

CLINICA QUIRURGICA.

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE LAS TALLAS VESICALES EN EL NIÑO Y SOBRE EL MANUAL OPERATORIO DE LA TALLA SUPRA-PUBICA

Memoria, que para optar á la plaza de Cirujía, vacante en la respetable Academia N. de Medicina, tiene la honra de presentar el
DR. GERMAN DIAZ LOMBARDO.

No es ciertamente por cumplir una fórmula por lo que me dirijo á esa H. Academia solicitando su benevolencia antes de presentar mi tesis, sino porque la respetabilidad de dicha Corporación se impone á todo el mundo y mucho más á aquellos que, como yo, figuran en las filas más humildes de los que practican la Medicina.

Ciertamente hubiera reprimido mis ardientes deseos por entrar en esta oposición, si no pensara que todo hombre tiene la imperiosa obligación de trabajar, sin medir los obstáculos, teniendo por mira el adelanto y por guías la honradez y el trabajo.

Convencido de que en el seno de esa Academia se recogen enseñanzas de inestimable valor, me he sentido impulsado á procurar pertenecer á ella, para buscar un lugar más en donde ilustrarme, sin que sea la confianza en mí mismo lo que me lleva á este certamen.

Ruego, pues, á los Honorables Señores Académicos que al leer mi Memoria, la consideren como un modesto esfuerzo que hago en mi vida de estudio y de trabajo.

*
* *

Como los casos de cálculos vesicales que me ha sido dado operar en este año no son numerosos para presentarlos en forma de estadística, y como nada tienen que los haga particularmente interesantes, no consigno en esta Memoria sus historias, porque sería fatigar inútilmente la atención; pero, aprovechando el estudio que hice cuando operé á cada uno de estos enfermos, me propongo hablar algo sobre el tratamiento de los cálculos vesicales en el niño y el manual operatorio de la talla supra-pública.

De los diversos métodos operatorios que hay para tratar los cálculos vesicales en el niño, indudablemente que el que más satisfaría sería la litotricia, si no existieran los inconvenientes de tener que usar instrumentos muy débiles para hacer la trituración y muy gruesos para hacer la aspiración de la piedra triturada. No obstante esto, hay algunos lugares

(India Inglesa) en donde la calculosis vesical es muy frecuente en los niños, y en donde la litotricia se practica en ellos con frecuencia. No pudiendo dar detalles respecto al manual operatorio, á las condiciones de los enfermos, ni á la clase de instrumentos que se usen para practicar la litotricia, no me será posible discurrir este procedimiento operatorio; pero sí debo consignar dos razones que hay para explicar los éxitos de los cirujanos de la India en sus litotricias en el niño. Morelli, por una parte, cree que en esas regiones los niños alcanzan más pronto su completo desarrollo sexual, y por esto explica que en ellos se puedan usar instrumentos gruesos, que en nuestras ciudades no pueden usarse. Por otra parte, Otis, cree que en el niño, como en el adulto, se puede aumentar el tamaño del diámetro menor de la uretra, y asegura que la relación entre la circunferencia del pene y el diámetro de la uretra que ha demostrado en el adulto, existe en el niño.

La primera razón, la de Morelli, no puede ser discutida, porque se funda en hechos de observación personal que no podemos nosotros someter á comprobación, y además nos trae poca ventaja, puesto que se trata de un carácter de los órganos sexuales meramente local; no así la observación de Otis, esa debe estar fija en nuestra mente, pues si fundados en ella conseguimos poder introducir instrumentos un poco más fuertes y aprovechamos debidamente la contracción vesical como fuerza expulsiva, podremos dedicarnos á practicar la litotricia en el niño y conseguir que en él, como en el hombre, sea el método de elección.

Careciendo de observación personal de hechos, propios ó extraños, no puedo extenderme en estudiar la litotricia en el niño pero al manifestar mi simpatía por este procedimiento, que en el adulto me ha dado éxitos, me parece conveniente señalar el papel importante que debe desempeñar la litotricia en el niño.

Antes de entrar de lleno en la discusión sobre la indicación de las diversas tallas, debo manifestar que, como deseo tratar el asunto de una manera general, no haré un estudio detenido de la anatomía patológica de la calculosis vesical por el temor que me asalta de ser demasiado cansado. Tomaré, pues, únicamente los datos que crea necesarios para formar mi juicio, apresurándome una vez más á solicitar vuestra benevolencia, si incurro en error siguiendo este plan.

El paralelo que hago entre las tallas, lo emprendo dividiendo éstas en dos grupos: por una parte la ta-

lla supra-pública, por la otra, las diversas fallas perineales.

Juzgando primeramente por la región anatómica que se tiene que atacar al practicar cada una de dichas operaciones, debo señalar cuáles son los detalles que presenta cada una de ellas, dignos de tomarse en cuenta, para apreciar la dificultad y gravedad que presentan.

Al practicar la talla supra-pública, el peritoneo y la cavidad de Retzius son los detalles anatómicos en los cuales tiene que fijarse el cirujano de una manera preferente. Menciono la cavidad de Retzius, no porque sea delicado el atacarla, sino porque es esencial el canalizarla bien al terminar la operación; de manera que no es este un detalle que se refiera á la importancia de la intervención en el momento de emprenderla, sino á la curación posterior. Creo que no debo insistir demasiado, hablando del peritoneo, en la tolerancia que presenta este órgano cuando se le trata delicadamente, tanto porque es ya corriente en cirugía que el peritoneo es un órgano que soporta maniobras cuidadosas, cuanto porque en la talla supra-pública, apenas si se le toca, y esto se hace para protegerlo y alejarlo del campo operatorio. Sólo en un caso, cuando es necesario practicar la talla transperitoneal, puede ser atacado de una manera más seria; pero entonces, lo repito, tratándolo con las precauciones de asepsia necesarias, no se agrega una gravedad importante á la talla supra-pública. Antes de abandonar la región de la talla supra-pública, recuerdo que la vejiga en el niño tiene mucha parte en el abdomen, lo que da mayor facilidad para llegar á ella en el niño que en el adulto.

En la anatomía de las tallas perineales en el niño, hay dos detalles que sí dan gravedad á la operación. Sobre uno de ellos, nada puedo decir apoyado en hechos: me refiero á la posible sección de los canales eyaculadores. Sobre el otro, el recto, sí puedo asegurar que ha habido casos de perforación de este órgano al practicar algunas de las tallas perineales.

No creo que la falta de hechos confirmados de importancia por sección de los canales quite su importancia á esta consideración, porque es una idea que teóricamente se impone por el estudio de la región anatómica y porque quizá la falta de esos hechos sea debida á la imposibilidad de seguir en su desarrollo á los niños operados.

Por lo que corresponde á la perforación del recto, se puede decir que es una complicación, unas veces leve, otras grave, según la altura, el tamaño de la perforación y otras circunstancias. Pero, de todos

modos es una complicación, debida unas veces á la torpeza del cirujano y siempre á los detalles anatómicos de la región.

La anatomía coloca, pues, en lugar ventajoso á la talla supra-pública sobre las perineales.

Para juzgar desde otro punto de vista el paralelo entre las tallas, creo necesario recordar algunos datos sobre los cálculos y la vejiga. Los datos de los cálculos que me parece más útil tener presentes al elegir entre las tallas, son: su tamaño, forma, número y situación en la vejiga.

El tamaño es quizá el carácter más importante del cálculo y es también de los caracteres más variables, siendo, por fortuna, de los más fáciles de apreciar antes de abrir la vejiga: sin embargo, no son raras las sorpresas que algunos cálculos han dado á los cirujanos que los han extraído. La condición que impone el tamaño del cálculo á la talla, es la de que facilite un paso bastante amplio, esto es, superior á uno de los ejes del cálculo, más el espesor del instrumento con que se le extrae de la vejiga.

Si bajo esta relación juzgamos á la talla perineal, tendremos que decir que sólo es practicable en los casos de cálculo pequeño, pues aun teniendo en cuenta la dilatabilidad de la región, no puede hacerse pasar por ella cálculos de tamaño mediano ó grande. Por lo contrario, por la herida que da la talla supra-pública pueden pasar todos los cálculos, menos los excepcionalmente grandes.

La forma del cálculo es importante porque en algunos casos las dificultades que hay para su extracción dependen de su forma; pero es un carácter que dá pocas indicaciones, entre otras razones, porque es difícil de ser conocido antes de abrir la vejiga.

Es también importante conocer el número de cálculos que existen en la vejiga, pero en realidad su importancia reside en poder apreciar los caracteres de cada uno de ellos aisladamente; es decir, saber si hay cálculos grandes y chicos.

La situación del cálculo en la vejiga es indudablemente muy útil conocer al decidir el camino por seguir, siendo este carácter con el tamaño del cálculo, los datos que más debe valorizar el cirujano.

Cómo es sabido, los cálculos ó están libres ó están enclavados, ya sea en alguno de los orificios naturales de la vejiga, ya sean en una cavidad nueva formada por alteraciones patológicas de anatomía y fisiología; también se pueden observar adheridos á las paredes de la vejiga; pero esto se observa más en los casos de arena vesical que en los de cálculos.

En el niño, por las condiciones de su edad, rara vez se observan esas cavidades llamadas celdillas vesicales y en donde frecuentemente se alojan los cálculos del adulto; pero, en cambio, no es raro observar cálculos enclavados en el cuello de la vejiga, como lo prueba, entre otras estadísticas, la práctica de los Sres Dres. Licéaga y Hurtado.

Como se ve, es importante elegir un camino apropiado para los casos de cálculos enclavados, y si desde este punto de mira juzgamos á la talla perineal, tendremos que decir que es una vía inapropiada, confirmando ésto con los hechos, en los que habiendo practicado talla perineal, se ha tenido que practicar la supra-púbica para poder extraer cálculos enclavados en el cuello de la vejiga.

En atención, pues, á los diversos caracteres y circunstancias que se encuentran en los cálculos, la talla supra-púbica es más generalmente aplicable, puesto que la indicación única de la talla perineal puede formularse con relación al cálculo, diciendo: que es practicable sólo en caso de cálculo pequeño y libre en la cavidad vesical. Es difícil indicar la dimensión exacta que debe tener el cálculo para que su paso sea fácil por la vía perineal, pero quizá no sea exagerado fijar centímetro y medio como máximo de su eje menor, para que la extracción no sea laboriosa: de manera que al practicar la talla perineal, como operación de elección no sólo debe tenerse la seguridad de que uno de los ejes es de corta dimensión, si no de que se podrá hacer su prehensión por ese eje menor.

El estudio del estado de la vejiga da también indicaciones en favor de una ú otra de las tallas.

Habiendo dicho que en el niño es rara la formación de celdillas vesicales, y considerando que el desarrollo más ó menos marcado de las fibras musculares no influye en la elección de procedimientos, no insisto sobre los múltiples detalles anatomo-patológicos de la vejiga, recordando únicamente la división clínica, que en el caso me parece oportuna, entre calculosis sin infección de la vejiga y calculosis con infección de este órgano. Creo útil esta división, porque dirige los esfuerzos del cirujano por dos caminos perfectamente definidos. Si no hay infección ó si ésta no es muy marcada, debe procurarse la primera intención en la herida de la vejiga, y en la de los demás planos; si la infección es avanzada, no debe procurarse esta primera intención. Muy interesante es la discusión de la manera como se hace la infección de la vejiga en los casos de calculosis vesical; seguramente que si me fuera posible, recorda-

ría aquí los importantes estudios y observaciones que han hecho varios sabios sobre esta cuestión, que en estos momentos es una de la más interesantes de la Cirugía urinaria; pero esto me desviaría del objeto de mi estudio. Sin averiguar, pues, si la infección ha partido de la uretra, si ha sido provocada por maniobras instrumentales, si ha seguido la vía descendente ó si se ha hecho por la circulación general; y sin detenerse tampoco en saber si esta infección ha sido producida por el gonococcus, el estreptococcus, el bacillus de Koch, el bacillus Colli etc. etc; señalo el hecho de que hay calculosis vesical con infección y sin infección.

Queda por resolver esta cuestión que naturalmente se pone: ¿Qué casos son más frecuentes, aquellos en los que hay infección ó los en que no la hay?

Con datos estadísticos respecto á la calculosis vesical en el niño y respecto á la infección general de la vejiga, se puede decir: que la mayor parte de los cálculos vesicales en el niño, existen en vejigas libres de infección; esto hace pensar en la primera intención, en la mayor parte de las cistotomías practicadas en el niño para extraer un cálculo.

Ahora bien, la talla perineal no facilita esta primera intención, porque los planos por suturar están muy profundos y porque están contundidas la superficies que deben afrontarse. Para comprobar esta imposibilidad, se pueden citar los fracasos que ha habido en las tentativas de sutura en la talla perineal.

Con objeto de decidirse con más fundamento en favor de la sutura inmediata, se debe investigar si por este recurso se acorta el tiempo de curación ó si ésta es tan larga como en el caso de que no se emprenda la primera intención. La impresión que he podido formarme por lo que he visto y por lo que he consultado, es la de que realmente se acorta por medio de la sutura el tiempo de curación.

Si se acepta que la generalidad de los casos en el niño son casos sin infección, ó con infección poco marcada y que por esto es aplicable la sutura inmediata, resulta que, considerando á las tallas en relación con el estado de la vejiga, debe reconocerse á la perineal como la menos indicada ó para mayor precisión, como contra indicada.

Toca estudiar ahora la indicación de las tallas en los casos en que existe infección. Para estos casos, además de las condiciones de acceso fácil á la vejiga y paso franco al cálculo, que deben llenar las tallas, hay otras dos que es muy importante que tenga la operación por elegir: canalización perfecta de la

vejiga y ausencia posterior de fístulas urinarias. Por lo que se refiere á la canalización, creo que se puede decir que es tan perfecta por la vía perineal como por la suprapúbica; pero también me parece muy importante señalar que en el niño la canalización por la uretra es muy fácil, lo que quita importancia á este asunto respecto á las tallas.

Se recordará que en el adulto esta canalización por la uretra es difícil, porque se desarrolla una inflamación en el canal que hace intolerable la permanencia de la sonda en él; cierto que usando de grandes precauciones de asepsia y antisepsia con la sonda y el canal se puede conseguir que éste soporte un poco más; pero, sin embargo, pronto se hace intolerante. En el niño, por lo contrario, se observa gran tolerancia de su canal para la sonda. ¿Será debido esto á la dificultad de encontrar un canal adulto libre de infección blenorragica ó post blenorragica? Sin discutir el punto, señalo aquí lo que consignan varios operadores: que dada la tolerancia de la uretra del niño, es ésta la vía por donde se debe canalizar la vejiga, cualquiera que sea la talla practicada.

En cuanto á las fístulas consecutivas, se puede decir que en ambas tallas pueden formarse; pero que quizá son debidas á causas que pueden evitarse. Para la talla perineal la permanencia prolongada de la canalización por el ojal ó la canalización insuficiente por la uretra, pueden dar lugar á fístulas, que sin estas causas no se hubieran formado. Para la suprapúbica puede señalarse como causa de fístula, la sutura que se hace de las paredes de la vejiga con las paredes abdominales. Sobre este punto quisiera detenerme un poco, pero siéndome imposible por el plan de mi estudio, me limito á decir que, dada una canalización correcta de la vejiga, no debe practicarse esta sutura por innecesaria, cuando no perjudicial. Creo, pues, que dada la infección de la vejiga, y teniendo esto como un elemento de juicio, se pueden considerar como igualmente indicadas las tallas suprapúbica y perineal.

Con el temor de haber fatigado la atención de ustedes, y con el deseo de no violar las enseñanzas de la clínica, me permito resumir las indicaciones de las tallas en dos proposiciones: 1ª la talla perineal está indicada en los casos de cálculo pequeño con infección de la vejiga. 2ª La talla suprapúbica está indicada en todos los casos de cálculo vesical de tamaño mediano ó grande con vejiga libre de infección.

Para completar los elementos de juicio, cito una estadística que por cierto es contraria á la talla suprapúbica; pero que por reunir casos de varios ciru-

janos es interesante: es la estadística de Cabot y Barling, que dan: seiscientos dos casos de talla perineal con diez y nueve muertos, ó sea el 3,1% y seiscientos treinta y siete casos de talla suprapúbica, ó sea 13%; esta estadística comprende casos operados de 1878 á 1892.

Seguramente que ni de esta estadística, ni de ninguna otra de las publicadas hasta hoy, podría yo sacar alguna razón en favor de la talla suprapúbica, y si consigno estos datos aquí, no es por cierto para fundar mis ideas anteriores, sino para procurar ser menos incompleto en mi trabajo. Deseo, sin embargo, hacer una observación á estas estadísticas que, aun cuando pudiera parecer hija de una idea preconcebida, ha venido á mi mente rodeada de la mayor despreocupación; esta observación es la siguiente: El manual operatorio de la talla perineal estaba perfectamente establecido, en los años que abarca la estadística, en tanto que el manual operatorio de la talla suprapúbica empezaba á estudiarse nuevamente. Cabe pensar que la superioridad de la talla perineal sea debido á la mayor perfección con que se practicaba esta operación en los tiempos á que se refieren las estadísticas publicadas.

Si me es permitido manifestar la impresión personal que guardo respecto á la mortalidad de la talla suprapúbica, diré: que tanto por las tallas que he practicado, como por las que he visto practicar, creo que actualmente no tiene esta operación un tanto por ciento elevado. Desgraciadamente, lo repito, estos casos son poco numerosos para ser presentados como estadística, aun cuando sí forman un criterio personal. Esto, por lo que toca á la mortalidad de las tallas; por lo que mira á la facilidad de la operación, á la disminución de los días de curación posterior, al restablecimiento perfecto del enfermo (sin fístulas), factores muy interesantes para decidir en favor de una ú otra talla, puedo decir que los datos que he encontrado son totalmente insuficientes.

* * *

MANUAL OPERATORIO DE LA TALLA SUPRA-PUBICA.

No me parece interesante detenerme en cada uno de los tiempos operatorios de la talla suprapúbica. Por ejemplo, creo ocioso discutir la dirección que debe darse á la incisión cutánea, si debe ser longitudinal ó transversal, pues en éste como en otros puntos están perfectamente definidos y marcadas con exacti-