

y obrar y la modalidad del medio que esté en consonancia con su manera de existir.

El camino es amplísimo;..... marchen por él los experimentadores y los sabios; son los únicos que pueden luchar y obtener, los solos que pueden inquirir con fruto positivo para la ciencia.

México, Abril 3 de 1895.

FERNANDO MALANCO.

---

## CIRUGIA.

---

Cálculo vesical.—Extracción por medio de la talla hipogástrica.—Reunión de la herida vesical por primera intención.

**L** 25 de Diciembre pasado se presentó á la consulta el joven P. D. de origen turco, de 21 años de edad, quejándose de un padecimiento vesical, cuyo principio remontaba evidentemente á la primera infancia, porque desde entonces le llamaba con violencia la orina, pero los principales padecimientos los refiere á la edad de 8 años: le venían accidentes de retención, durante los cuales ó no corría la orina ó salía gota á gota y con grandes sufrimientos; esto duraba tres ó cuatro días; venía un intervalo de relativo descanso que duraba tres ó cuatro meses, para reproducirse los mismos accidentes. Los accesos han ido siendo más y más frecuentes y últimamente se repetían todas las noches y habían puesto al enfermo en tal excitación nerviosa que quería verse libre de ellos á toda costa.

Apenas introduje la sonda exploradora sentí desde luego un cálculo rugoso. El análisis de la orina demostró el predominio del ácido úrico y este dato unido á los antecedentes que dejo mencionados hacían suponer que el cálculo sería úrico. Intenté medir las dimensiones del cálculo, pero por donde quiera que lo tomaba con las ramas del litotritor, me daba 2 centímetros y medio ó 3 cuando mucho—explicaré más tarde esta circunstancia;—pero yo no podía convencerme de que un cálculo que existía seguramente desde hacía 13 años y quizá desde el nacimiento, no tuviera mas que el diámetro que dejo señalado. Cuando intentaba abrir ampliamente el litotritor, la irritabilidad de la vejiga se despertaba, arrojaba la

orina y no me permitía continuar la exploración. Las que había hecho me demostraron que no era blando, así es que no podía extraerlo por medio de la litholapaxia. Ya diré más tarde las razones que me hacían temer que el cálculo fuera más grande que la medida que de él me daba el litotritor: no era pues prudente intentar la extracción por la vía perineal y me decidí por la suprapúbica.

Sometí al enfermo al uso de los baños de asiento por mañana y noche, le recomendé que tomara cada día un baño tibio general y le sujeté al uso de los bromuros para disminuir la excitabilidad vesical. El día 31 del mismo mes de Diciembre le operé de la manera que voy á indicar.

Se desinfectó el cuarto en donde se iba á hacer la operación; se desinfectaron las ropas y lienzos que habían de servir al enfermo á quien se desocupó el intestino recto por medio de una lavativa.

Con el inteligente auxilio de mis amigos los Sres. Dres. Hurtado, Bernáldez y Ruiz Erdozain, se procedió de la manera siguiente:

Se rasuró el pubis, se hizo la asepsia del campo de la operación; por medio de la sonda blanda se evacuó la orina y se lavó la vejiga con una solución bórica hasta que la consideramos completamente desinfectada. Sustituímos la sonda blanda con una metálica de llave, por ella introdujimos 150 gramos de la solución bórica. Cloroformado el enfermo, el Sr. Ruiz Erdozain, que no debía intervenir directamente en la operación, se encargó de introducir en el recto el globo de Petersen, en el cual hicimos entrar lentamente 300 gramos de agua tibia; cerrada la llave del globo, pusimos en la vejiga otros 150 gramos de la solución bórica; cerramos la llave de la sonda y la sujetamos contra la uretra para que el líquido no pudiera refluir entre aquella y la sonda.

Hice una incisión de diez centímetros, en la línea media del vientre, que llegó hasta el pubis; corté las capas siguientes lentamente, estancando la sangre á proporción que brotaba; llegando al tejido célula-adiposo subperitoneal, lo levanté para proteger el peritoneo que quedaba á la vista en el fondo de la herida, separé con ganchos los bordes de ésta y cerciorado por la percusión de que había llegado á la vejiga, hice una punción por donde comenzó á brotar el líquido contenido en ella; en ese momento quité la sonda metálica, introduje el dedo, y sirviéndome de él como conductor hice en la vejiga una incisión longitudinal de 6 centímetros. Por medio de la aguja de Reverdin pasamos dos hebras de seda gruesa en cada uno de los bordes de la herida que nos servirían, conforme al consejo de Guyon, para que no se hundiera la vejiga y para mantener separados los

bordes. Entonces pude ver y sentir el cálculo: lo abracé con las ramas de una tenaza grande que nos sirvió además para proteger los labios de la herida; y por medio de tracciones suaves extraje el cálculo que voy á presentar á la Academia.

Lavamos abundantemente la herida y la vejiga con solución de ácido bórico; por la uretra introdujimos una candelilla de punta olivar, y cuando salió por la herida le sujetamos por medio de un hilo la sonda de Pezzer y arrastramos ésta á lo largo de la uretra hasta que su expansión terminal se adaptó al cuello de la vejiga. Hicimos pasar una corriente de la solución bórica á la vejiga y cuando vimos que salía libremente por la sonda, sujetamos ésta á la manera ordinaria.

Tomando la porción mucosa de los bordes de la herida vesical, la invertimos hacia dentro é hicimos el primer plano de suturas con hilos de catgut que cortamos al ras; esta parte de la operación no fué laboriosa sino al fin, cuando pusimos el último punto; y hasta asegurarnos de que quedaba enteramente cerrada la vejiga, procedimos á colocar el segundo plano de suturas en todo el resto del espesor de la vejiga; suturas que hicimos con seda aséptica. Para cerciorarnos de que estaba completamente cerrada la vejiga hicimos una inyección por medio de la sonda y el líquido todo salió por ésta.

Procedimos á la sutura de la pared del vientre por medio de tres planos de suturas, pasando el primero por la aponeurosis, el segundo por los músculos—estos dos con hilos de catgut;—el siguiente que comprendía la piel, el tejido subcutáneo y una parte de los músculos, se hizo con hilo de seda.

Dejamos intencionalmente sin suturar la parte más baja de la herida del vientre, la que corresponde á la cavidad de Retzius, en donde colocamos una tira de gasa yodoformada para hacer el drenaje de la herida. Se procedió de esta manera para que en caso de que desgraciadamente fallara uno de los puntos de la sutura vesical, la orina no se infiltrara en el tejido celular, sino que encontrara una salida más fácil por la pequeña porción de la herida que dejamos sin sutura.

Pusimos encima de la herida algunos fragmentos de gasa yodoformada; sobre ésta una gruesa capa de algodón hidrófilo que sujetamos con una venda de franela en forma de espica doble de la ingle.

Colocamos al enfermo en su cama y no pusimos el tubo doble de hule que aconsejan Guyon y Albarrán, para que la orina caiga directamente en una vasija que contenga solución de ácido fénico, por temor de que

el peso de este tubo pudiera sacar la sonda de la vejiga en un movimiento intempestivo del enfermo, á pesar de que ésta estaba asegurada al pene por medio de cuatro hilos y por dos circulares de la tela adhesiva americana. Para llegar al resultado de que el enfermo no se moje con la orina colocamos la extremidad de la sonda en la bolsa de un irrigador que sujetamos al vendaje y el tubo de aquel penetraba en una botella que tenía una pequeña cantidad de solución de ácido fénico.

Fuera de los vómitos y náuseas propios del cloroformo, el enfermo no tuvo otro accidente el día de la operación. En las primeras 22 horas que siguieron á esta, se recogió litro y medio de orina de aspecto natural y sin sangre.

Al día siguiente el enfermo se quejó de ligero dolor en la herida y la temperatura subió á 37°5. Me expliqué estos dos accidentes porque el enfermo había hecho movimientos que habían restirado los puntos de sutura de la pared del vientre, y como le encontré acostado de lado, temí que la orina se hubiera puesto en contacto con los bordes de la mucosa que habían quedado invertidos hacia adentro y se hubiera absorbido una pequeña cantidad. Recomendé al enfermo una quietud completa en la actitud supina y el accidente no se volvió á repetir.

En los dos días siguientes la temperatura volvió á elevarse durante el medio día, en uno á 37°5 y en el otro á 37°8; pero como el acceso duraba poco tiempo y coincidía con algún crecimiento en el bazo, le administré una dosis de quinina.

La orina que siguió arrojando el enfermo en estos días y en los siguientes eran 1,750 gramos más ó menos, en 24 horas.

Al quinto día de la operación nos cercioramos de que la presencia de la sonda había determinado una uretritis y el pus salía entre la sonda y la uretra. Los lavatorios que le hacíamos todos los días nos convencieron de que el pus no salía de la vejiga sino de la uretra.

El sexto día después de la operación seguía saliendo pus á lo largo de la uretra y resolvimos quitar la zonda de Pezzer. Para no infectar la vejiga procedimos de la manera siguiente: lavamos el prepucio, que estaba impregnado de pus, inyectamos por la sonda 60 gramos de solución bórica y seguimos lavando con esta pequeña cantidad para no extender demasiado la vejiga; tiramos de la sonda que salió con la mayor facilidad y nos cercioramos con satisfacción de que no tenía depósito alguno salino; lavamos entonces la uretra y exprimiendo con los dedos llegamos á asegurarnos de que ya no existía pus en la uretra; entonces introdujimos una sonda de Nélaton núm. 24 y con el objeto de desinfectar la vejiga inyectamos

por la última vez una solución débil de bicloruro de mercurio; á pesar de su debilidad causó un dolor y ardor tan vivos al enfermo, que nos vimos obligados á ponerle una inyección de morfina, que lo calmó muy pronto.

El séptimo día levantamos la curación de la pared del vientre y encontramos la herida cicatrizada, excepto en la parte en donde habíamos dejado la gasa yodoformada; sacamos esta con mucho cuidado y nos convencimos de que la herida vesical quedaba perfectamente cicatrizada y granulosa y de buen aspecto la cavidad de Retzius. En ésta pusimos un tubo delgado de canalización; quitamos dos de los puntos superficiales de la sutura de la pared del vientre y aplicamos una curación semejante á la primera.

El noveno día renové la sonda de Nélaton con las mismas precauciones que la vez primera. Lavé la vejiga con la solución bórica, pero aumentando cada vez la cantidad de agua á 80, 100, y 120 gramos, con el objeto de ensayar la extensibilidad de la vejiga.

El duodécimo día, después de los lavatorios acostumbrados dejamos cierta cantidad de agua y retiramos la sonda para probar si el enfermo podía arrojar el líquido por la micción. Desde ese día, ésta se ejecuta con regularidad cada tres horas durante el día y una sola vez en la noche. La uretritis ha desaparecido. La herida abdominal está cicatrizada; la cavidad de Retzius está también cicatrizada.

La pieza que presento á los Señores miembros de la Academia es un bellissimo ejemplar de cálculo mural: es de forma esferoide, ligeramente aplanado en los polos, se compone de una sustancia compacta de color blanco amarillento que recuerda el color del hueso de aguacate, que forma el nucleo muy grande, cuya superficie es mamelonada y está erizada de pequeñas vegetaciones ó asperezas muy duras, abrigantadas, de color oscuro, que contrastan con el fondo amarillento y diseminadas con cierta simetría en los dos hemisferios del esferoide. El Sr. D. Morales tuvo la bondad de estudiar el cálculo y proporcionarme los siguientes datos:

Pesa 51 gr. 112.

Sus diámetros son respectivamente 0<sup>m</sup>040 y 0<sup>m</sup>035.

Su volumen es 28<sup>cc</sup>677.

La densidad es 1.788.

La parte central de blanco amarillento se compone de fosfato, amoníaco magnesiano, fosfato de cal, algunos uratos y moco. Los mamelones están formados de urato de sosa y de cal y de ácido úrico. El oxalato de cal está en muy corta cantidad.

La inspección del cálculo demuestra que es posible tomar entre las ramas del litotritor no el cálculo entero, sino los mamelones y esto explica por qué tuvimos dos y tres centímetros de diámetro al tocarlo dentro de la vejiga.

La dureza y volumen del cálculo hacían necesaria la talla hipogástrica.

Por lo expuesto se ve que es posible realizar el ideal de esta operación abriendo la vejiga para sacar el cálculo y reuniendo después la herida por un doble plano de suturas con el objeto de obtener la cicatrización de primera intención; con tal de que se haga la canalización de la vejiga por medio de la sonda de Pezzer ó por cualquier otro medio que se invente en el porvenir, que permita la salida incesante de la orina sin que se acumule en la vejiga.

Suplico al señor Presidente se sirva nombrar una Comisión que examine al enfermo, quien bondadosamente se ha prestado á ser presentado á la Academia.

Como se verá el enfermo está enteramente curado después de 16 días de la operación.

México, Enero 16 de 1895.

E. LICÉAGA.

---