

Power

58-4

81-1-C-3

~~Mr. Johnson~~
~~Mr. Oliver~~
~~Mr. F. G.~~

1802

ca. 8400
(1802)

M E M O R I A

del

Doctorado en Medicina y Cirujía,

de

Benito Pazos Gonzalez.

α533820595

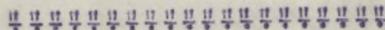


UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313214093

Valor clínico de la sonda permanente en las
afecciones de la uretra, próstata
y
vejiga.



Técnica de la sonda permanente, y precauciones que requiere su manejo.

Antes de tratar de las ventajas e inconvenientes de la sonda permanente, consideramos, por razón de método y para evitar repeticiones inútiles, ocuparnos primeramente, con los detalles que su importancia requiere, de las reglas que deben presidir á su empleo, las cuales se refieren á los puntos siguientes:

Elección de sonda;

Manera de colocarla en su punto;

Modo de fijarla, y

Mantener su buen funcionamiento.

Elección de sonda. - La sonda preferible, será aquella que, por su construcción y naturaleza, permita obtener un drenaje per-

fecto de la vejiga; sea lo suficientemente flexible para amoldarse á la dirección del canal uretral, y tenga resistencia bastante para no dejarse aplastar, sobre todo en el trayecto prostático, algunas veces muy irregular.

Bajo estos diversos puntos de vista, la sonda de caucho vulcanizado, llamada de Nelaton, aunque muy flexible y de bastante resistencia, adolece del grave defecto de tener un diámetro interior relativamente pequeño. Guyon la rechaza por considerarla insuficiente para el desagüe vesical y dice "que no debía tener la preferencia que algunos cirujanos le conceden, pues nada la justifica!" Esta sonda es casi la única que para el cateterismo permanente vemos emplear en la clínica del ilustre especialista Dr. Rodríguez Viforcos, y por lo tanto, la que mejor conocemos en sus resultados, los cuales son bastante satisfactorios.

Se usa ordinariamente el N° 21 para los prostáticos infectados y el 18, después de la uretrotomía interna. El desague es suficiente desde el N° 18 en adelante; en las cistitis con abundante secreción de mocopus, algunas veces se obstruyen, y lo mismo cuando hay hematurias, pero, en estos casos, también las otras sondas exigen grandes cuidados. Sin embargo, es preciso confesar que las sondas de paredes delgadas y, por consiguiente, de mayor calibre interior, de las que algo nos ocuparemos, proporcionan un desague, si no más completo, por lo menos bastante más seguro; pero aparte de esto, las sondas de caucho vulcanizado de Nelaton tienen sobre ellas algunas ventajas muy dignas de ser tenidas en cuenta, que son: Su poco coste, que permite sustituirlas con más frecuencia; se incrustan con menos facilidad de los fosfatos, carbonatos y uratos de la orina; resisten sin alterarse el agua hirviente.

do y los antisépticos químicos enérgicos; y por último, son las que causan menos irritación sobre las paredes uretrales.

Sondas acodadas de Mercier.

Las sondas acodadas de goma, útiles sobre todo en los prostáticos, deben ser flexibles, de paredes delgadas, con un gran calibre interior y estar provistas de dos ojos anchos situados en la porción encorvada para que no sean obturados por las paredes vesicales. Como todas las sondas de goma, es bastante fácil mantenerlas en buena posición. Su consistencia es bastante firme para que no se aplasten en el trayecto prostático en los casos de hipertrrofia, donde está mas indicado su uso, por la facilidad de introducirla, ya sola, ya armada de mandrin.

Sondas de Pezzer.

Son de caucho vulcanizado y tambien de gran calibre in-

terior y paredes delgadas, flexibles y resistentes. La principal ventaja de estas sondas es la de poder fijarse por sí mismas, mediante un ensanchamiento ó capuchón que tienen en su extremidad vesical, el cual queda aplicado contra el cuello de la vejiga al retirar un poco la sonda. Se construyen de dos formas: una de capuchón cónico con orificio central, cuyo vértice truncado se continúa con el cuerpo de la sonda, que se estrecha progresivamente hasta el pabellón; es la preferible para el cateterismo retrógrado. En el otro tipo, el capuchón tiene la forma de un doble cono, unidos por sus bases; está provisto de dos orificios laterales separados por un espesamiento de la pared, en el cual se apoya el mandril con el que se distiende el capuchón en el momento de introducirla. Estas sondas las recomiendan tambien Guyon y Michon en los prostáticos, pero con una pequeña modificación que consiste en un

ligero refuerzo en la pared, en una extensión de 10 centímetros á partir del capuchón, para evitar que se aplasten en el trayecto próstático.

Tambien son autofijables, entre otras, la de Malecot y la de Amonic con aletas laterales en la extremidad vesical.

Las sondas-bujías de extremo olivar, aunque de fácil introducción, no son bien soportadas, porque aparte de su mayor rigidez, tienen el ojo muy distante del pico olivar y por lo tanto, exigen para su buen funcionamiento estar demasiado introducidas en la vejiga. Por consiguiente, cuando sea imprescindible su empleo, debe mantenerse colocada el menor tiempo posible, como aconseja Guyon.

Las sondas de seda, son todas detestables, porque se reblandece el barniz, se descaman y lastiman la uretra.

Sondas metálicas. - Estas solo en casos muy excepcionales

pueden dejarse permanentes, porque son demasiado pesadas y producen fácilmente alteraciones por compresión en el cuello de la vejiga en el punto de la pared vesical en contacto con su pico, así como tambien en la uretra. Si la introducción de instrumentos blandos tropieza con grandes dificultades y sólo al fin se consigue introducir una sonda de plata, por ejemplo, no hay grave inconveniente en dejarla como sonda permanente, siempre el menor tiempo posible por los inconvenientes antes dichos. Pero es muy raro que cuando se pueda introducir una sonda metálica, no pueda lograrse tambien conducir hasta la vejiga una sonda blanda del mismo calibre, armada de un buen mandril y con la curva apropiada.

Una cuestión muy importante y ligada á la elección de la sonda, es la que se refiere al calibre. No puede fijarse este de un modo general, porque varía en cada caso particular: es nece-

sario conocer previamente el calibre de la uretra pasando el explorador olivar de Guyon; el número de la sonda, será el del explorador que pase sin esfuerzo. En todos los casos, dice aquel insigne maestro, una de las condiciones esenciales que hacen inofensiva la sonda permanente, es la buena adaptación del canal y del instrumento. Los prostáticos de uretras flojas, soportan fácilmente el N° 21 de la hilera Charriere; pero si se trata de uretras poco anchas ó induradas, puede desde luego ser utilizada una sonda de diámetro más pequeño, según los datos proporcionados por el explorador, que, al cabo de 24 ó 48 horas, podrá ser sustituida por otra de mayor calibre. Si la estrechez exige la uretrotomía interna y está indicada la sonda permanente por otra causa, debe practicarse dicha operación para poder colocar una sonda de suficiente calibre.

Colocación de la sonda en su punto.

Es necesario para obtener de la sonda todo el resultado posible, que funcione de una manera regular y que por lo menos la vejiga se mantenga vacía mientras aquella esté colocada. Se trata de suprimir su función de reservorio, para lo cual es preciso que la sonda esté colocada en cierta posición que solo por tanteos puede conseguirse; he aquí como se procede: Introducida la sonda en la vejiga, sale la orina por ella bajo la forma de chorro con más ó menos fuerza; cuando ha cesado de correr, se la retira un poco hacia el cuello. Ordinariamente, vuelve á salir entonces un pequeño chorro; es que la sonda estaba demasiado introducida. Si en esta situación sigue saliendo gota á gota y de una manera continua, es posible que ya esté en su punto; si no ocurre esto, se la retira otro poco con suavidad, hacia el cuello, ó se la reintro-

duce de nuevo hasta conseguir que salga gota á gota. Una vez conseguido esto, para comprobar que efectivamente está en la posición debida, se comprime con fuerza el hipogastrio; si la sonda está bien colocada, no debe salir mayor cantidad de orina, lo cual indica que el desague es perfecto. Para mayor seguridad todavía, se aconseja inyectar por la sonda agua boricada, que debe ser devuelta en totalidad; las últimas porciones suelen ser expulsadas en forma de un chorrito, para luego continuar gota á gota.

Guyon (Anales de las enfermedades de las V. U. 1895 pags. 390 y siguientes) y Queguen (Infección urinaria tratado de Le Dentu y Delbet) insisten mucho sobre los ~~detalles~~ anteriores, pues no quedando la sonda bien colocada, el drenaje es imperfecto, la fiebre sigue ó se reproduce, los enfermos experimentan frecuentes deseos de orinar muy molestos y hacen esfuerzos, siendo esta la causa

principal de que la orina se escape entre la sonda y la uretra.

La verdad de estos hechos la hemos comprobado varias veces y aun muy recientemente en dos operados de uretrotomía interna (observaciones nums. 9 y 10) que en la noche del día de la operación (18 de Enero) notamos que tenían el apósito mojado y que la orina, no se derramaba gota á gota; suponiendo la sonda demasiado introducida, la retiramos un poco y salió un pequeño chorro y luego siguió goteando. Cambiamos el apósito y fijamos nuevamente la sonda que permaneció colocada los dos días siguientes, sin que volviese á salir la orina entre la sonda y la uretra, como lo demostró la falta de humedad en el áposito a partir de aquel momento.

Cuando la sonda funciona bien, el enfermo no debe sentir necesidad de orinar. Interrogando á un enfermo con estrechez ure-

tral que había sido operado la víspera de uretrotomía interna, si orinaba bien, respondió: "¿Cómo quiere Vd. que orine teniendo esto aquí metido (señalando la sonda)". En el orinal tenía mas de un litro de orina, pero él respondió así porque no había sentido la necesidad de orinar. Resulta, pues, que cuando un enfermo con sonda permanente siente necesidad de orinar, es indicio de que está obstruida, ó mal colocada, que es lo más frecuente.

Fijación.

Despues de bien colocada la sonda, es necesario fijarla para mantenerla en la posición adecuada. Son varios los procedimientos empleados.

Guyon, prefiere la fijación á los pelos del púbis por medio de hilos, procedimiento que tambien recomiendan sus discípulos. He aquí en qué consiste: Para que todo desplazamiento sea

imposible, se precisan dos puntos fijos, uno en la sonda y otro en el púbis, además de otro intermedio al nivel de la base del glande formado por el entrecruzamiento de los hilos. Se toma un manojo de hilos de algodón ordinario resistente y de 50 centímetros de largo; se anuda por su parte media á la sonda, apretando lo suficiente para que no se escurra; se llevan los dos extremos hacia uno de los lados del glande, el izquierdo, por ejemplo, donde se cruzan por medio de un nudo, y luego se pasan uno por delante y otro por detrás de la base de aquél, para reunirlos en el punto simétrico del lado opuesto sin comprimir. Luego se conducen los dos hilos hasta el púbis siguiendo el lado derecho del pene. Se toma entonces un mechón de pelos, lo mas cerca posible de aquél, rodeando su base con los hilos y anudando fuertemente; luego, retorciendo el mechón como las guías del bigote, se atan

con los cabos de los hilos para que no se escurran. Lo mismo se hace con el segundo hilo, siguiendo el lado opuesto. Los dos cabos que quedan en el púbis, sirven para sujetar el apósito de Guyón, que consiste en un cuadrado de veinte centímetros de lado formado por 6 dobleces de gasa, el cual se dobla sobre una de sus diagonales, resultando un triángulo que se aplica á la cara posterior del pene de modo que la base rodee la raíz del mismo, cruzándose sus extremos en el dorso, donde se sujetan con los cabos de los hilos antedichos y el vértice rodra á la sonda, á la que se ata con un hilo.

Este procedimiento que acabamos de describir juntamente con el apósito, es excelente por la seguridad, y tambien, con alguna práctica, de rápida ejecución. Su mayor ventaja consiste en que los materiales necesarios, se encuentran en todas partes.

El procedimiento de Dittel que recomienda Reichel es igualmente seguro y más rápido. Se cortan dos tiras de aglutinante de 1 1/2 centímetros de ancho por una longitud doble de la del pene; se perforan en el centro, por donde se hace pasar la sonda, los extremos de la primera siguen las caras anterior y posterior del pene, á las que se adhieren, lo mismo que los de la segunda, que siguen las caras laterales. Entre las dos, al nivel del meato, se atraviesa la sonda con un alfiler, cuyos extremos se doblan con unas pinzas. Para mayor seguridad, puede arrollarse al pene otra tira de exparadrapo adhesivo, que no debe apretarse, porque impediría la circulación de retorno sobre todo durante la erección. Este método puede hacerse inaplicable si sobreviene eczema por el contacto del aglutinante.

En la Clínica del Dr. Viforcos se emplea un sencillo apa-

ratito fijador de goma, formado por dos cintas que se cruzan y en el centro del cruzamiento un pequeño agujero por donde se hace pasar la sonda, que queda así aprisionada; los extremos tienen una anilla que atraviesa una tercera cinta. Despues de rodear el pene con una capa de algodón ó gasa, se hace pasar la sonda por el agujero antes indicado, hasta el nivel del meato; luego se amolda al apósito la especie de cesto que forma el aparatito en conjunto, y haciendo entrar en las hendiduras de la cinta horizontal el otro extremo de la misma, apretándola convenientemente, queda ya colocado. Es un medio mucho más rápido que los anteriores y suficientemente seguro.

El Dr Gil Saltor recomienda fijar la sonda mediante dos hebras de seda fuerte y resistente que por medio de una aguja de sutura, se hace pasar á través de las parades de la sonda, ó por

el espesor de ésta (según el calibre) hebras, cuyos cabos se atan á un cordón grueso y blando, ó á una cinta que se aplica, como de ordinario, alrededor de la base del glande.

Cualquiera que sea el medio empleado no se puede tener la seguridad de que ha de permanecer colocada en su punto mucho tiempo, porque los movimientos del enfermo, los cambios de volumen del miembro, y sobre todo, las contracciones de la vejiga, particularmente en las irritables, la hacen cambiar de sitio. Las contracciones de la vejiga, tienden á expulsarla.

Ya fija la sonda, no queda mas que dirigir su pabellón á un recipiente apropiado que permite mantener el pene horizontal para que no se pliegue, lo que sucedería dejándole caer por su propio peso delante de las bolsas; la sonda determinaría una compresión exagerada sobre la uretra al nivel del ángulo escroto pe-

niano, siendo esto origen de abscesos y fistulas. Además, es conveniente que el extremo de la sonda esté sumergido en un líquido antiséptico. Bajo los dos aspectos, el orinal de Duchastelet recomendado por Guyon es el que reune las mejores condiciones. Se compone de un vaso largo de vidrio un poco acodado, el cual se aplica por su concavidad sobre un recipiente esférico un poco aplastado también de vidrio y de un litro de cabida; ambos recipientes comunican á través de un orificio que corresponde al vértice de la curva del vaso acodado, de tal suerte que, cuando el líquido llega á éste nivel, cae en el vaso inferior. Cuando se usa este orinal, es necesario añadir á la sonda un tubo de alargamiento de suficiente longitud para llegar cerca del fondo del vaso largo, donde se pone un líquido antiséptico, que Guyon reemplaza por pastillas de sublimado, las cuales se van disolviendo en la orina que

cae de la sonda. El tubo de alargamiento, que debe ser de goma, tiene además la ventaja de dar mayor flexibilidad al conjunto, haciendo que los movimientos comunicados al tubo, no se transmitan con toda su intensidad á la sonda.

En la clínica del Dr. Viforcos, se usa un orinal mas sencillo, que puede compararse á una redoma, cuyo cuello se hubiese doblado un poco sobre el cuerpo; es de fácil manejo y empleando el tubo de alargamiento presta los mismos servicios que el anterior. Es el empleado en la generalidad de las clínicas de Madrid.

Cuidados ulteriores.

Hemos dicho que la condición mas esencial de la sonda permanente, es que la roina salga de una manera continua, esto es, que verifique un drenaje perfecto de la cavidad vesical, de lo cual se deduce la necesidad de vigilarla de cerca para ver si el

derrame es continuo, lo cual es de imprescindible necesidad en los casos de infección urinaria.

Los lavados antisépticos, son coadyuvantes del desague que verifica la sonda permanente, por que con ellos se limpia la luz de ésta, así como la cavidad vesical, actuando además sobre ésta como modificadores de la mucosa, según el antiséptico empleado.

Como el contacto prolongado con la mucosa uretral, produce uretritis, es también conveniente, para reducir la intensidad de ésta á su menor grado, retirar la sonda todos los días, lavarla y desinfectarla, lo mismo que á la uretra, y luego volver á introducirla. La única contraindicación á ésta regla, es la dificultad para la reintroducción, en algunos casos, como por ejemplo, en los de ruptura de la uretra y particularmente en la porción membranosa. Sin embargo, tiene muchos inconvenientes el mantenerla

más de seis días sin renovarla, porque se incrusta de fosfato y uratos, además de que su superficie externa pierde su lisura, haciéndose más irritante para la uretra, por lo cual conviene sustituirlas con frecuencia por otra nueva.

Tambien cuando se obstruye es preferible retirarla y lavarla, que impulsar el tapón hacia la vejiga por medio de una inyección con la jeringa, como aconseja la generalidad, porque, de emplear este procedimiento, no tardará en volver á obstruirse la sonda.

Inconvenientes de la sonda permanente.

La sonda permanente tiene para la uretra y vejiga una doble acción: 1º La de tubo que conduce la orina al exterior á medida que llega por los ureteres á la vejiga, evitando su contacto con la mucosa uretral: y 2º Una acción de contacto sobre las pa-

redes uretrales que produce modificaciones especiales en las mismas. Visto Thompson (Tratado práctico de enfermedades de los vías urinarias). Estos dos modos de obrar de la sonda permanente, son inseparables y algunas veces el cirujano se aprovecha de ambos para llenar tambien una doble indicación, como ocurre, por ejemplo, en la uretrotomía interna: la sonda permanente evita el contacto de la orina, á menudo séptica, con la herida operatorio, y además produce una especie de inhibición sobre los tegidos que forman la estrechez, reblandeciéndolos y haciéndoles más flexibles para la dilatación ulterior. Pero fuera de estos casos, la acción de contacto es considerada por muchos como perniciosa casi en absoluto. Tal modo de ver limitaría mucho el uso de un recurso terapeútico que consideramos de gran importancia por haber visto obtener con él notables resultados.

Son varios los cirujanos y entre ellos el insigne especialista Thompson (Tratado práctico de enfermedades de las vías urinarias, pag. 489) que consideran la sonda permanente como un cuerpo extraño que produce una irritación muy molesta para los enfermos, constituyendo para algunos un verdadero tormento. Si en algunos casos favorece la curación, en otros muchos no conduce al fin que se desea, porque la orina se escapa entre la uretra y la sonda.

Hay en todas estas afirmaciones una verdadera exageración. La tolerancia de la vejiga para los cuerpos extraños, es conocida de antiguo. Algunos calculosos, ~~pasan~~ años sin grandes molestias: vemos enfermos con cálculos de cuatro ó cinco centímetros, en los que las molestias datan de poco tiempo y sin embargo, el cálculo, para alcanzar aquellas dimensiones, necesita varios años.

Lo mismo ocurre con los cuerpos extraños procedentes del exterior; los enfermos pueden ocultar su débito porque tardan en experimentar verdaderos sufrimientos. Esto es debido á que la vejiga, aún en el estado patológico, es poco sensible á los contactos. En cambio, lo es mucho á la tensión; así se explica la acción calmante de la sonda permanente en ciertos casos de cistitis dolorosa.

No hemos observado el accidente que señala Reichel en su Tratado de Terapeútica postoperatoria por parte de la vejiga, la cual, dice este autor, estando vacía, sus paredes se adaptan á la porción de la sonda que asoma por el cuello de la vejiga y es irritada por aquella; se producen dolores, desgastes del epitelio y hasta ulceraciones y hemorragias; por lo que aconseja mantenerla tapada y abrirla á intervalos regulares. En todos los enfermos con sonda permanente que guardan cama, observados en el tiempo

molestias cesaban. Refieren casos en que la sonda, se mantuvo colocada, 8, 15 y hasta 36 días en un sujeto con rotura uretral complicada con fractura del púbis; á ninguno le causaba molestia.

Hemos apreciado varias veces la realidad de estos hechos; en la fecha (22 de enero) continúan en la sala de la especialidad de vías urinarias del Hospital Provincial dos enfermos (observaciones n.ºs. 12 y 15) operados de uretrotomía interna por una estrechez traumática, que llevan algunos meses con la sonda de Ne-
laton n.º 19 permanente, mediante la cual las fistulas que existían en el momento de la operación, se han reducido notablemente. Pues estos enfermos á pesar de tanto tiempo de sonda permanente, no sienten más que una viva sensación de quemadura en el momento de retirarla y de introducirla, pero que cesa al cabo de pocos minutos. Un niño (observación N.º 9) operado recientemente (18 de ene-

ro) de uretrotomía interna por una estrechez siriada á pocos milímetros del meato, y de fimosis, se quejaba amargamente del dolor que le producía la sonda: á las 7 de la tarde, ya estaba perfectamente tranquilo sin sentir molestia alguna. Otro enfermo de estrechez del cuello del bulbo (observación N° 7& tambien experimentó dolor por la sonda, á pesar de su buen funcionamiento y de mas larga duración que en el caso precedente. En la tarde del dia de la operación, él mismo se quitó la sonda, experimentando al poco tiempo un violento escalofrío; en la mañana siguiente, se la colocaron otra vez y desde entonces la toleró sin molestia durante cuatro dias, al cabo de los cuales, fué retirada definitivamente.

Estos casos, confirman lo que dice Guyon: La sonda que causa molestia en las primeras horas siguientes á la operación, es bien tolerada despues.

Un prostático que ocupó la cama N° 12 de la sala 32 en marzo del año anterior, le fué colocada la sonda permanente para combatir la violenta cistitis que padecía: desde el primer dia, todas las tardes se la retiraba, y acabó por sucumbir á la infección. Probablemente en este enfermo la no tolerancia de la sonda era debida al insuficiente desague, porque después de los lavados vesicales, quedaba relativamente tranquilo. Otro tanto ocurre con otro enfermo, de la misma categoría que el anterior, que ocupa la cama N° 3 (cirujía) de la Clínica del D^r. Viforcos.

Sin embargo, si se le interroga á éste último enfermo, responde que la sonda no le causa dolor. Es ésta la voluntad del enfermo, constituye para el empleo de la sonda permanente un factor de una importancia práctica considerable. Algunos, de tan corto entendimiento como mala voluntad, parece que consideran á la sonda

que se les deja en la uretra, como un capricho del médico, y sólo esperan perderle de vista para sacarla, á pesar de todos los ruegos; acto que pagan muchas veces con la vida.

Cuando la sonda está bien proporcionada y su calibre es proporcional al de la uretra, es bien tolerada en la mayoría de los casos. Muchas veces los enfermos se quejan más de las molestias del decúbito prolongado que exige la sonda para su buen funcionamiento, que de las que provoca por sí misma.

Algo hemos indicado ya respecto á la salida de la orina entre las paredes de la uretra y la sonda en el capítulo anterior; depende este accidente la mayor parte de las veces, de estar obstruida la sonda ó demasiado introducida, lo que da lugar al acumulo de orina y á que se despierte la necesidad de orinar, seguida de esfuerzos involuntarios; pero tambien algunos enfermos rebeldes

á todos los consejos, hacen esfuerzos voluntarios, que dan el mismo resultado. Sin embargo, en algunos casos, á pesar de la observancia de todos los preceptos por parte del médico y del enfermo, la orina se escapa. Parece que el cuello tiene una tonicidad muy débil, que ni siquiera se aplica á la sonda: parece que no es cuello, como gráficamente dice el D^r Viforcos.

Otros peligros mas serios puede producir la sonda permanente, pero tambien pueden ser evitados ó corregidos si llegan á producirse, como son los siguientes: uretritis, ulceraciones, abscesos, fistulas y la infección vesical.

El contacto prolongado de la sonda con la mucosa uretral produce siempre una uretritis frecuentemente purulenta. Hemos visto varias veces, al retirar la sonda, salir por el meato tres ó cuatro gruesas gotas de un pus amarillento y espeso. Pero esta ure-

tritis purulenta, es bien distinta de la gonococica: la supuración desaparece en cuanto se retira la sonda y se practica un lavado abundante de la uretra; es una inflamación muy poco séptica que no suele pasar de la mucosa y se produce sin dolor; solo algunas veces, al retirar ó reintroducir la sonda, se despierta una sensación de ardor que desaparece pronto. No es fácil evitar esta uretritis en absoluto, porque no es posible separar tambien en totalidad á pesar de un lavado minucioso previo, los gérmenes que habitan en la uretra; pero se puede reducir á sus mínimas proporciones retirando la sonda diariamente, lavándola y desinfectándola así como á la uretra, antes de volver á introducirla y tambien sustituyéndola por otra nueva cuando se altere su superficie. Esta es la práctica seguida en la Clínica del Dr. Viforcos, principalmente con los prostáticos infectados y con los de fistulas uretra-

les, siendo raros los casos de supuración aún en aquellos que llevan mucho tiempo con la sonda.

Las ulceraciones y los abscesos y fistulas consecutivas, dependen de faltas cometidas en el manejo de la sonda. Radican ordinariamente estas graves lesiones al nivel del ángulo peniano cuando no se mantiene el miembro horizontal, pues la flexión en eaqué尔 punto, es causa de que la sonda ejerza una compresión sobre la mucosa, que, cuando se prolonga, determina su esfacelo, resultando una úlcera que sirve de puerta de entrada á los gérmenes patógenos causantes de los abscesos periuretrales, los que, al abrirse, dan lugar á las fistulas. Basta conocer la patogenia de estas complicaciones para evitarlas, lo que se consigue manteniendo el pene horizontal por medio de los orinales que hemos descrito y á falta de éstos, colocándolo por encima del muslo y un recipien-

te cualquiera al lado de éste. No hemos observado ninguno de estos accidentes, sin duda porque en la Clínica tantas veces repetida del D^r Viforcos, se siguen estos preceptos.

Infección de la vejiga por la sonda permanente.

La sonda permanente puede producir la infección de la vejiga, observándose el hecho paradójico de que un medio terapeútico que se emplea para combatir la infección, sea tambien capaz de producirla, y veremos que la misma sonda, manteniendo el desague de la vejiga, puede agotar la misma infección que produjo.

Los gérmenes pueden llegar á la vejiga ya por el interior de la sonda, ya entre ésta y las paredes de la uretra: esta última vía es mas de temer en la mujer que en el hombre, tanto por la mayor cortedad de su uretra, como por la dificultad de mantener aséptica la vulva. Sin embargo, en el hombre puede tambien produ-

cirse á pesar del apósito que abraza la sonda y el pene. Los gérmenes que infestan la vejiga son los mismos que viven en la uretra: en el estado normal no se encuentran mas que en la uretra anterior, pues la uretra membranosa es como una barrera que se opone á su paso, tanto que Guyon creía que aunque el catéter se impregnara de gérmenes en la uretra anterior, el aprisionamiento que sufre al atravesar la profunda hace el papel de una limpieza mecániza gracias á la cual puede llegar limpio á la vejiga. Pero en los estados patológicos que ordinariamente motivan el empleo de la sonda permanente, la uretra profunda está séptica y aunque sus gérmenes se hallan en estado latente, basta la irritación que produce la sonda sobre la mucosa para que aumentando la secreción de ésta, puedan aquellos multiplicarse en mejores condiciones y llegar á la vejiga. No obstante en el hombre parece ser mas frecuente

que la infección llegue á la vejiga por el interior de la sonda, cuya extremidad está sumergida en el líquido séptico del orinal.

El año 1894 Mennerel, encargado del laboratorio en el servicio de Guyon del hospital Necker, demostró experimentalmente el mecanismo de la infección vesical por la sonda permanente poniendo tambien de relieve las condiciones que favorecen dicha infección. Dispuso dicho investigador dos receptáculos, uno representando á la vejiga con un líquido aséptico y otro representando al orinal con orina séptica, unidos ambos por una sonda usual de Pezzer con un tubo de alargamiento, ~~aproximándose todo lo posible~~ á las condiciones que se realizan en la clínica. Observó que mientras corría el líquido continuamente hacia el orinal, no se hacia séptico, ocurriendo lo contrario cuando dicho líquido cesaba de correr, ó corría con intermitencias. Pronto se confirmaron en la

clínica los resultados de estas experiencias.

Resulta, pues, que cuando la sonda está bien colocada y se la mantiene permeable de tal modo que la orina se derrame de una manera continua, la infección de la vejiga por el interior de aquella, no tendrá lugar, sobre todo si su extremidad se halla sumergida en un líquido antiséptico. Bajo este punto de vista prestan útiles servicios los orinales ad-hoc ya descritos y los cuidados de asepsia y antisepsia conocidos de todos.

Más difícil es evitar la infección vesical que se verifica entre la sonda y las paredes uretrales; no obstante es posible disminuir las probabilidades de la misma por los medios ya indicados á propósito de la uretritis provocada por la permanencia de la sonda.

De suerte que, si la sonda permanente tiene inconvenien-

tes, es posible, como dice Guyon, "obviarlos y remediarlos", pero bueno será limitar su empleo á los casos en que exista una indicación formal y precisa.

Indicaciones de la sonda permanente.

Después de indicar los inconvenientes de la sonda permanente, réstanos estudiar sus indicaciones, discutiendo en cada una de ellas su valor terapeútico, valiéndonos de los datos aportados por la observación clínica.

Uretra. Son varias las lesiones de la uretra que motiven el empleo de la sonda permanente; las analizaremos sucesivamente.

Traumatismos.

En las heridas sencillas (como las incisas) de la uretra que siempre dan lugar á estrecheces cuando se abandonan á sí mismas, la sonda permanente, no sólo sirve, por decirlo así, de molde

para reunir sobre ella la mucosa y luego los tejidos superficiales por medio de la sutura, sino que ulteriormente, la protege del contacto de la orina y en cierto modo hace que la cicatriz se amolde á las dimensiones y forma de la sonda, que son aproximadamente las del conducto uretral durante la micción, por cuyo motivo debe mantenerse hasta la curación.

En las rupturas uretrales resultantes de violentas contusiones, ya sobre el periné, ya sobre la pelvis, produciendo fracturas de ésta cuyos fragmentos, por sus desviaciones, desgarran la uretra -accidentes hoy tan comunes con las grandes máquinas que utiliza la industria y sobre todo ~~en~~ ^{en} las catástrofes ferroviarias- la sonda permanente presta tambien importantes servicios. Durante mucho tiempo se la consideró como el medio mas poderoso para prevenir los accidentes inmediatos de las rupturas uretrales,

debiéndose ésto á la influencia de la teoría mecánica de la infiltración de orina, admitida hasta hace poco por todos, debido á la gran autoridad de Voillemier, su caluroso defensor. Pero la sonda permanente es insuficiente por sí sola, salvo en los casos raros de ruptura incompleta y sencilla. De todos los accidentes inmediatos de la ruptura, solo la retención y la infiltración de orina que sobreviene al cesar aquella pueden ser evitadas por la sonda permanente en el caso feliz de poder conducir una blanda hasta la vejiga. Los otros accidentes, igualmente temibles, hemorragia é infección, no pueden ser evitados ni combatidos por ella, pues la sangre no saldrá por el meato, pero seguirá infiltrándose en el foco del traumatismo, aumentando más y más el volumen del hematoma; y la infección, si no se produce por la orina, que suele estar aséptica en estos casos, se produce por los gérmenes venidos del

exterior ó por los mismos de la uretra que dejan de ser inofensivos por hallarse en un nuevo y excelente medio de cultivo, constituido por la sangre extravasada y los tejidos contundidos. Por consiguiente, aun prescindiendo del peligro de la hemorragia, basta el del flemón, siempre muy grave por el estado de los tejidos, para que la sonda permanente sea en absoluto insuficiente.

No obstante, la consideramos siempre útil, pues si al hacer la exploración con la sonda blanda, única que puede emplearse, sea sola ó armada de mandril, debe dejarse permanente si se logra conducirla hasta la vejiga, porque servirá ~~de grúa para la intervención~~ para separar los coágulos y cohibir la hemorragia, que es lo único posible la mayoría de las veces, ya para una intervención mas compleja, sutura de los extremos, etc. Además, si por una causa cualquiera se retrá-

sa la intervención, aleja los peligros de la retención é infiltración de orina, pues aunque séptica por lo general, dadas las condiciones especiales de los tejidos, se infectaría pronto, aumentando la septicidad del foco ó precipitando la infección si estaba aun séptico.

Si han fracasado las tentativas de introducción por el meato hasta la vejiga, se utiliza la abertura practicada en el periné para abrir el foco de infiltración sanguínea; una vez hallado el extremo posterior de la uretra, se introduce por él la sonda hasta la vejiga y luego, pasando un instrumento metálico por la uretra anterior hasta la abertura del periné, se engancha en su pico el pabellón de la otra sonda, que, al retirar aquél, queda ya colocada. Pero algunas veces el extremo posterior de la uretra, retraido en el fondo de la herida perineal, no se encuentra, en

cuyo caso antes de producir nuevos desórdenes, si el estado general del herido lo consiente, puede recurrirse al cateterismo retrógrado: los peligros del contacto de la orina con los tegidos de tan poca vitalidad por estar ordinariamente contundidos, justifica aquella operación, tan fácil como de rápida ejecución. La sonda permanente evita además el cateterismo repetido, casi siempre difícil y peligroso.

Respecto al tiempo que debe mantenerse colocada Legueu aconseja dejarla sólo ocho ó diez días, renovándola con la debida frecuencia á partir del tercero; creemos que sobre esto no pueden darse reglas fijas, variando el tiempo de la permanencia según el criterio de cada cirujano, y sobre todo, según los casos. Cuando no se combina la sutura con el empleo de la sonda, será conveniente dejarla más tiempo, por lo menos hasta que la cicatrización de

los tegidos alrededor de ella permitan con relativa facilidad el cateterismo repetido.

Hasta ahora, nos hemos referido á la ruptura de la uretra anterior, pero si radica en la uretra profunda, la importancia de la sonda permanente es todavía mayor, porque en tal caso, no puede pensarse en la sutura estando tan profunda la lesión y siendo sus paredes delgadas y de poca resistencia: además, como dice Legueu, no ofrecería ventaja alguna el ir por el periné á buscar las extremidades de la uretra membranosa, las cuales se hallan á menudo separadas por un fragmento óseo en tales circunstancias, de suerte que sólo cabe esperar que los tejidos se separen en torno de la sonda permanente. Casi nunca es posible introducir la sonda por el meato hasta la vejiga, porque los extremos de la uretra se hallan retraídos ó desviados; por lo mismo sin insistir demasiado

en tanteos que resultan peligrosos, debe recurrirse al cateterismo retrógrado y aún con este resulta á veces difícil pasar la sonda por la desviación antedicha. He aquí el procedimiento de Montaz que recomienda tambien Legueu: se introduce por el meato un instrumento curvo metálico que se hace llegar hasta la ruptura y por medio del índice introducido en la vejiga, se vá al encuentro del pico de aquel y se guía su introducción en la vejiga. Existiendo ya la infección del foco, no por ésto está contraindicada la sonda, solo que es necesario el drenaje aislado del mismo, mejor que el drenaje de la vejiga por el periné, que sirvi á la vez para el foco, porque de ese modo se crea deliberadamente una distula que de la otra manera puede evitarse, ó, por lo menos, reducir sus proporciones para ulterior operación (Legueu, Tratado de Cirujía Clínica de Le Dentu y Delbe, tomo 9º pag. 530.).

Conducta enteramente opuesta es la de Reginald Harrison quien en un trabajo presentado en el Congreso de París el año 1892 acerca de la infección urinaria, hace mención de un caso de ruptura perineal, tratado por la sonda permanente, que al cabo de 24 horas, fué atacado de escalofríos repetidos de forma consultiva, acompañados de espasmo faríngeo, muriendo en el coma 12 horas después. El cateterismo hacía sido fácil. En otro párrafo, añade: En los traumatismos profundos de la uretra no acarreando una solución de continuidad cutánea, tales como una caída á horcajadas, los escalofríos y la elevación de temperatura sobrevienen muy frecuentemente cuando se ha recurrido á la sonda permanente, porque la orina se infiltra entre la sonda y las paredes de la uretra.

En realidad, este último accidente es poco frecuente cuando funciona bien la sonda y el enfermo no hace esfuerzos, que

muchas veces son debidos á las molestias que produce la sonda en los primeros momentos, las que pueden calmarse con el opio. La sonda permanente no tiene el privilegio de poner siempre al abrigo de la infección, es cierto, porque aparte del contacto de la orina, concurren en esta clase de traumatismos otras varias circunstancias que la favorecen, como la proximidad del recto del ano y además que no es posible la desinfección perfecta de la uretra, sobre todo en estos casos en que las manipulaciones son dolorosas.

El hecho de coincidir en alguno que otro caso una infección fulminante con la sonda permanente no es motivo suficiente para considerar á ésta responsable del mismo. ¡No se presentan también en algunos casos después de una intervención á veces sencilla en el recto, en la vagina y en la boca? Pues en estos casos no se

puede pensar en que el material de cura ó los instrumentos esterilizados previamente aportaron los elementos de la infección tan rápidamente mortal. Nos sugieren estas consideraciones la falta de complicaciones despues de la uretrotomía interna y de resección.

Siguiendo los consejos de Harrison que recomienda hacer el desagüe por el periné herido, se crea á sabiendas una fistula que exige una operación ulterior y si como dicho cirujano establece en sus conclusiones una reacción febril á consecuencia de una herida del aparato urinario depende de un drenaje imperfecto de la vejiga por absorción tóxica; este drenaje puede obtenerse en la inmensa mayoría de los casos sólo con la sonda introducida por el meato y sólo cuando este medio sea insuficiente, está justificado el drenaje por el periné, ya con sonda gruesa ó con un tubo de caucho, pues mayor es el peligro de la infección que el de la fis-

tula consecutiva. En los traumatismos de dentro á fuera producidos ordinariamente en las tentativas del cateterismo, la sonda permanente cuando no hay estrecheces, es el gran recurso para cohibir la hemorragia y evitar la infección.

Estrecheces de la uretra.

Es un hecho bien conocido que el contacto prolongado de una sonda ó de una candelilla (que para el caso es lo mismo) con una estrechez, produce aún en las mas duras, un reblandecimiento especial que las hace mas flexibles y por consiguiente, mas dilatables. Este fenómeno que Thompson cree haber descubierto el primero (Lecciones clínicas pag. 28) constituyen la base de un método de tratamiento de las estrecheces; la dilatación continua: el más rápido de todos los procedimientos de dilatación. El mismo autor traza las reglas generales del método y he aquí como se expresa en

sus lecciones clínicas:

"Son necesarias tres condiciones para obtener buen éxito:

1º. Emplear un instrumento flexible; 2º. No introducirle demasiado en la vejiga; 3º. Elegir un número que no ocupe demasiado la estrechez. Comprended que no se trata en este caso de un simple procedimiento mecánico; no nos proponemos dilatar la estrechez como un dedo de guante, sino que ha de permanecer el cuerpo extraño en el conducto. Si dejais el número 1 bastante tiempo, podreis, después de haberle retirado, introducir el número 10 sin tener precisión de colocar los números intermedios; hecho sumamente curioso y que creo haber demostrado el primero".

En su tratado práctico de enfermedades de las vías urinarias (Pag. 353) respecto al procedimiento de la dilatación continua por la sonda permanente, añade: "Entre los diversos medios

no de franquear una estrechez rebelde, sino de dilatarla despues de haberla franqueado, uno de los más seguros y á la vez mas expeditivos, consiste en dejar colocada la sonda en la uretra durante 24, 44 ó 70 horas. Este modo de tratamiento tiene gran valor cuando se han hallado muchas dificultades en su introducción y existen razones para creer que una nueva introducción ha de ser igualmente difícil....." No teme al principio dejar colocado un instrumento metálico, administrando el ópico ó la morfina si produce dolor, y sólo si al cabo de doce horas no se ha calmado, lo retira. Los accesos febriiles, no siendo repetidos, no son motivo suficiente para prescindir de ella; la única contraindicación formal es la salida de sangre mezclada con la orina.

Hoy no se usa el método de la dilatación continua por la sonda permanente porque se reproduce muy pronto la estrechez;

pero la acción especial que ejerce sobre la uretra, se aprovecha en ciertos casos de induración difusa de este conducto sin estrechez (uretras rígidas) que no permiten el paso de un litotritor ó de un cistoscopio. La permanencia de la sonda 24 ó 48 horas, es suficiente en tales casos para obtener la dilatabilidad deseada.

Ocurren algunas veces en el curso de la dilatación gradual de las estrechez uretrales, fenómenos de infección general provocados por la absorción de toxinas en las erosiones que aquella produce, absorción que se verifica principalmente durante la micción por estar séptica la orina. Pues la sonda permanente, tan eficaz para evitar y combatir estas infecciones, es con frecuencia insuficiente en los casos anteriormente indicados por no permitir la estrechez la colocación de una sonda de suficiente calibre para el drenaje de la vejiga. Es igualmente ineficaz para combatir

la hemorragia y evitar la infección en los casos de camiros falsos existiendo á la vez estrechez, por que ésta no permite emplear una sonda de un diámetro suficiente para llenar la uretra en el punto del traumatismo.

Uretrotomía interna.

Es sin duda en esta operación donde se manifiesta con más claridad todo el valor terapeútico de la sonda permanente despues de la sección de la estrechez. Desde Civiale que fué el primero en recomendarla, es empleada por casi todos los cirujanos incluso el insigne especialista Thompson, que combate su empleo en otros muchos casos que la consideran útiles los autores franceses. Algunos cirujanos, particularmente Reybard, la rechazan, considerándola perjudicial; afortunadamente, su opinión no ha prevalecido y su procedimiento de uretrotomía interna ha caido tambien

en el olvido. En 1860 cuando Maisonneuve inventó su uretrotomo y dió á conocer tambien su método, decía: "Ya los enfermos no orinan en sus venas". Reliquet, su discípulo, en 1868, en una tesis sobre la uretrotomía interna, escribía: "...ésta operación se ha hecho inocente porque puede cicatrizar la herida fuera del contacto de la orina". Este mismo autor en el Congreso de París de 1892, sostenía que la fiebre era debida al paso de la orina á través de las soluciones de continuidad, sirviendo la sonda permanente para evitar la absorción por la uretra y el desagüe continuo con los lavados ligeramente caústicos para las de la vejiga.

Gosselin tenía la misma opinión sobre el valor de la sonda permanente despues de la uretrotomía interna. En 14 operaciones sin sonda, observó accidentes febriles más ó menos graves, 10 veces, y en 21 operados con sonda, los observó sólo en 4.

Albarrán, cuya autoridad es indiscutible y que además refleja las enseñanzas de su sabio maestro, se expresa así: "Entienden algunos cirujanos que no es necesario colocar una sonda permanente después de la uretrotomía interna. En nuestra opinión constituye ésto una gran imprudencia en los casos en que está infectada la orina, es decir, en casi todos, porque expone á graves accidentes de infección general. Conservaremos siempre el recuerdo de un enfermo al que vimos operar cuando éramos internos, al cual fué imposible colocarle la sonda, muriendo con violentos escalofríos el mismo dia que se le operó. En condiciones análogas hemos visto á menudo accidentes febriles más o menos graves, los cuales desaparecen cuando se coloca la sonda y se evita de éste modo el contacto de la orina con la herida. Cuando no ha podido colocarse la sonda permanente ó cuando persiste la fiebre á pesar

de la sonda deberá vigilarse muy de cerca al enfermo y estar dispuestos para la uretrotomía externa ó la cistotomía suprapubiana. (Le Dentu y Delvet, tomo 9º pag. 635).

Horteloup subordina el empleo de la sonda permanente al estado de las orinas; si del examen de éstas resulta que contienen gérmenes, debe colocarse la sonda durante tres ó cuatro días; si por el contrario resultan asépticas, la sonda es inútil. Basa sus afirmaciones en quince casos, ocho de los cuales no tenían gérmenes en la orina y fueron tratados sin sonda, no habiéndose presentado ningún escalofrío. Los restantes tenían diversos microorganismos y tuvieron la sonda permanente tres días.

En realidad la conducta de éste cirujano, no puede ser más racional, puesto que la orina es el ~~vehículo~~ de los gérmenes y sus venenos, que absorvidos en la herida operatoria producen la

infección. Pero opinamos que el análisis bacteriológico de la orina, complica una operación que es de suyo sencilla y exenta de peligros y si en definitiva se ha de aplicar la sonda permanente, estando las orinas infectadas, que es lo ordinario, no hay inconveniente en emplarla sistemáticamente en todos, pues su empleo no encierra ningún peligro y además su acción no se limita á proteger la herida, sino que es mas compleja. Tal es la conducta observada por el Dr. Viforcos.

El ilustre especialista del Hospital Provincial, coloca sistemáticamente la sonda permanente después de la uretrotomía interna en todos los casos, sirviéndose de preferencia de la sonda de Nelaton N° 18 introducida con mandrin, recurriendo únicamente á la clásica de extremo cortado, cuando aquella no pasa con facilidad, lo que rara vez ocurre, En mas de 50 operaciones de uretro-

tomía interna que hemos presenciado en los once meses que llevamos asistiendo á la clínica de dicho profesor, los escalofríos y la fiebre durante el curso postoperatorio, se han presentado en muy pocos casos, siendo de corta duración y tampoco se han repetido los accesos; en uno, se presentó un escalofrío violento, seguido de fiebre en la tarde del dia de la operación, al poco rato de haberse el mismo enfermo extraído la sonda (observación 6a) pero no se repitió desde la mañana siguiente que le fué colocada y sostenida durante cuatro días. Otro operado, que estaba muy grave, con fenómenos de infección general, sucumbió al dia siguiente sin que hubieran remitido los síntomas.

En 115 historias clínicas de enfermos con estrechez uretral que el Dr. Viforcos ha puesto galantemente á nuestra disposición, operados todos de uretrotomía interna seguida de la coloca-

ción de una sonda permanente, durante el año 1901 y 1902 hasta Septiembre, figuran 81 con estrechez simple, 8 con grave infección general y los restantes con diversas complicaciones periuretrales. De los 81 operados con estrechez simple, se presentó fiebre á pesar de la sonda permanente, en 14, y de éstos, en 6, ha cesado en los dos primeros días; en otros 6, persistió entre 2 y 3 días; en uno, 8 días, permaneciendo colocada la sonda 14. Otro operado en Mayo de 1901, presenta escalofríos y fiebre en la tarde del mismo día, que se repitieron en los sucesivos, siguiendo turbias las orinas á pesar de los lavados y la continuación de la sonda. La fiebre con alternativas, persistió tambien y por fin, ~~se~~ ^{llegó} a una diarrea coleriforme, sucumbiendo el enfermo. En otro caso, evitó la sonda permanente la aparición de un flemón ~~perineal~~ que no hizo más que retrasar la curación. Tambien hallamos un caso de flemón

urinoso algunos días después de retirada la sonda, que, después de ser abierto el flemón, volvió á ser colocada, sin que á pesar de ella se obtuviera la curación de las fistulas que exigieron otra intervención.

En los ocho enfermos de la serie operados en un estado de infección urinaria más ó menos grave, sólo en dos se obtiene un éxito rápido; en los restantes, los síntomas continuaron agravándose. Realmente estos casos enseñan poco respecto al valor clínico de la sonda permanente, porque al peligro en tales circunstancias no está en la uretra y vejiga, sino en el riñón, impotente para descartar á la sangre de los agentes tóxicos en ella acumulados.

Valor clínico de la sonda permanente después de la uretrotomía interna en los casos de infiltración de orina, abscesos, etc., periuretrales, consecutivos á las estrecheces uretrales.

No

las lesiones periuretrales, dato muy digno de tenerse en cuenta, porque, ó se repite la curación tantas veces como el enfermo origina, ó se le condena á que la extensa superficie cruenta que acompaña á las infiltraciones se halle cubierta por gasa y algodón en aquél líquido de propiedades sépticas definidas. ¡Aquí si que sobran motivos para pensar que la infección se produce!"

Hemos apreciado la verdad de sus afirmaciones en cinco enfermos (observaciones 1, 2, 3, 4 y 5) en los cuales concurrían las circunstancias que en sentir de Guyon y de sus discípulos y con ellos casi todos los cirujanos excepto Sebilean, la uretrotomía interna es una temeridad operatoria por los peligros que lleva consigo la sección en un medio altamente séptico. Pues bien, en los 5 casos á que nos referimos, se practicó la uretrotomía interna seguida de la colocación de la sonda permanente, procediendo luego al

tratamiento de las lesiones según los preceptos de la cirugía general. En cuatro de los enfermos, no hubo fiebre durante la permanencia de la sonda; en el 5º persistió algún tiempo, acentuándose no obstante la mejoría cada día, se trataba de un caso verdaderamente gravísimo, pues además de los fenómenos generales de una infección urinaria, la infiltración llegaba al hipogastrio; no obstante, salió curado cuatro meses después.

Hicimos esta pequeña digresión para llegar á esta pregunta: ¿cuál es la causa de esta relativa inocuidad de la uretrotomía interna en los casos de lesiones sépticas periuretrales? Creemos que descansa enteramente en el empleo de la sonda permanente; en los notables resultados obtenidos juega un papel tan importante como la operación misma; esta prepara el paso; aquella protege la brecha abierta del contacto de la orina séptica y no

sólo de la herida, sino que tambien impide que siga actuando bajo la presión de las paredes vesicales y aún de los músculos abdominales sobre las paredes uretrales dilatadas por detrás de la estrechez, las cuales suelen estar además ulceradas ó desgarradas, por donde penetra la orina de una manera más ó menos masiva, según algunos; y solo los microorganismos, según otros, pues es este un punto en discusión. El hecho cierto, es que la sonda proteje á la uretra lesionada del contacto de la orina y de sus gérmenes, pudiendo ocurrir que si en el momento de la intervención no se ha formado todavía el pus en los tegidos infiltrados sea posible la terminación del proceso flojístico periureteal ~~por~~ resolución. Esta es por lo menos la interpretación que nos merecen dos de los casos anteriormente referidos, que describimos en el capítulo de las observaciones. Despues de la uretrotomía interna y colocación

de una sonda de Nelaton permanente, no habiendo encontrado el maestro ningun punto de fluctuación en la voluminosa y dura tumoración se limitó á disponer compresas calientes de sublimado y un suspensorio. En los días siguientes, la tumoración fué bajando y poco á poco. los tegidos fueron recobrando su flexibilidad casi completa sin haber supurado. En estos dos casos los microorganismos no tuvieron la extraordinaria virulencia de que habla Albaran en el tratado de Le Dentu y Delbet refiriéndose á la protogenia de la infiltración de orina que él considera como un flemón difuso.

Por tratarse de una cuestión de práctica quirúrjica enternante opuesta á la seguida por la mayoría de los cirujanos, creemos de importancia resumir con toda exactitud la historia clínica de seis casos de estrechez con infiltración y abscesos tratados según llevamos indicado; únicos hallados en la serie á que

nos referíamos en párrafos anteriores.

1º. de 25 años, síntomas febriles, infiltración aguda invadiendo el escroto y periné; operación el 24 de Mayo de 1901, seguida de la aplicación de la sonda permanente y apertura del foco. Los síntomas generales se moderan desde el segundo dia, pero tardan en desaparecer totalmente diez días. La sonda permanece colocada 37 días, estando entonces muy reducida la fistula, se sustituyó aquella por el cateterismo repetido, que siguió practicando el enfermo.

2º de 9 años, ingresa en la sala con grave infiltración del escroto y periné consecutiva á una ruptura traumática: se coloca una sonda de Nelaton practicando luego ~~incisiones~~ sobre los tegidos esfacelados. Reparación rápida quedando sólo una fistula por la que sostuvo la sonda tres meses, al cabo de los cuales la fistula

era insignificante: ningún accidente.

3º. Infiltración de evolución lenta; operación y sonda que permaneció colocada 23 días. Curación sin accidentes.

4º de 41 años, fiebre, infiltración escroto perineal: operación y sonda durante 49 días: los síntomas generales descendieron desde el segundo dia sin accidentes ulteriores.

5º. El mas notables, de 50 años. Retención aguda, fiebre alta, lengua seca y cubierta de un barniz oscuro, retención de vientre hacia 12 días. Abdómer abultado y edematoso, infiltración enorme invadiendo el escroto, periné é hipogastrio; pene edematoso y con parafimosis. Operación y sonda el 10 de febrero de 1901; baja la fiebre y se reparan las pérdidas de sustancia con rapides. Sonda durante 35 días; curación.

6º. De 29 años, abscesos perineales é isquiáticos; operación y

sonda permanente seguida de la abertura de los abscesos. La fiebre que existía en el momento de la operación, no desparece totalmente hasta el tercer dia. La sonda se mantiene 24 dias sin haber ocurrido accidentes.

Vemos en todos estos casos la eficacia de la sonda permanente, evitando los fenómenos infecciosos que sin ella debían producirse con mayor razón que en los operados de estrecheces simples sin sonda.

La sonda permanente, despues de la uretrotomía interna, no actúa sólo protegiendo la herida operatoria del contacto de la orina; papel el mas importante y por todos reconocido; su acción parece mas compleja. En efecto: el ensanchamiento que se logra con la operación es en la mayoría de los casos á expensas sólo de la misma estrechez, pues la sección no profundiza hasta los te-

jidos sanos para que pueda verificarse la cicatrización desde el fondo, interponiéndose el nuevo tejido inodular á manera de cuña entre los labios de la herida. Resulta, pues, que la separación de estos es insignificante ó aún quedan en perfecto contacto al retirar el instrumento; y sin la sonda permanente (aparte de los peligros de infección) se restablecería la estrechez al poco tiempo, mientras que con ella se mantienen separados, favoreciendo la cicatrización aislada y desde el fondo. Es verdad que la sonda no se mantiene el tiempo necesario para que este proceso se ultime, pero el contacto de 24 horas, es suficiente para que los labios no se aproximen, resultando que completa el cateterismo intermitente cada vez mas distanciado. Además dicho contacto provoca una irritación inflamatoria al nivel de la estrechez, mas marcada en la herida, cuyo resultado es el reblandecimiento de aquella y una

mayor flexibilidad para la dilatación ulterior. Y no sólo esto, sino que cuando se mantiene algún tiempo la sonda permanente, la induración peri-uretral que en algunos casos se extiende á mayor ó menor distancia por delante y por detrás de la estrechez, disminuye notablemente --hecho señalado por Thompson y que tambien hemos observado (observaciones 10 y 11)-- sin que por eso llegue á desaparecer por completo, sobre todo cuando la infiltración embrionaria ó esclerosa ha invadido la vaina esponjosa. Explica dicho autor estas modificaciones por una especie de disgregación molecular que la poca compresión de la sonda produce sobre los tejidos de la estrechez, cuya vitalidad es escasa. El hecho cierto, es, que en estos casos la supuración que provoca la sonda, es mas abundante y no llega á suprimirse á pesar de todos los cuidados hasta que se la retira definitivamente. Teniendo esto en cuenta

es preciso emplear una sonda cuyo diámetro sea proporcional al de la coartación uretral incindida sin que ponga en juego la elasticidad de esta porque entrando apretada, la irritación inflamatoria puede ser exagerada, produciéndose absceso y además el pus de la uretritis, no podría salir fácilmente al exterior y lo mismo la orina que en algunos casos se escapa entre la sonda y las paredes de la uretra, haciendo posible su infiltración á través de la solución de continuidad; mientras que estando algo floja la sonda, halla fácil camino hacia el exterior.

Valor clínico de la sonda permanente en el tratamiento de las fistulas uretrales.

Estando sostenidas las fistulas por el paso de la orina en cada micción, es natural que se haya pensado en recurrir á la sonda permanente para suprimir la causa de su persistencia.

Los resultados obtenidos, varían según varias circunstancias.

Cuando las fistulas son recientes, ya resultantes de traumatismos ó ya, que es lo mas frecuente, de la abertura de los abscesos, focos de infiltración, etc., periuretrales, la sonda permanente, previa, claro está, la uretrotomía interna ó externa cuando hay además estrechez, permite en muchos casos la curación de las fistulas, sobre todo las de trayecto sencillo; y, en los casos en que no conduce á la curación completa, resulta sin embargo altamente beneficiosa, porque, suprimiendo el contacto de la orina con los trayectos fistulosos y ~~tejidos~~ ambientes, se obtiene su desingurjización, al mismo tiempo que se desinfecta la vejiga, con lo cual se pone al enfermo ~~en mejores~~ condiciones para la intervención que exija la clase de fistula. Como las mismas modi-

ficaciones pueden obtenerse con el cateterismo intermitente, los examinaremos luego comparativamente.

En las fistulas antiguas, la sonda permanente no basta por sí sola para obtener la curación debido á las particulares condiciones anatómicas de las mismas. Los trayectos están rodeados de masas de tejidos callosos, muy duros, y su superficie está á menudo cubierta de epitelio pavimentoso; en fin, tienen las condiciones de conductos organizados, por lo cual solo una intervención operatoria puede suprimirlos. No obstante, aun en estos casos, sobre todo cuando la masa de tejidos esclerosados es considerable y hay infección vesical, el Dr. Viforcos antes de la intervención, coloca una sonda permanente durante un tiempo variable según el estado de la vejiga y las modificaciones que se van produciendo en los tejidos que rodean las fistulas una vez suprimido el contac-

to de la orina. Hemos visto varias veces como iba disminuyendo lentamente la extensión de la induración que rodea las fistulas hasta cierto límite en el cual quedaba estacionada, lo cual tiene fácil explicación. El contacto de la orina descompuesta por el contacto del aire, determina, tanto en la piel como en los trayectos, una irritación ~~continua~~ que en aquella, se traduce por el eczema y poco a poco una infiltración de tejido embrionario que va invadiendo en extensión y profundidad. Al cesar la irritación de la orina, cesa tambien la infiltración embrionaria y el tejido joven todavía degenera, pero el inmediato a los trayectos permanece estacionario porque ya ha alcanzado la categoría de tejido fibroso adulto. Tales modificaciones tiene una importancia grande, porque disminuyendo la extensión de la induración ~~se limita~~ la de la exresis que exige la curación de las fistulas.

La mayoría de los cirujanos conceden sin embargo poca importancia á la sonda permanente en el tratamiento de las fistulas. Albaran solo la considera útil en los casos de trayecto sencillo y sin induración periférica y tambien en las consecutivas á la abertura de tumores urinosos ó abscesos perineales despues de suprimir el obstáculo uretral: fuera de estos casos prefiere operar la fistula directamente. Thompson la rechaza en absoluto por considerarla inútil y aún peligrosa, prefiriendo á ella el cateterismo repetido encomendado á los mismos pacientes sirviéndose de las sondas de Nelaton ó las sondas -bujias de extremo olivar.

Es indudable que el cateterismo intermitente, bien practicado, evita tan bien ó mejor que el permanente, el paso de la orina por las fistulas y entre las muchas ventajas que tiene so-

bre él es sin duda la principal el permitir á los enfermos andar y aún dedicarse á sus ocupaciones, circunstancia muy atendible en una afección que tratada sólo por éstos medios es siempre larga. Pero la principal dificultad en la práctica, está en que el cateterismo se practique bien, esto es, que sea hábil, limpio, y con la frecuencia que la necesidad de orinar exija mientras dure la fistula, ordinariamente, meses. Excusado es decir que para seguir estos preceptos al pie de la letra, se necesita por parte del enfermo una paciencia á prueba y sobre todo, una voluntad férrea. Desgraciadamente, son pocos los que tienen estas buenas condiciones, pues es un hecho de observación que los urinarios, sobre todo en las clases bajas de la sociedad, constituyen una categoría de enfermos nada cuidadosos de su persona, si no fueran tan abandonados, no se presentarían con tanta frecuencia al cirujano en condiciones

tan lastimosas, difíciles é imposibles muchas veces de remediar. Así es que aunque el cateterismo intermitente tiene tantas ventajas sobre el permanente, sólo puede ser confiado á cierto número de enfermos que, por inteligentes y cuidadosos garanticen el cumplimiento de los preceptos del autocateterismo. Desgraciadamente tambien la sonda permanente exige muchos duidados para ser útil y la permanencia en cama, por lo que solo es un recurso de gran valor en la práctica hospitalaria. Sin embargo, conocemos un caso de una pequeña fistula consecutiva á una resección parcial de la uretra tratada con la sonda permanente la cual no le impedía andar por la calle. Otro enfermo con la misma lesión, tratada en la misma época por el cateterismo repetido cuidadosamente practicado por el enfermo, no curó mas pronto que el anterior. (Observaciones num. 17 y 18).

La hemorragia que muy rara vez se observa despues de la uretrotomía interna, pues la pérdida de sangre se reduce á unas cuantas gotas, puede ser combatida con la sonda permanente, pero no siempre. Si al poco tiempo de colocada la sonda sale aquella en re la sonda y la uretra ó refluye á la vejiga y sale mezclada con la orina, debe practicarse la uretrotomía externa para cohíbirla directamente porque la sonda no hace un taponamiento perfecto y además algunas veces la sangre sale de un vasito incompletamente secciónado y por consiguiente en malas condiciones para la hemostasia expontánea. El Dr. Rubio en las notas de la obra de Le Dentu refiere un caso de esta especie que puso en peligro la vida del enfermo.

Uretrotomía externa.

El empleo de la sonda permanente despues de esta opera-

ción es admitido por todos los cirujanos desde Syme, pero varian los pareceres respecto al tiempo que debe mantenerse, pues mientras Thompson la retira á los dos días para sustituirla por el cateterismo intermitente practicado de una manera regular, otros cirujanos consideran ventajoso mantenerla mas tiempo á fin de que la uretra seccionada se amolde á la forma y calibre de la sonda. Chalot no la retira definitivamente hasta el décimo quinto dia renovándola cada dos. Esta es tambien la práctica seguida por el Sr. Viforcos, quien en algunos casos la deja todavía mas tiempo, sobre todo en los enfermos que no merecen bastante confianza para permitirles el autocateterismo.

Resección de la uretra.

La colocación de una sonda permanente, constituye el tercer tiempo de ésta operación. Sobre ella se verifica la sutura

de los extremos uretrales y cuando esto no es posible, sirve de molde para formar un nuevo conducto á expensas de los tejidos peri-uretrales en el sitio de la resección. Después de la operación evita el contacto de la orina y mantiene la forma y calibre del nuevo conducto durante los seis ú ocho primeros días, que es ordinariamente el tiempo necesario para la consolidación de la sutura cuando va seguida del éxito, y, si fracasa, la fistula resultante puede ser tratada por la sonda permanente ó por el cateterismo intermitente, según las circunstancias, como hemos indicado.

En las resecciones totales no seguidas de sutura, la sonda permanente es insustituible, siendo necesario mantenerla colocada mucho más tiempo para hacer que se verifique sobre ella la formación del nuevo conducto uretral. Si resulta difícil la introducción de la sonda blanda en las frecuentes ocasiones en que hay

que cambiarla para su perfecta limpieza, se la auxilia con los dedos desde la herida perineal observando las debidas precauciones antisépticas. Cuando en las estrecheces infranqueables de la uretra, en las cuales fué necesario el cateterismo retrógrado para encontrar el extremo posterior de la uretra despues de la uretrotomía externa y de la resección uretral ó como operación previa para facilitar la ejecución de aquella, la sonda permanente es de gran utilidad, para evitar que la orina salga por la herida vesical. Es en estos casos frecuentemente difícil el cambio de la sonda porque suele estar desviado el extremo posterior por los nodulos esclerosos antiguos. Reichel recomienda para obviar estas dificultades el procedimiento siguiente de Trendelenburg. Durante los diez á catorce días que siguen á la operación, es introduce una bujía elástica gruesa en la uretra de tal manera que se hace

salir de nuevo por la herida vesico-abdominal el extremo introducido en la vejiga y se le une con el otro extremo por medio de un hilo. Despues de la fecha mencionada, se le sustituye por una sonda elástica, para lo cual se reune por medio de una seda el pico de esta sonda con la extremidad periférica de la bujía y se hace salir entonces á ésta última por la herida abdominal. De ésta manera la seda sale por la herida abdominal y el cateter entra en la vejiga. Siguiendo este procedimiento, puede cambiarse este cateter con la frecuencia que se quiera hasta que la introducción de una bujía por la uretra no encuentre dificultades. Entonces se deja que la herida abdominal que entretanto se ha estrechado ya alrededor de la seda, se cierre en virtud de la supresión de ésta.

Permaneciendo abierta la herida perineal, será raro que haya necesidad de apelar á este medio, porque el dedo introducido

por aquella, permite guiar el pico de una sonda blanda armada de un buen mandrin, y aun sin la abertura, cuando es bien tolerada la sonda durante cinco ó seis días seguidos, suele ser fácil reintroducirla inmediatamente.

Tambien en las diversas operaciones autopeásticas para remediar el epispadias y sobre todo el hipospadias presta importantes servicios la sonda permanente para evitar el contacto de la orina, una de las varias causas de los frecuentes fracasos.

Próstata.

Traumatismos. De todos los traumatismos de la próstata, en los casos de caminos falsos producidos por un ~~cateleptismo~~ mal dirigido donde tiene un indicación formal el empleo de la sonda permanente la cual cohíbe la hemorragia, impide la infiltración de orina y la infección que traería consigo la formación de un fle-

món prostático. Además, sustituye al cateterismo repetido, que sería peligroso por la tendencia del pico de la sonda á seguir la falsa vía, agrandándola y multiplicando las probabilidades del flémón prostático .

En las fistulas consecutivas á la abertura de los abscessos prostáticos, presta grandes servicios. Pocas veces es suficiente por sí sola, pero es un coadyuvante post-operatorio de gran importancia, porque evita el contacto de la orina con la herida operatoria.

Hipertrofia.

A pesar de los plausibles esfuerzos de los cirujanos para llegar á la curación radical de la hipertrofia de la próstata por medio de la prostatoectomía, las reglas sabiamente formuladas por el gran maestro de la urología moderna Dr. Guyon para

el tratamiento paliativo no han perdido nada de su importancia y uno de los principales factores de este tratamiento (el único aplicable en gran parte de los casos) es la sonda permanente, la cual sirve para combatir diversos accidentes muy frecuentes en el curso de esta afección y más ó menos graves.

Retención.

El tratamiento racional de la retención, es el cateterismo repetido practicado con regularidad; pero en la hipertrofia de la próstata, las modificaciones que sufre la uretra al atravesar la glándula, tanto en su dirección como en longitud y calibre, hacen con frecuencia difícil el ateterismo, siendo estas dificultades mayores en los casos de retención, porque temporalmente está más aumentado el volumen de aquella por la congestión, la cual es aumentada y sostenida por el estado de retención. En tales circun-

tancias que solo despues de largas y penosas tentativas se llega á introducir la sonda en la vejiga ha de sentirse como dice Thompson, la tentación de dejarla permanente para no exponerse á las mismas desazones en el cateterismo siguiente. Tal modo de proceder tiene además la ventaja de dejar en reposo la vejiga, con lo cual desaparece la congestión que había motivado el ataque de retención y al cabo de 24 ó 48 horas será posible volver al cateterismo repetido á la micción natural (según el periodo de la afección) como antes del accidente.

La sonda preferible es la acodada de Mercier de goma elástica provista del mandrin acodado de Guyon que permite dar á la sonda la rigidez necesaria y retirando el mandrin un poco, se convierte la sonda en biacodada conveniente en algunos casos para amoldarse á la deformación prostática.

Poliuria refleja. Los retencionistas prostáticos con poliuria, aunque sea fácil el cateterismo, exigen el empleo de la sonda permanente cuando la cantidad de orina llega á cuatro ó cinco litros en las 24 horas, porque llenándose en seguida la vejiga, sería necesario repetir aquel muchas veces, haciéndose pronto doloroso, La sonda permanente suprime la distensión vesical, causa de la poliuria , al mismo tiempo que la congestión, que causa la retención y la irritación exagerada por los cateterismos muy repetidos.

En la retención con distensión grande de la vejiga y atonía, puede prestar un servicio importante la sonda permanente, pues dejando en reposo la vejiga durante algún tiempo, pueden sus paredes recobrar la tonicidad perdida cuando la esclerosis de las mismas no está todavía muy adelantada, como suele ocurrir. Algu-

nos cirujanos temen en estos casos la sonda permanente porque favorece extraordinariamente la infección de la vejiga, prefiriendo por lo mismo el cateterismo intermitente. En realidad, las probabilidades de la infección son iguales en ambos casos, dada la gran susceptibilidad de estos enfermos. La mayor ventaja del cateterismo intermitente, estriba en que los enfermos pueden pasear, lo cual disminuye la congestión prostática, pero para ser eficaz exige muchísimos cuidados de limpieza y ser practicado metódicamente sin esperar que el paciente sienta necesidad de orinar, porque la sensibilidad de su vejiga á la tensión está disminuida.

Siendo en la práctica mucho más fácil atender a las exigencias del cateterismo repetido durante el dia que durante la noche, pueden compaginarse las ventajas de ambos métodos como aconseja Guyon: practicando el cateterismo metódico durante el dia y dejando per-

manente la sonda durante la noche, lo cual tiene además la ventaja de no perturbar el sueño del enfermo.

En todos los casos de retención de orina por hipertrofia de la próstata que haya necesidad de dejar permanente la sonda, es menester, al vaciar la vejiga, tomar las mismas precauciones que con el cateterismo evacuador para evitar la hemorragia ex vacuo: para lo cual se procede á la evacuación en sesiones sucesivas, obturando la sonda en los intervalos con una pinza de forcipresión ó un tapón.

Las hemorragias que algunas veces se presentan á consecuencia de la congestión prostática, cesan con la sonda permanente que suprime la causa y verifica el taponamiento.

Infeccción.

La sonda permanente en los prostáticos infectados, cons-

tituye un recurso terapeútico de gran valor como muy gráficamente lo expresa Guyon. "La sonda permanente bien manejada es el antiséptico por excelencia de la infección urinaria".

Lá cistitis en los prostáticos es tan frecuente que casi constituye un síntoma; es siempre una complicación grave, sobre todo en los prostáticos del segundo y tercer periodo por la concurrencia de varias circunstancias -edad avanzada, alteraciones renales, trastornos digestivos, etc.- las cuales disminuyen los medios de resistencia para la infección. Exige pues un tratamiento pronto y eficaz que no puede ser idéntico á la de los no prostáticos. En estos está íntegra la contractilidad vesical lo cual constituye una salvaguardia para la infección ascendente: cada micción es un autolavado que expulsa gran parte de los microrganismos y sus venenos; falta el remanente de orina vesical de los pros-

táticos y la misma frecuencia de la micción contribuye á la expulsión de los germanes, circunstancias todas que nos explican la rareza de las nefritis y pielonefritis exceptuando, claro está, los casos de cistitis inveteradas, sobre tod, si coexisten estrecheces, pues en estos casos se vacía mal la vejiga como en los prostáticos. En la cistitis de estos últimos, concurren circunstancias enteramente opuestas á las mencionadas. Trátase de enfermos que ya han sufrido varios ataques de retención, cuyos efectos no se limitan á la vejiga, sino que alcanzan á los ureteres, pelvis y riñones, que se traducen principalmente para este último por fenómenos congestivos que debilitan su función eliminadora. Por otra parte, la vejiga se vacía mal no solo por el remanente que queda en el bajo fondo, sino porque su contractilidad está disminuida. Se comprende que en un terreno de tal modo preparado, pueda in-

fectarse con suma facilidad y la gravedad de la misma infección, tanto por estar favorecida la propagación ascendente hasta los riñones, como por la posibilidad de la infección descendente de este órgano por la vía sanguínea. El poder absorbente de la mucosa vesical es insignificante en el estado normal, gracias al epitelio pavimentoso que la recubre, pero la cistitis determina la caída del epitelio en muchos puntos por donde ya puede verificarse la absorción y pasar á la sangre las toxinas y los gérmenes. Además estos enfermos ya han sufrido muchos cateterismo que han determinado múltiples escoriaciones en la uretra por donde puede verificarse durante la micción la absorción de los gérmenes y sus venenos en cantidades masivas -pues la uretra tiene un poder absorbente mayor que la vejiga en igualdad de condiciones- que al eliminarse por el riñón producen la nefritis descendente y sien-

do cada vez mas insuficiente para la depuración orgánica, se acumulan aquellos en la sangre.

Resulta, pues, que en la cistitis de los prostáticos, la vejiga es un foco de infección local y de difusión de la misma infección; y siendo la orina el vehículo de los microbios y sus venenos, la manera mas racional de evitar la difusión de la infección como de agotarla, en su foco, sea el drenaje permanente de la vejiga, el cual se consigue con la sonda permanente ó con la cistotomía.

La sonda permanente es suficiente en la mayoría de los casos; baja la fiebre, desaparecen los trastornos digestivos, la lengua se limpia y pone húmeda y por fin, la orina ya recobrando sus caracteres normales, lo cual hemos observado varias veces. Para obtener tan beneficiosos resultados, es necesario que su

funcionamiento sea perfecto, que la orina salga continuamente al exterior. De este modo casi se suprime en absoluto la absorción de los productos sépticos por la vejiga y uretra.

Excusado es decir que el desagüe permanente por la sonda no excluye los lavados antisépticos, los cuales coadyuvan al agotamiento de la infección vesical. La sonda permanente es en definitiva no mas que el tubo de drenaje de un foco séptico destinado á llevar al exterior los exudados sépticos para evitar su absorción. Los exudados en este caso particular, están representados por la orina con los gérmenes y toxinas que contiene. Así como en un ~~muñón~~ de amputación, por ejemplo, si ~~drenaje~~ basta generalmente si sobreviene la infección desprender ~~algunos~~ puntos de sutura y colocar un tubo de drenaje para que los ferómenos de infección remitan; de la misma manera desparacen los de infección.

urinaria de origen vesical cuando se verifica un buen desagüe de esta cavidad.

Los resultados obtenidos por Guyon son bien demostrativos. de 49 prostáticos con accidentes infecciosos agudos caracterizados por accesos de fiebre variando entre 38 y 40 grados y con un estado general más ó menos grave, tratados por la sonda permanente, la curación fué completa al cabo de 24 horas en 8 casos; de dos días en 6; de tres en 10; á los cuatro días 5 veces; á los cinco una vez, y á los seis 3 veces. La defervescencia fué regular en la mayor parte de los casos; en algunos sufrió ligeras oscilaciones, pero fué completo á los seis días en los 38. Despues de retirada la sonda, la temperatura continuó normal, lo cual demuestra que no se trataba solo de un alivio temporal. En los once casos restantes ó sea el 23 por 100, los accidentes per-

sistieron á pesar de la sonda permanente. (Anales de las enfermedades de las vías urinarias 1895 pag. 388).

De estos hechos se deduce que la sonda permanente proporciona un desague eficaz en un gran número de casos y que cuando los síntomas no remiten á pesar de su buen funcionamiento después de 5 ó 6 días, es absurdo insistir en su empleo porque está plenamente demostrada su ineficacia. Es en estos casos que está justificada la cistotomía suprapubiana, que permite un drenaje mas amplio y una mayor facilidad para los lavados antisépticos.

Desgraciadamente, cuando fracasa la sonda permanente los éxitos de la operación antedicha, son contados; sin duda porque en cuanto se decide la intervención está la intoxición demasiado avanzada y las lesiones renales profundas. Poncet de Lion y sus imitadores, practican la cistotomía casi sistemáticamente,

en todos los prostáticos infectados; por eso sus estadísticas son mucho mas brillantes que las de Guyon y sus discípulos, que solo la practican cuando ha fracasado la sonda permanente, que son los casos desesperados. Por lo demás, los resultados del método de Poncet, no son superiores á los obtenidos por Guyón con la sonda permanente y al cabo de mas ó menos tiempo, los operados mueren tambien por infección á pesar de la mayor facilidad de los lavados y del desague.

Despues de la prostatoectomía, sea por la vía suprapubiana ó por la perineal, que es la preferida, y lo mismo despues de la extirpación de los tumores de la glándula, es necesaria la colocación de una gruesa sonda permanente para proteger la herida del contacto de la orina.

La retención consecutiva á los neoplasmas de la próstata

cuando el cateterismo es muy difícil, solo temporalmente puede ser combatida por la sonda permanente, mientras no se hace la cistotomía que es el único recurso terapeútico cuando no es posible la extirpación, que es lo frecuente.

Vejiga.

Traumatismos. La sonda permanente puede desempeñar un importante papel en el tratamiento postoperatorio, pues hoy se recomienda practicar inmediatamente la laparotomía, que á la vez que permite fijar el diagnóstico y examinar las lesiones de los otros órganos, permite, si es posible, hacer la sutura de la vejiga, sobre todo en las intraperitoneales. Aquella manteniendo vacía la vejiga, evita que las paredes entren en tensión y se desgarre la sutura. En las extraperitoneales inaccesibles a la sutura, la son-

da permanente evita la infiltración, permitiendo esperar la cicatrización, conducta seguida por Hofmokl en un caso de ruptura intra y extraperitoneal á la vez practicada la laparotomía 10 horas después del accidente (caída desde un 2º piso) apreció una ruptura de 3 centímetros al nivel del vértice que suturó con seda fina en dos planos; y otra escondida detrás del píbis que no pudo suturar (por lo cual tampoco cerró completamente la pared abdominal) y colocó una sonda permanente que evitó que la roina saliera por la herida extraperitoneal; el enfermo estaba curado al cabo de tres semanas. (Anales, pag. 63, 1891).

La sonda permanente exige en estos casos una vigilancia asidua, porque facilmente se obtura con los coágulos sanguíneos en las primeras horas, y llenándose la vejiga, haría fracasar la sutura y á la orina, infiltrarse en los tejidos. Cuando la orina.

se ha infiltrado en los tejidos perivesicales y hay fenómenos de infección, la sonda permanente es insuficiente, siendo necesario el desagüe suprapubiano

La sonda permanente constituye el elemento esencial del tratamiento postoperatorio en la talla hipostrica seguida de sutura por las razones antedichas. Cuando aquella no puede ser completa por el estado séptico de la vejiga y por temor á la hemorragia como sucede en algunos casos despues de la extirpación de un tumor, la sonda permanente, es inútil, porque el desagüe se verifica por los tubos introducidos en la vejiga por la abertura suprapubiana. Pero una vez retirados aquellos, es necesario el desagüe permanente por la sonda para evitar el paso de la orina por la herida del hipogastrio, con lo que se consigue su rápida cicatrización.

La pequeña herida del cateterismo retrógrado cicatriza rápidamente sin sutura gracias á la sonda permanente, según hemos podido observar en tres enfermos operados por el Dr. Viforcos. En las fistulas consecutivas á los traumatismos vesicales tambien la sonda permanente puede prestar importantes servicios, sobre todo en las fistulas altas vesico-cutáneas de trayecto largo, evitando la salida por ellas de la orina; claro está que es además necesario suprimir por medio de incisiones complementarias los recodos y senos para convertirlos en fistulas de trayecto sencillo. Cuando las fistulas radican en las partes declives, la sonda es inútil por sí sola; pero es un ~~grande~~ recurso postoperatorio despues de la sutura como ocurre en las vesico-vaginales en la muger.

Litotricia. Muy diferente es el parecer de los diversos cirujanos respecto á la utilidad de la sonda permanente despues de esta operación. Guyon y sus discípulos la emplean casi sistemáticamente, manteniéndola un tiempo más ó menos largo, según el estado de la vejiga y uretra, el grado de trituración de la piedra, el volumen de la próstata y sobre todo, la marcha de la temperatura. No habiendo fiebre, aconsejan retirarla al cabo de veinticuatro ó cuarenta y cohó horas; en el caso contrario debe permanecer más tiempo. Como las orinas son sanguinolentas, por lo menos durante el primer dia, es necesario vigilar mucho la sonda para en el caso de obstruirse por los coágulos, practicar por la misma inyecciones de agua bórica ó la solución al milésimo de nitrato argentico.

El objeto de la sonda permanente, según dichos autores,

es favorecer la evacuación progresiva de los fragmentos no arrastrados por medio de la aspiración evitando de este modo el que hieran la uretra, ya bastante lastimada por el paso de los instrumentos, favoreciendo la infección. Tanta importancia le concede Legueu, que en la obra de Le Dentu y Delbet (tomo 9º pag. 284) se expresa así:"Creemos que si no resulta posible la evacuación subsiguiente á una litroticia incompleta, ni puede colocarse una sonda permanente, se debe recurrir á la talla hipogástrica".

Thompson que no practicaba la aspiración después de la trituración de la piedra, no recomienda la sonda permanente, dejando que los fragmentos salieran ~~expontáneamente~~ arrastrados por la orina en los días siguientes. Chalot no la menció a siquiera y Reichel tampoco, aun en el caso de que ~~se~~ presenten algunos fenómenos febriles, contentándose con los lavados.

De siete litotricia que hemos presenciado en el Hospital clínico de Santiago, practicadas por nuestros maestros en enfermos cuyo curso postoperatorio hemos seguido por ocupar la sala donde prestábamos servicio de internos, á ninguno se le colocó la sonda permanente; en seis de ellos, no se presentó accidente ninguno; en el otro que tenía además del cálculo, una cistitis, sobrevino un flemón del espacio de Retius que quizás hubiera evitado la sonda permanente. En un número mucho mayor que hemos presenciado en la clínica del Dr. Viforcos, sólo una vez hemos visto emplearla en un enfermo con ligera hipertrofia de la próstata; los resultados son igualmente brillantes.

Cistitis. No llena ninguna indicación la sonda permanente en las formas vulgares, mientras la vejiga se vacía espontáneamente de una manera completa, excepto en las formas muy sépticas con

síntomas generales.

En las llamas por Guyon cistitis dolorosas, caracterizadas por una exagerada sensibilidad á la tensión hasta el punto que la inyección de diez á veinte gramos, determina un violento dolor, teóricamente la sonda permanente debía prestar grandes servicios, porque, manteniendo vacía la vejiga, queda suprimida la causa del dolor y la frecuencia de las micciones que atormentan á los pacientes. Legueu dice haber obtenido con su empleo varios éxitos en casos de ésta naturaleza y Guyon refiere el caso de una enferma con cistitis dolorosa que había mejorado después de la cistotomía, pero al cerrarse la fistula se reprodujeron los dolores con la intensidad primitiva, siendo la sonda permanente el único medio de alivio. Sin embargo, solo tiene importancia como medio paliativo y muy rara vez curativo, porque la extensión de las le-

siones exige un tratamiento directo que no puede realizarse con la sonda. De aquí la necesidad de la cistotomía; solo en los casos de mediana intensidad puede esperarse algún resultado del uso de aquella.

En los casos de cistitis membranosa, merece ensayarse pues si los fragmentos de las falsas membranas pueden atravesarla ayudando su expulsión con los lavados frecuentes y una vigilancia asidua para que no se obstruya, puede esperarse un resultado favorable, con tanto mayor motivo, cuanto que la cistotomía es una operación grave en estos enfermos por el estado altamente séptico de su vejiga y el deplorable estado general.



Cuadro de observaciones.

Siendo nuestro objeto poner de relieve los resultados obtenidos con la sonda permanente, prescindiremos de todos los detalles que no se refieran á éste fin.

1^a Cama N° 16 de la sala 32.

N. N., natural de Cuenca de 45 años, labrador; ingresa con una gran tumoración que comprende la parte anterior del periné y el escroto, dura al tacto no descubriéndose ningún punto de fluctuación; poco dolorosa á la presión y piel de color normal. En el periné se descubren las cicatrices de dos fistulas curadas

espontáneamente. Con el explorador olivar de Guyon se descubre una estrechez del cuello del bulbo. Uretrotomía interna el 6 de Marzo de 1903 y sonda permanente que se mantiene cinco semanas. Ningún accidente y la tumoración desaparece sin supurar.

2a Cama N° 14 de la sala 32.

N. N., de 32 años, natural de Cádiz, cochero. Procedente del Hospital de S. Juan de Deios ingresa el 27 de Mayo último con una fistula reciente situada en la parte media de la uretra peniana resultante de un absceso abierto con el bisturí y una estrechez muy dura también en la uretra peniana. Al ~~dia~~ siguiente de su ingreso, uretrotomía interna y sonda de extremo cerrado permanente durante tres semanas. Curación de las fistulas y calibración de la estrechez sin accidentes.

34 Cama N° 6 de la sala 32.

N. N. de Madrid, de 28 años. Ingresa el 3 de Diciembre de 1902 con una tumoración dura del tamaño de un huevo de gallina situado en la parte posterior del periné; la piel normal y deslizable sobre el tumor. Uretrotomía interna y sonda permanente durante 15 días. El tumor disminuye progresivamente sin supurar. Este enfermo fué después varias veces á la consulta para continuar la dilatación

44 Cama N° 20 de la sala 32.

N. N. de Madrid, 35 años, ingresa el dia 27 de Noviembre último con una grave infiltración de orina que invadía el escroto y periné. Uretrotomía interna el mismo dia, sonda permanente y abertura del foco de infiltración. Permaneció colocada la sonda 17

días saliendo voluntariamente del hospital con una pequeña fístula.

5^a Cama N° 8 de la sala 32.

dia N. N. de 42 años, ingresa con síntomas generales de infección urinosa; infiltración de orina invadiendo el escroto, periné é hipogástrico. Placas de esfacelo en el escroto y fístulas por donde salía pus espeso fétido y escasa cantidad de orina. Con el explorador Guyon se reconoce una estrchez muy apretada del cuello del bulbo. Se hace la uretrotomía interna, seguida de la colocación de una sonda á permanencia é inmediatamente, incisiones múltiples sobre los focos sépticos. Los ~~síntomas~~ generales ceden con lentitud y pasan varios días antes de hacerse franca la mejoría. Se ha mantenido colocada la sonda permanente cuatro meses sin ha-

e.

ber ocurrido accidentes, saliendo curado.

6a. Cama N° 16 de la sala 32.

N. N., de Gijón, operado de uretrotomía interna el dos de diciembre último, seguida de la colocación de una sonda de Nelatón permanente. El mismo enfermo, por las molestias que le causaba, se la sacó en la tarde del mismo dia, sintiendo al poco rato un violento escalofrío, seguido de calor y sudor. En la mañana siguiente fué colocada otra vez siento tolerada durante los cuatro días siguientes sin repetición de la fiebre.

7a Cama N° 19 de la sala 32.

N. N., de Granada. Uretrotomía interna el mismo dia que el anterior, seguida de la aplicación de una sonda de Nelatón. Ligero

f.

escalofrío y fiebre el mismo dia de la operación, que se repitió con menos intensidad la noche siguiente y desde entonces apiretico hasta el dia 6 que se retiró la sonda.

8^a Cama N° 25 de la sala 32.

N.N., de Mérida (Badajoz). Ingresa el dia 3 de Diciembre de 1903 con fístula uretroperineal resultante de un absceso padecido en Mayo último. Uretrotomía interna y sonda permanente el mismo dia. Apiretico los dos primeros días, se presentó un escalofrío el dia 5 por la noche, no repitiéndose en los siguientes.

9^a Cama N° 9 de la sala 21.

N. N. de 10 años, natural de Argamasilla de Alba (Ciudad Real). Flemon perineal hace tres años del que quedaron dos fístu-



las que todavía existen, situadas en el nivel de la raiz del escroto á pocos milímetros del meato. Uretrotomía interna el 18 de Enero (siguiente de su ingreso) del corriente año y sonda permanente. Sin fiebre hasta la fecha (28 de Enero) teniendo todavía la sonda, esperando la curación de las fistulas, por las que salen dos ó tres gotas cuando orina á chorro.

10⁴ Cama N° 10 de la sala 21.

N. N. de Chaves (Lugo) de 45 años. Estrechez del cuello del bulbo é induración periuretral extendida á ambos lados de la estrechez. Uretrotomía interna y sonda permanente el mismo dia que el anterior. Esta permaneció colocada 10 días, sin fiebre. La sonda produjo una exudación purulenta bastante abundante, siendo de notar que la induración periuretral ha disminuido considerablemen-

h.

te.

11^a. Cama N° 18 de la sala 21.

N. N. de 53 años, de Madrid. Estrechez del cuello del bulbo
é induración difusa periuretral en la porción perineoescrotal.
Uretrotomía interna el dia 22 de Enero último y sonda permanente.
Sin fiebre á pesar de haberse escapado la orina entre la sonda y
uretra. La induración periuretral, disminuye, pero con más lenti-
tud que en el caso anterior. Por esto y por continuar turbias las
orinas continúa todavía con la sonda permanente en la fecha (30 de
Enero).

12^aCama N° 1 (cirujía) de la sala 21.

N. N. de Villarino (Lugo) Hace cuatro años fué cogido en
Bilbao entre los topes de dos vagonetillas al nivel de un plano que

pasase por el hipogastrio y región perineo-anal (hallábase inclinado hacia adelante en el momento del accidente). Pérdida del conocimiento en dicho momento, gran hematoma perineo escrotal, hemorragia por varias soluciones de continuidad y rotura de la uretra profunda y del recto. Al poco rato le fué colocada una sonda de Nelaton del N° 20 por el meato, pero sin fijarla por lo que fué expulsada pronto; se repiten las maniobras 5 ó 6 veces con el mismo resultado. Despues del 6º dia, ya no fué posible colocar la sonda, orinando desde entonces por la fistula uretro-rectal sin poder retener la orina mas de 2 horas. Ingresó en la sala del Dr. Viforcos el dos de junio ultimo. El dia 17 ^{del mismo} mes, despues de intentar en vano pasar un cateter de Syme desde el meato para practicar la uretrotomía externa se procede al cateterismo retrógrado dejando permanente una sonda de Nelaton. En la actualidad continua

j.

aún con la sonda; la herida de la uretrotomía externa ha curado y la fístula uretro-rectal se ha reducido considerablemente. En todo este tiempo no ha temido mas accidente que un pequeño absceso en el escroto. La induración periuretral que señalan los autores como consecuencia de la larga permanencia de la sonda, falta en este enfermo.

Se han pasado algunos días, empieza

to d la vez. 13^a Cama N° 20 de la sala 21.

N. N. de Balsa de Bee (Albacete). Operado el 22 de noviembre último de talla perineal para extraer dos voluminosos cálculos de la vejiga. La herida se cerró sin accidente, pero desde entonces siente dolor vivo durante la micción, que es frecuente. El dia 22 de enero último, se le colocó una sonda permanente, que fué bien tolerada, y han cesado los accidentes.

k.

14^a Cama N° 2 de la sala 21.

N. N. de 19 años, natural de Peraleda de S. Román (Cáceres).
El dos de junio de 1902 recibió un traumatismo sobre la región anal producido por la lanza de un carro. A los tres días se presentó retención, habiéndole practicado el cateterismo con una sonda blanda y pasados algunos días, empieza á orinar por el recto y el meato á la vez. Ingresa el 28 de septiembre último. Uretrotomía interna el 30 y sonda permanente hasta el 4 de enero. La fístula se ha cerrado continuando todavía en la sala para practicarle la dilatación metódica durante algún tiempo.

15^a Cama N° 5 de la sala 21.



N. N. de 24 años, natural de Casas de Millan (Cáceres).

Operado de litotricia el 27 de enero último; sin sonda permanente; á las 7 1/2 de la tarde la temperatura era de 37'3 no sintiendo más que dolor al orinar. Salió el 3 de Febrero.

16^a Cama N° 21 de la sala 21.

N. N. de Huete (Cuenca) de 42 años. Estrechez tratada por la dilatación gradual. El dia 13 de enero fué atacado de escalofríos y fiebre que se repitieron varias veces, lengua sucia, anorexia, etc. , por lo que se le colocó una sonda permanente remitiendo todos los fenómenos de infección en los dos días siguientes.

17^a Cama N° 15 de la sala 32.

N. N. de 23 años, periodista, fistulas uretro perineales y estrechez infranqueable del cuello del bulbo. El 5 de Octubre, ex-

tirpación de los tejidos fibrosos que rodeaban las fistulas y sutura en dos planos; sonda permanente. A los cuatro dias, se cambia el apósito y se nota que los dos puntos posteriores se han infectado, quedando una pequeña fistula. La sonda permanente continúa seis días más, siendo sustituida por el cateterismo intermitente que el enfermo se practicaba con mucha limpieza. Sale de la sala el dia 15 de noviembre con una pequeña solución de continuidad superficial, por la que ya no salía la orina.

18º Cama N° 18 de la sala 32.

N. N. de 25 años, empleado. Fístula uretro-perineal, por la que salía toda la orina en el momento de la micción, rodeada de tejidos muy duros. Resección parcial el 27 de Septiembre, sutura y sonda permanente durante 15 días, al cabo de los cuales, se levantó

n.

ta y sale del hospital llevando colocada la sonda que no le molestaba nada, obturando su extremo con un tapón que retiraba cada tres horas. Asistió á la consulta durante 40 días para cambiar y lavar la sonda, llamándonos la atención el que no escapase nuna la orina entre la sonda y la uretra.

Madrid 29 de Febrero de 1904

Berito Pauzo González



Admisible
M. G. A. S. A. M.

Admisible
F. H. Oñor

Practicado el ejercicio el 11 de mayo del 1904, nunció la clasificación de Sobresaliente

Arturo de Pedrono

Manzanares

Leobardo Alvarado

Federico Oloriz

J. P. Oloriz



Digitized by Google

