invitó á los señores socios para que hicieran alguna comunicación.