

General D. Gulian
81-7-A-N 8-

1883

717

Ca 2529



[Handwritten signature]

22548481-2

2528232-1



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315396527



b 184 84256
n 25483675

31-7-18

4/4

Procedimientos para la Operación de la Gallina

Memoria leída en el ejercicio del
Doctorado en Medicina por el li-
cenciado Dⁿ Julián Pascual Ortega



Ílmo Sr.



Es indudable que las primeras im-
presiones recibidas al penetrar en un
terreno que nos es desconocido, son las
que mas se fijan en nuestra imagi-
nacion y las que, en medio de la mul-
tiplicidad de ideas que se van adqui-
riendo conforme avanzamos en el cono-
cimiento de dicho campo, siempre se
conservan como recuerdo perenne, sin

2.
que sea suficiente a borrarle o debilitarle la costumbre que adquirimos despues de ver y presenciarse lo mismo que primero nos impresionó.

Iniciándome estaba yo en el árido terreno de la anatomía cuando vi practicar la operacion de la Palla: grande fue el efecto que me produjo cuyo recuerdo conservo con todos sus detalles y mas grande aun mi admiracion hacia el arriano en quien veia representada la prodigiosa ciencia con sus sorprendentes aplicaciones. Mi admiracion creció sobre manera cuando pasado un mes el individuo a quien antes de la opera-

3
cion habia visto enojado en el lecho, con faldes y demacracion extremas quejándose continuamente, se encontraba pasando tranquilo, de buen color y bien nutrido sin que nada le molestase.

Al ver este grandioso resultado, la curiosidad me llevo, aun sin conocer la disposicion y relaciones de los organos a leer la manera de extraerlos calculos vesicales.

Posteriormente, siendo alumno interno, he tenido que asistir en varias ocasiones a dicha operacion y con este motivo y enagado en algunas de la observacion del caso he vuelto a leer

con mas calma y algun conocimiento mas lo relativo a' los procedimientos operatorios de la talla oyendo sobre este punto las sustanciosas explicaciones de un eminente profesor.

Obligado hoy por la ley a' presentar un trabajo ante los sabios jueces que me escuchan, no encuentro en el limitado campo de mis conocimientos asunto que poder desarrollar con acierto para obtener su beneplácito y en esta perplejidad el recuerdo de mis primeros pasos e impresiones en la carrera, me inclinan a' exponer las ideas que fui adquiriendo desde entonces respecto a' los procedimientos en

la operacion de la talla.

Pero manifestare sinceramente al respetable tribunal que no ofreciendo particularidades de importancia en el fondo ni en la forma, solo la necesidad, me obliga a' presentarlas a' su elevado juicio.

Indispensables me son cuanto benignidad e indulgencia puedan tenerse en estos casos y yo espero que no me las negaran en atencion si quiera a' dejarme la esperanza y el deseo de llegar a' hacer algo que valga mas.

Contando pues, con ellas, dare principio a' mi asunto exponiendo al

unos datos históricos sobre la talla.
 examinare después los detalles mas im-
 portantes de la region en donde se prac-
 tica, como base de los distintos procedi-
 mientos: dare una idea de estos y en-
 trare a compararlos y a juzgarlos pa-
 ra ver cual es el preferible, terminan-
 do con lo principal de los tiempos o-
 peratorios.

1
 Celso fue el autor de la pri-
 mera memoria que se conoce sobre la opera-
 cion de la talla, pero indudablemente que
 ha debido existir en la historia de las enferme-
 dades calculosas de la vejiga un periodo
 anterior.

En los escritos de Hipócrates se en-
 cuentra citada dicha operacion pero han
 jurado a sus discipulos que no la practi-
 carian lo cual se explica porque la li-
 totomia abandonada en manos de cer-
 tos operadores ambulantes constituia
 por si sola una profesion no muy estima-
 da del publico.

El procedimiento descrito por Celso
 llevaba el nombre de incision sobre la

piedra. Sencillo era el método y sencillos también los instrumentos por lo cual se le dio mas tarde el nombre de pequeño aparato distinguiendola así del grande aparato que se empleó en épocas posteriores.

Colocado el enfermo sobre los omoplates de dos hombres sentados el uno frente al otro, el cirujano sin valerse de conductor alguno introducía dos ó tres dedos en el recto para apuñalar la piedra a través de sus paredes y una vez conseguido doblaba la estremidad de aquellos procurando que hiciera prominencia en la region perineal y a continuación incidía semicircularmente todos los tejidos hasta llegar al cuerpo extraño, de aquí el nombre de incision sobre la piedra. Se terminaba la operacion sacandola con los dedos ó

con ayuda de un gancho.

En rudimentario y cruento procedo duró por espacio de muchos siglos practicandose aun en Europa durante el XVII.

En el periodo del renacimiento variaron los métodos y se aumentaron profusamente los instrumentos.

De tres maneras se talló en esta época. Una de ellas creada por Juan de Romanos y puesta en voga por su discípulo Mariano Santus recibio el nombre de método mariano ó grande aparato. Consistia la operacion en practicar una incision al lado del rafe se abria la uretra hacia la porcion membranosa sobre un conductor y se terminaba desgarrando violentamente lo restante del conducto y cuello de la vejiga por medio de un dilatador, cuyas ramas se introducian

separadamente por la herida hecha con el bisturí. Tanto para extraer el cálculo como para la dilatación se empleó un lujo de instrumentos ingeniosos y complicados.

La operación practicada de este modo tan violento y tan bárbaro, no podía menos de dar pésimos resultados y ocasionar en breve su descrédito. En algunos países sin embargo y para determinadas ocasiones siguió poniéndose en práctica hasta principios del siglo XVIII.

Otro método que de aquella época data es el denominado alto aparato o litotornia supra pubiana que apareció a fines del siglo XVI y que con muy pocas modificaciones es la talla hipogástrica de nuestros días.

Un tercer método inventado durante el siglo XVI por Pedro Franco según se cree y vulgarizado en el XVII por

el célebre Fray Jacobo es el siguiente:

Después de colocar un conductor que no estaba acanalado pero que servía para guiar al operador a la vejiga, introducía el litotomo un cuchillo largo en la fosa isquio rectal y penetraba así en el reservorio urinario por encima de la próstata. Conduciendo después el corte del instrumento de atrás adelante practicaba en un solo tiempo la división de los tejidos.

Vemos que este procedimiento aunque groseramente ofrece ya un esbozo de nuestra operación lateral actual.

Para lo expuesto para darnos una idea de los procedimientos operatorios usados en la antigüedad y cuya evolución hasta nuestros días no es del caso seguir, pues las modificaciones establecidas en el transcurso del último siglo

y la perfeccion llamada modernamente tanto en el manual operatorio como en el modo de verificar la talla las vemos en los diversos procedimientos que hoy se ponen en práctica con mas o menos preferencia y de los que tratare' enseguida.

Pero antes creo un deber manifestar que los Arrijanos Españoles en esta como en otras operaciones han estado y estan a la altura de los mas distinguidos de Europa y que si algunos procedimientos no llevan su nombre y si el de otros, débese no a que les faltase el derecho de primacia para dárselo sino a que su modestia tan grande siempre como sus conocimientos y habilidad en el arte les hace ver pequeno lo que los demás encuentran muy suficiente para laurarlo a la publicidad como innovaciones de gran importancia.

Muchos de nuestros antepasados podria citar y muchos contemporaneos tenemos a la vista con titulos bastantes para llamar la atencion del mundo científico como los primeros de otros paises.

II.

Despues de estos breves datos históricos de la talla parare' a ocuparme de los metodos y procedimientos que se emplean en la actualidad para determinar cual es el que ofrece mayores ventajas y claro es que bajo alguno sare hemos de partir para ventar el juicio de los distintos procederes y darnos razon de sus variedades la cual no puede ser otra que el estudio de la region donde hemos de fraguar el cameno, si no en sus minuciosos detalles con los principales datos al menos

para nuestro objeto.

La vejiga colocada en la parte anterior de la excavacion pelviana inmediatamente detras de los pubis puede ser atacada o por encima de estos huesos, region hipogastrica, o por el fondo de la cavidad que la contiene, region perineal.

He aquí pues los dos grandes métodos de litotomía a que se refieren todos los procedimientos constituyendo la talla hipogástrica supra pubiana o alto aparato y la talla perineal.

Como el mayor número de procedimientos se refieren a la talla perineal esta region será la primera que examinar debemos.

Si se la considere en conjunto con su forma romboidal o gá en su porcion anterior solamente, es lo cierto que el ano colocado debajo de la

Línea bis-isquiática limita nuestro campo de accion y por lo tanto lo que nos interesa principalmente es el espacio circunscrito por la citada línea y la arca da pubiana. En este pequeño espacio de mitades simétricas tenemos órganos importantes a que atender y que evitar para llegar al alcance de nuestra fuerza.

Empurarei por determinar en la línea media la situacion del bulbo de la uretra cubierto por los músculos bulbo-cavernosos la aponeurosis superficial y los tegumentos cuerpo eminentemente vascular y que en forma de una eminencia redondeada y maciza sobresale inferiormente del conducto de la uretra, inmediatamente debajo de su porcion membranosa. Un intervalo de 18 a 22 milímetros le separa del ano en el adulto aproximándose en el viejo hom-

ta 10 o 12.

La porción inferior o anal del recto ocupa una extensión de unos 3 centímetros y en una dirección tal que al nivel del vértice prostático se refleja oblicuo hacia abajo y atrás al contrario de la uretra que se dirige hacia abajo y adelante resultando que estos dos órganos forman un ángulo de seno inferior cuya abertura mira abajo y adelante, limitan una especie de cuna con la base superficial y el vértice o arista correspondiendo a la porción muscular de la uretra circunstancia digna de tener en cuenta como veremos después.

La arteria pudenda interna vasculariza esta región con sus ramas laterales y terminales; aquella se dirige horizontalmente desde la espina ciática a la rama isquio-pubiana colocada en un

desdoblamiento de la aponeurosis del músculo obturador interno: al nivel de la rama isquio-pubiana la rodea curiéndolo oblicuamente, se hace ascendente y penetra en el periné para colocarse por dentro de las raíces del cuerpo cavernoso: de modo que, su situación muy externa y abrigada por la rama del isquion la dejan fuera del alcance del instrumento.

Pero no sucede así con las colaterales superficial del periné o perineal inferior, y la transversal o bulbosa. La primera nace del tronco de la pudenda a un centímetro por encima y por detrás de la rama ascendente del isquion, se dirige abajo y adentro hacia el músculo transverso del periné que atraviesa y continúa después paralelo a las ramas del pubis para terminar en el dartos y los tegumentos

Puede por lo tanto ser herida en el primer corte pero no debe preocuparnos puesto que además de su pequeño calibre la situación superficial en tre la fascia y aponeurosis inferior permite ligarlo sin dificultad.

Mas respeto merece su congénere la bulbosa que siendo doble algunas veces se desprende también del tronco de la puerca formando un angulo casi recto y camina directamente de fuera a dentro unas veces recta y otras tortuosa. Cuando llega a los lados del bulbo penetra en su espesor a 12 ó 15 m.m. por delante de su base.

Haltame que examinas el organo mas importante, el que mas preocupa siempre al cirujano al querer penetrar en la vejiga, el que bajo

su mira ha dado lugar a toda la variedad de procedimientos empleados. Bien podemos decir que la prostata es el nudo gordiano en este asunto cuya solucion consiste en saber por donde y cuanto se puede cortar.

Colocado a la entrada de la vejiga y abriendo el principio de la uretra tiene la forma de un cono aplastado de arriba abajo y de delante atras: redondeado en su base el diametro mayor no corresponde a su parte mas alta sino a la union de su cuarto superior con los tres inferiores. Su volumen varia segun la edad: es rudimentaria en los niños, se desarrolla en la pubertad y no llega a su termino hasta los 20 ó 25 años. El conducto prostático que constituye la porcion del mismo nombre de la uretra extendido desde la base al vertice esta mas próximo

a la cara pubiana que a la rectal: el diámetro de este conducto es por lo general de 8 mm, pero por la dilatación puede llegar fácilmente a 16. Veamos el espesor de sus paredes que es de importancia capital para nuestro objeto. Este espesor viene a estar determinado por los radios de la glándula extendidos desde la superficie interna del conducto a su periferia en cuya longitud relativa todos los anatomistas convienen siguiendo de menor a mayor la gradación siguiente: radio medio anterior, posterior, transversal y oblicuo hacia abajo y afuera.

Los milímetros que cada uno mide es lo que varía según la apreciación de los diversos observadores, pero sin discrepar gran cosa, se pueden asignar 5 m.m. al primero 14 id. al segundo, 16 al tercero y 22 al cuarto.

Tal es el espesor que presentan las paredes del conducto prostático en estado habitual, pero se debe tener en cuenta que si hubiera sido dilatado esta dilatación se verifica a expensas de sus paredes y por lo tanto el espesor disminuye.

Haremos mención por último de los plexos venosos prostáticos que rodean a este órgano desde la base al vértice, algunas de cuyas ramas atraviesan láminas membranosas adhiriéndose a ellas por su contorno, pero como circunstancia importante no olvidaremos que estas venas disminuyen en número hacia la parte posterior y externa de la glándula.

III.

Expuestos estos datos podemos plantear el problema de la litotomía perineal en los términos siguientes: Abrir una vía suficiente para extraer el cálculo a través del estrecho inferior de la pelvis con el menor daño de los órganos de la región. Resolverle será encontrar el mejor de los procedimientos cistotómicos.

Numerosos son los que se describen para la talla perineal distinguiéndose unas veces por la dirección de la incisión exterior y otras por la de la próstata. A la primera se le han dado casi todas las direcciones; en la línea media, paralela al rafe, oblicua abajo y atrás y transversal. En la segunda se han seguido correspondiendo o no a las incisiones superficiales los ra-

dios inferior, transversal y oblicuo, ya de un solo lado o de los dos a la vez.

Pero es conveniente agrupar todas estas variedades para simplificar y aclarar el asunto y desde luego pueden incluirse en dos: centrales y laterales. Apenas necesitan explicarse; los procedimientos centrales no recaen sino sobre el centro del perine; la incisión, sea perpendicular al rafe o sea en su eje, se hace principalmente entre el ano y la superficie; jamás por otra parte alcanzan los límites exteriores de la próstata.

En los laterales no se interese sino una mitad del perine; la incisión dirigida entre los músculos medio y lateral de esta región se aproxima necesariamente a la rama del pubis

y a las arterias. En cuanto a la próstata no se interesa sino en una mitad quedando dentro de sus límites o sobresaliendo.

A los primeros corresponden cuatro variedades principales que exponeré brevemente.

Callos media: conocida con el nombre de proceder de Mallart. Introducido un catéter acanalado que sostiene un ayudante, el cirujano colocado el índice izquierdo en el recto, introduce un bisturí a 12 m.m. por delante del ano y le hunde hasta la ramura del catéter perforando la uretra en su porción membranosa: sigue impulsándolo algunas líneas hacia la vejiga hasta que súbitamente es cortante en una pequeña porción, haya dividido la extremidad de la próstata. Dirigiendo después el filo del ins-

trumento de abajo arriba se seccionan las partes blandas de la línea media en una extensión de 31 a 32 m.m. Se introduce entonces un estilete de botón por la herida hasta la vejiga para servir de guía al dedo índice izquierdo que al par que reconoce la piedra está encargado de dilatar la herida, empleando si esto fuera insuficiente el dilatador de agua de Arnott.

Callos bilateral o procedimiento de Dupuytren: Puesta introducción del catéter acanalado verificarse una incisión curvilínea de concavidad inferior cuyo centro o punto mas elevado dista unos 18 m.m. del ano, mientras que las extremidades se terminan a igual distancia del orificio anal y la tuberosidad isquematia. El instrumento divide sucesivamente la piel, el tejido celular subcutáneo, la apo-

neurosis superficial y algunos haces del esfínter externo del ano. Puesta al descubierto la porción membranosa de la uretra se incinde transversalmente y en bastante extensión para permitir la entrada de un litotomo doble que se impulsa hasta la vejiga. Cuando ha llegado al contacto de la piedra se saca el conductor. Las hojas se abren entonces hasta el punto marcado previamente y así abierto se retira incliniéndole progresivamente hacia abajo hasta que las hojas hayan salido por completo.

Dentro de este procedimiento está la talla perineal de Nitaton con muy pequeña modificación: la incisión curvilínea se hace muy cerca del nabo no siendo otra cosa el primer tiempo que una disección minuciosa de su cara anterior.

Talla medio-bilateral; procedimiento de Civiale. Continuación de los dos anteriores toma del primero la incisión de los tegumentos y del segundo la de la próstata de modo que se reduca a incidir en la línea media en una extensión de 3½ centímetros terminando delante del ano. Divididos los tejidos capa por capa procurando no interesar el bulbo, se llega a la porción membranosa de la uretra que se la punciona e incinde para introducir un litotomo doble como el de Dupuytren, pero de hoja transversal.

Talla recto-urethral. Se coloca el paciente en la posición ordinaria de litotomía sosteniéndose con fuerza en la línea media un catéter grueso de herradura. Armada la mano derecha del cirujano con un bisturí largo

y recto de punta agudo le destira de plano a lo largo de la cara palmar de su indice izquierdo que introducido en el recto reconoce con su punta la rama del cateter. Luego que la hoja ha penetrado en el intestino 38 o 40 ^{mm.} se vuelve el corte hacia arriba mientras que el indice izquierdo levanta y empuja la punta dividiendo en este primer tiempo el esfinter interno, el externo, los tegumentos y las partes inmediatas a la linca media en una extension de 2 centimetros proxima-mente. Debe haberse llegado en este momento al cateter al nivel de la porcion membranosa en cuyo caso, sirviendo siempre de guia el indice izquierdo, se vuelve hacia abajo el corte del bisturi y se le lleva a lo largo de la ranura dividiendo la prostata

el cuello vesical hasta el trigono en una extension proporcionada al volumen de la piedra.

Estos son los cuatro principales procedimientos comprendidos en el grupo de los centrales y a los que pueden referirse algunas modificaciones de pequena importancia establecidas por algun operador.

Expuestos en su principio fundamental solamente sin detenerme en los detalles de instrumental y en las demas circunstancias que se describen en toda obra de operaciones, es lo suficiente para formar el juicio que he de establecer enseguida.

La segunda division que he establecido de procedimientos laterales solo comprende un tipo general bien conocido con el nombre de talla lateral, o lateralizada. He aqui como la describen los Autores.

Se coloca el cateter acanalado y se sostiene por un ayudante: el cirujano situado convenientemente entre los muslos del enfermo practica en el lado izquierdo del pene una incision que empiecia en el rape a unos tres centimetros por delante del ano y termina en el centro de una linea que va desde el ano al vertice de la tuberosidad isquiatica, continua la division de los tejidos reconociendo con el indice izquierdo en el fondo de la herida la situacion del cateter. Cuando se ve que la capa de tejidos que le cubre es delgada vuelve el dedo de manera que su borde radial mira hacia abajo y que la uña se hunda en la ranura del instrumento. Se conduce entonces el bisturi de plano sobre esta uña y con lo cual penetrará fácilmente en la ranura. Incindido la uretra en la superficie

te extension se coloca de nuevo el indice en la ranura y se hace deslizar a lo largo de ella la lengüeta terminal de un litotomo simple. Habiendo penetrado en la vejiga cuya seguridad se adquiere por el roce del litotomo contra el cálculo se retira el cateter. Solo falta dividir la próstata lo cual se consigue retirando el instrumento abierto en una direccion perfectamente horizontal hasta que por la longitud de la porcion saliente y la falta de resistencia se calcula que la próstata ha sido dividida.

Trátase ya de ir en busca de la piedra y de operar su extraccion, cuyas reglas y precauciones son las mismas en todos los procedimientos. En las mejores condiciones sin embargo, que para verificar dicha extraccion opera un procedimiento sobre otro, estriba la solucion

32.
del establecido problema?

En relacion con el procedimiento al examen y comparacion de los distintos procedimientos cuyo trabajo acabo de hacer?

IV.

A medida que la litotomia ha ido perfeccionandose y los operadores aumentando el número de procedimientos, ha podido verse que siempre las modificaciones establecidas obedecian a la necesidad de aumentar la vía abierta para el cálculo; necesidad tanto mas sentida modernamente cuanto que desde que la litotricia se generalizó con sus oportunas indicaciones, el cambio de la talla

33.
se ha restringido notablemente quedando como tratamiento de los cálculos grandes.

Acaso muchos procedimientos citotómicos en que los cortes se reducen a las mas escasas dimensiones hayan obedido a ser la talla en tiempos pasados el único medio de librar a un calculoso de la piedra, ya tuviera esta las dimensiones de una abisuela o ya fuese del mayor tamaño.

Hoy no se abre la vejiga para cálculos de 20. a 25 m.m. La generalidad de los que se extraen por la talla tienen de 35 a 40.

En vista de esto ¿que procedimiento llenará mejor las condiciones expuestas de: abrir una vía suficiente con el menor daño de los órganos de la región, el bulto, su arteria y el recto?

Recordando los datos anatómicos expuestos anteriormente, desde luego se esboza de ver que la talla media no satisface ningun-

na de estas condiciones. Empuñando la inusoria como he dicho a 12^{m.m.} por delante del ano, se prolonga hacia delante sobre el vafe en una extension de 31 a 34.

Ahora bien, el bulbo situado en el trayecto de la inusoria y separado del ano en el adulto solamente unos 20^{m.m.}, tiene que ser herido extensamente.

Además, por la disposicion que tienen el recto y la uretra, formando entre los dos un ángulo de seno inferior, necesariamente tiene que ir disminuyendo la inusoria a medida que profundiza reduciéndose a lo que permite la porcion membranosa de la uretra que son 14^{m.m.} Admitiendo que la seccion hecha en la extremidad de la prostata sea de tres 14, y suponiendo que lo restante del conducto prostatico permita una dilatacion suficiente para igualar

a la suma de dichas inusiones, lo que no es posible, siempre resultará una via tan estrecha, que apenas si por ella podrá extraerse un cálculo de 2 centímetros de diámetro. La consecuencia segura de esta maniobra sería la rasgadura y dislocaciones de la prostata.

Esta operacion por lo tanto, como procedimiento de tallo, no llena las condiciones en ninguna de sus partes; y, como litotricia esusamos recurrir a ella puesto que para las piedras del expresado volumen, y algo mas aun, no es necesario abrir un camino cuando teniendo en la litotricia simple un medio mas facil y menos peligroso.

El procedimiento de Dupuytren en su primer tiempo ofrece considerables ventajas sobre el anterior

pues habiendo la incision de los tegumentos entre el recto y el bulbo y extendiéndose bilateralmente respecta aquellos dos organos, así como las arterias transversales del penine: podemos decir que es prodigio en la seccion externa.

¶ Pero examinare con alguna detencion la division de la prostata, y veamos si responde a las exigencias actuales de la talla.

Quando su procedimiento Dupuytren, obediendo a la idea de no exceder los límites exteriores de la glándula y así quiso aprovechar todo lo que el cuerpo de este organo permitia en sus dos radios mayores dando a las hojas de su nitotomo doble una separacion de 30, 36 y 40 ^{mm.}

La prostata en su mayor espesor queda expuesto que tiene 23 ^{mm.}

de radio; y para tener seguridad de no pasar de este límite al hacer la seccion, claro es que las hojas del instrumento no se han de abrir hasta tal cifra: por eso se las da como máximo 20 ^{mm.} por cada lado.

¶ Tendremos pues, en la prostata seccionada que, a su conducto normal de 8 ^{mm.} de diámetro se agregan dos ejes cada uno de cuyos bordes igualara a 20 ^{mm.}

Dejaremos sentado desde ahora que el tejido prostático es de mucha consistencia y no se presta a la distension. Admitiendo sin embargo que los dos labios de cada eje se separasen hasta el punto de tomar una direccion circular, resultara una circunferencia que medira 30 ^{mm.}; o sea la suma de los bordes de las dos incisiones; a cuya

suma hay que agregar la circunferencia del conducto prostatico que es igual a 24: total, una circunferencia de 104, cuyo diametro siendo la tercera parte como en toda circunferencia, medirá 35 m.m. próximamente. Este será pues el diametro de un cuerpo que pueda extraerse por la abertura practicada en tales condiciones, sin contar con el aumento que producen las cucharas de las tenacillas; pues teniendo en cuenta su espesor, dicho diametro se reducirá a 3 centímetros.

Si pues los cálculos que hoy se extraen por la talla tienen generalmente un diametro de 4, resultará que, bajo este punto de vista, el proceder de Duguytren solo es aplicable a la minoria de los casos, siendo insuficiente en la ma-

yor parte.

Debemos añadir a esto que tiene el grave inconveniente de interesar el plexo venoso lateral de la próstata y tejido celular ambiente en uno y otro lado, aumentando de este modo los peligros, ya de suyo tan grandes, de la flebitis.

Por otra parte ese colgajo triangular que limitan las incisiones prostaticas, no es un obstáculo para la salida de la piedra y una dificultad para la evacuación. Indudablemente que el pino formado por el vértice de la próstata ha de ser un colgajo movable que tenderá siempre a estar separado y contribuirá a la formación de una fistula uretral.

Por todas estas razones creo que la talla bilateral no llena las condiciones.

nes necesarios para la extracción de los cálculos que mas frecuentemente se presentan y que, para los menos comunes, tiene inconvenientes que no la hacen preferible sobre alguna que aún me falta que examinar.

Siendo el procedimiento de Civiale una combinación de la media y bilateral, tendrá que reunir en la parte que toma de cada uno sus ventajas o sus inconvenientes; y habiendo examinado las dos anteriores en sus dos tiempos, desde luego podemos juzgar su valor.

Desgraciadamente con esta modificación dejó del procedimiento de Dupuytren las ventajas de respetar el bulbo e inundar ampliamente los tegumentos, y no evitó sus inconvenientes en la sección

profundo.

Después de marcar 35 m.m. para la incisión en la línea media por delante del ano, aunque no interesar el bulbo, y se ocurre preguntar a esto ¿donde se han de buscar los citados 35 m.m. para cumplir su consejo?; ¿en la piel y fascia superficial? Nada conseguiríamos con ello si después había de reducirse la herida a la distancia que media entre el bulbo y el recto, quedando por consiguiente en las mismas circunstancias que para la tallo medio.

Haciendo la sección de la próstata transversalmente, hay necesidad de disminuir la abertura de las hojas del litotomo para no transpasar sus límites, pues ya sabemos que el radio transversal es menor que el oblicuo, y resulta también de aquí una

vía mas estrecha que en el procedimiento anterior.

No es tampoco de olvidar en este procedimiento, la disposicion relativa de las dos incisiones superficial y profunda nada favorable para los manobras y libre curso de los líquidos despues de la operacion. Por mas que en los distintos procedimientos no pueda llevarse acabo con toda exactitud el paralelismo de la vía tegumentaria y la prostática, es muy conveniente que guarden la mayor aproximacion, y vemos que en la talla medio-bilateral son perpendiculares, forman una cruz que será un obstáculo en todos los tiempos operatorios y consecutivamente.

La talla recto-vesical si abre una via suficiente para un cálculo

voluminoso, no respeta nada en su camino: divide el intestino en una considerable estension, ataca la prostatita en su parte media posterior interesando inevitablemente los conductos eyaculadores y vesículas seminales en su terminacion, donde se aproximan tanto que llegan a tocarse.

La union de la vía rectal con la urinaria mezclando las materias de cada una, tiene que aumentar los peligros de la operacion.

Reconocido esto y confirmado por la experiencia de los cirujanos, haviendo justamente abandonado.

Se debe examinar la talla lateralizada ultima variedad de la perineal; y siguiendo el mismo criterio que en las otras para juzgar

la, comenzare por la incision esterna.

Deben que debe imperar en el rafe a unos 3 centímetros por delante del ano y terminar en el centro de la línea ano-isquiática?

De este modo practicado, no puedo dejar de ver *ff* manifestar lo poco acertados que estan los autores al proponerla.

Si el bulbo solo se separa del ano 15 o 20 ^{mm}, segun la edad, si se halla en la línea media intimamente adherido a la uretra, como que constituye parte de la misma, si la arteria trasversal del perineo penetra en dicho organo a unos 12 ^{mm} por delante de su base, no es menos a caer en el primer corte precisamente sobre lo que debemos evitar, bulbo y arteria?

Pero me apresurare a decir que si esto es un inconveniente y un peligro tiene a mi modo de ver fácil remedio.

Puesto que la disposicion angular ya referida, de la uretra y el recto con el bulbo entre ambos, limitan siempre toda incision que venga a practicarse de delante atrás en la parte media, y si la situacion de la arteria bulbosa, es un obstáculo para las que tomando origen a bastante altura por delante del ano, bajan oblicuamente hacia afuera, tomemos en ese territorio en forma de cuña, la direccion mas favorable para respetar los citados organos. Asi, pues, disminuyamos la distancia a que empieera la incision, y partamos a 20 ^{mm} del ano o sea inmediatamente detras del bulbo, y en vez de terminar en el centro de la

línea ano-isquiática podemos seguir una dirección mas oblicua acercándonos a la tuberosidad del isquion.

De este modo, y procediendo con las precauciones necesarias, evitamos el bulbo y el recto en la línea media; lo tenemos agarrados la arteria por encima marchando paralelamente a ella sin peligro de herirla.

Tenemos además otra ventaja con esta modificación y es que corresponde mas exactamente a la sección prostática facilitando con ello las maniobras de extracción y el libre curso de los líquidos orgánicos.

Queda de este modo la incisión de la talla lateralizada libre de los inconvenientes que no la permitirían ajustarse a las condiciones establecidas: Vía suficiente, puesto que en la

dirección prefijada podemos extenderla hasta muy cerca de la tuberosidad del isquion. Con el menor daño de los órganos de la región; ya queda sentado que se respetan el recto bulbo y su arteria.

He manifestado en la división de los procedimientos de talla perineal que en los laterales, solo se interesaba una mitad de la próstata quedando dentro de sus límites o rebasándolos. Y esta sencilla proposición no coloca de lleno en el campo tan debatido de las incisiones prostáticas, sobre si han de ser anchas o han de quedar reducidas; si el peligro está en exceder los límites de la glándula, o en la estrechez de la vía que expone a tracciones innecesarias.

Sin duda que sino se tiene

en cuenta mas que las condiciones anatómicas, ellas prescriben en toda talla penneal evitar en la primera incision las partes indicadas, y no transpasar en la incision profunda los límites de la próstata. Pero al lado de esta necesidad anatómica existe otra práctica mas poderosa que es preciso conciliar con la primera. Me refiero á la importancia de hacer una herida vesicoprostatóica bastante ancha para dejar pasar el instrumento y la piedra sin que haya necesidad de tracciones immoderadas capaces de desgarrar el cuello vesical y partes inmediatas.

Tal es la diferencia de estos dos puntos de vista, allí anatómico, aquí práctico que siempre dividirá probablemente á los litotomistas en dos campos: el uno mas receloso de las indicaciones

sacadas de la decision, el otro temiendo sobre todo la dislaceracion de las partes si se hace una herida insuficiente.

Y sin embargo apesar de tales diferencias y semejante division vienen todos á estar conformes en un punto que bien atendido debiera hacer desaparecer toda discusion, pues que no se concede conformidad en él sin haberla en la seccion total de la próstata.

Esa parte de la operacion en que hay unanimidad de pareceres es la extraccion del cálculo.

Nada mas recomendado que toda la atencion, todo el cuidado y calma por parte del Cirujano, en el momento de franquear el cuello de la vejiga cargadas las tenacillas con la piedra para que estas salgan lo mas suavemente posible sin tracciones

ni esfuerzos.

Nada mas expuesto a graves accidentes que el proceder en este momento con precipitacion y con mano febril querer sacar a viva fuerza el cuerpo extraño convirtiendo las tenacillas en una aplicacion de forceps.

Todos los litotomistas experimentados reputo se hallan conformes en este punto, todos sin excepcion consideran como cuestion de vida o muerte el cuidado al extraer la piedra.

Mas si este cuidado y esta atencion son indispensables, requieren como imprescindible condicion una abertura proporcionada al volumen del calculo. ¿De que le serviria al cirujano el cuidado mas esquisito, si para una piedra de 4 centimetros de diametro solo tiene una abertura de 3?

91
¿Que conseguiria con la atencion mas asidua si abiertas las tenacillas y prendido el calculo, se detiene a la salida del cuello vesical recharando delante de si los bordes y tejidos inmediatos?

Necesario es por lo tanto para llenar la regla establecida en primer termino por todos los operadores, una abertura que se preste a un ensanche proporcionado y esto solo puede conseguirse mediante la seccion total del cuerpo que en forma de bota abraza el cuello de la vejiga y cuyo tejido inextensible, no permitira nunca a la incision que quede dentro de sus limites mas que una reducida separacion de sus labios y apenas si adquirir la forma circular.

A parte de esta consideracion, los mismos que quieren respetar los limites de la prostata, solo cumplen a

parentemente con este precepto; pues siendo su objeto evitar la laceración del tejido celular que la rodea, la forma de la glándula no permite que esto tenga lugar.

Si sus diámetros fueran iguales en todos los puntos cabría verificar un corte en su masa que á ella se limitase sin comprender los tejidos inmediatos; pero temiendo la forma de un cono, solamente en la base respetarse podrán sus inmediaciones, penetrando en ellas el instrumento cortante al nivel del vértice; y resultarán aquí, por lo tanto, los peligros que se proponen evitar aumentados con los de una vía insuficiente en la generalidad de los casos.

¿Pero que mas? En los niños donde la próstata es rudimentaria, el bisturí transpasa con mucho sus límites y

sin embargo esa infiltración urinaria en el tejido celular no se ha visto y todo el mundo sabe los mejores resultados que se promete y obtiene el cirujano en esta edad que en el adulto.

Las condiciones de dilatabilidad de la herida, cambia notablemente después de la sección prostática completa. sin ella el cuello de la vejiga, apesar de prestarse fácilmente á un regular ensanchamiento por su constitución musculo-membranosa y, los pliegues que forma, siempre hallará un obstáculo en la porción de glándula no secionada. quitado este freno sin necesidad de ir mas allá en el corte, los dos labios de la sección de la próstata se separarán con facilidad, y procediendo gradualmente obtendremos el ensanchamiento del cuello vesical que ya no se halla sujeto por el anillo que se lo impedía.

Quedo pues sentado, que para extraer una piedra de la vejiga seguirá sea de mediano volumen sin violentar la vía prostática y sin exponerse por lo tanto a fatales desgarros, es necesario que el tejido de la glándula sea completamente incindido, con lo cual la dilatación que pueda obtenerse sin esfuerzo será suficiente para los cálculos de un tamaño regular o sea de 35 a 45 m. m.

Resuelta esta cuestión en el sentido que acabo de hacer y aplicarla a la talla lateral que venia examinando con las modificaciones establecidas en su primera parte queda este proceder acomodándose mas que cualquiera otro, a las condiciones del problema cistotómico.

Restame decir algo para completar el examen de los distintos métodos de aquel, en que se llega a la vejiga por encima de los pubis o sea la región suprapúbica, constituyendo la talla de este nombre denominada tambien supra-pubiana o alto aparato.

El peritoneo después de tapirar la cara posterior de la pared abdominal, pasa a cubrir el vértice y cara posterior de la vejiga, formando en este tránsito un fondo de saco que hallándose separado algunas líneas de los pubis permite llegar a la cavidad del abdomen sin herir dicha membrana, sobre todo cuando la vejiga está dilatada, pues elevándose con esto su vértice e inclinándose hacia adelante rechara al peritoneo y queda mayor espacio libre de esta cubierta en la región suprapubiana.

Esta circunstancia es la que ha motivado el proceder que nos ocupa verificándose de la manera siguiente:

Colócase el enfermo acostado sobre el dorso y con la pelvis algo elevada para que los visceras abdominales se aparten de la vejiga; ésta que debe tener capacidad para bastante líquido, se inyecta hasta su completa distensión introduciendo enseguida una sonda de dardo cuya extremidad se dirige hacia el borde superior de la sínfisis.

Compiado este instrumento a un ayudante, el cirujano situado a la derecha del enfermo verifica la incisión suprapúbica que tendrá de 8 a 10. centímetros y que debe caer exactamente sobre la línea blanca; reconocida esto por su aspecto brillante y examinando con el dedo el borde superior de la sín-

fisis, se divide dicha línea a este nivel introduciendo enseguida la punta roma de un aponeurotomo encurvado con el que se prolonga el corte de abajo arriba en una extensión de 4 a 5 cent.

Como entonces el cirujano con la mano derecha la sonda de dardo y baja con fuerza su empuñadura entre los muslos del enfermo dirigiendo así la punta hacia la incisión tegumentaria en cuyo fondo se puede apreciar perfectamente.

Con los tres dedos de la mano izquierda sujeta dicha extremidad y fija así la sonda oprime un ayudante el botón del estilite cuya punta irá a salir a la herida inmediatamente por encima de la sínfisis, quedando así trazado el camino hasta la vejiga.

Solo resta introducir la extremidad de un bisturí en la rama

que tiene al efecto el dardo y cortar la pared vesical detrás del pubis hasta las inmediaciones del cuello. Con el gorgonete suspensor, que podemos llamar de gametro, se sostiene fijo el vértice de la vejiga y se procede a explorar con los dedos su cavidad. Perconociendo la posición y volumen de la piedra, se la extrae con las tenazas, manobra que suele ser fácil, dada la amplitud de la vía.

Veamos ahora si este procedimiento ofrece seguridad de éxito y podemos preferirle al anterior. Como he dicho se halla basado en la posibilidad de llegar a la vejiga sin herir el peritoneo: desde el momento pues, que nos falte la seguridad de no herir dicha serosa el procedimiento causará por su base: y así sucede en efecto.

El fondo de saco que forma el perito-

neó al pasar de la pared del abdomen a la vejiga, no es igual en todos los individuos, si en algunos queda separado de la superficie llega en otros hasta su nivel y en todos se hace indispensable para proceder a la operación que la vejiga tenga una capacidad bastante grande para que dilatándose por la inyección eleve al peritoneo y deje espacio suficiente por debajo de él. Esta condición podemos asegurar que no existe en ningún calculoso cuya piedra sea de un tamaño regular y de bastante tiempo de existir por lo tanto. El estímulo continuo de la piedra sobre las paredes de la vejiga, el estado de vacuidad en que se constituye por la repetida micción, como consecuencia de ese estímulo, hace que la cavidad se reduzca, que las paredes se engruesen apilándose

retraídas al cuerpo extraño que las irrita, y de aquí que apenas admitan algunas onzas de líquido que no puede ser suficiente para el objeto que se busca.

Aparte de esto, aburta la vejiga por su parte superior en su estado de plenitud tienen que derramarse los líquidos en la cavidad pelviana con sus graves consecuencias.

El peligro de herir el peritoneo y la infiltración urinario son pocas causas de que este método no se ponga en práctica por los cirujanos.

En nada tenemos por lo tanto que modificar la conclusión establecida sobre lo preferible y ventajoso que tiene entre todos los procedimientos el de la talla lateral verificada con las modificaciones apuntadas en

la incisión superficial y haciendo la sección completa de un lado de la próstata.

V.

Natural parece después de esto exponer lo principal de lo que se refiere a' los tiempos operatorios y cuidados consecutivos sin ser demasiado en detalles que no corresponden a' esta ocasión y se encuentran circunstanciados en las obras de operaciones. En casi todas ellas sin embargo se vea de veras una omisión notable acerca del último punto o sea lo concerniente al enfermo después de operado, lo cual no deja de llamar la atención siendo asunto de capital importancia.

La preparación del enfermo

en lo que se refiere a la parte, consiste en el vaciamiento y limpieza del intestino, que mas bien que con purgantes de vispera se obtendrá poco tiempo antes con repetidos enemas de agua templado. Algunos cirujanos consideraran importante la presencia de una gran cantidad de agua en la vejiga cuya utilidad ha sido exagerada, bastando tomar las precauciones necesarias para encontrar en ella la orina segregada en las ultimas horas.

Colocado el enfermo en la mesa de operacion suficientemente abrigado y en la posicion conveniente, se procede, una vez formado, a la introduccion del cateter lo que constituye el primer tiempo. Debe el cirujano percibir el choque del instrumento con el calculo y haviendolo

oir alguno de los asistentes y que este choque sea con el mismo cateter que va a servir de guia y que queda ya dentro de la vejiga. Esta exigencia obedece a que pudiera muy bien haberse tropesado el calculo con la sonda ordinario, introducir despues el cateter con alguna dificultad y no encontrando el calculo ser muy posible que se hubiera seguido un camino falso. Las consecuencias de una operacion emprendida en tales circunstancias son faciles de adivinar. Huyendo que seguir el cateter como unico guia ni penetrariamos en la vejiga ni encontrariamos la piedra. Debe por lo tanto sentirse el contacto de los dos cuerpos.

Despues de esto un ayudante experimentado se coloca a la izquierda del enfermo para que con su mano

derecha sostenga fija y solidamente al conductor mientras que con la izquierda levanta el escroto para dejar mas libre la region perineal al operador que procede al segundo tiempo.

Comienza por practicar el tacto rectal para asegurarse de que el intestino esta vacio, teniendo ademas por objeto esta manobra estimular sus fibras y hacer que se retraiga todo lo posible; ~~Immovelizando~~ con la mano izquierda la piel del perine practica en ella la incision siguiendo la linea que dejamos establecida.

No creo convenientemente la practica aconsejada por algunos operadores de introducir de lleno el bisturi hasta tropezar con el cateter, pues habiendose el recto a tan pequena distancia, podria ser herido con facilidad

asi es que surge preferible, despues de inculcado la piel, introducir el indice izquierdo en el intestino, y con el pulgar ir separando los tejidos a medida que se dividen. Al llegar a la porcion membranosa de la uretra, donde se tropezaria con el cateter, el mismo indice izquierdo reconoce la rama del instrumento en el fondo de la herida y colocandolo la una de la mano izquierda se hace la punccion de la uretra hasta el vertice de la prostata.

La incision de este organo y del cuello vesical, se ha mirado en todo tiempo como el momento mas importante de la operacion y el que necesita la mayor atencion por parte del cirujano. Dicha incision puede hacerse con el mismo bisturi

que ha servido para dividir los tegumentos o bien con instrumentos especiales contruidos a este fin como son los gorgonetes y litotomos. En el primer caso, la amplitud de la incision es determinada por la abertura del agudo que forman el bisturi y la es-
 tremidad del cateten, sobre cuyo tope se apoya la punta de aquel.

Este proceder es sin duda el mas expedito, el mas breve y para una mano experimentada no ofrece dificultad.

Con los gorgonetes y litotomos la incision resulta de la abertura que tiene la hoja o de la abertura que se haya dado al instrumento, siendo efecto de una disposicion mecanica, mas bien que de la voluntad y habilidad del operador.

Sin duda que el litotomo ofrece mas seguridad al principiante receloso de la separacion que ha de dar al bisturi; pero se presenta en casi todos los casos tal dificultad para su introduccion en la vejiga, que considero preferible para cualquiera el cuchillo de punta aguda.

Ya queda indicado al hablar en general de la talla lateralizada la manera de introducir y sacar el litotomo para verificar la seccion prostática.

Hecha esta se lleva con suavidad el indice hasta la vejiga para reconocer la posicion y condiciones del calculo y al mismo tiempo dilatar el camino que este ha de seguir.

Crátase ya de ir en busca de la piedra y operar su extraccion con las tenazas, sobre lo cual ya he dicho la conformidad de todos los operadores.

en el cuidado y atención que se exigen para llevarla a cabo. No se recomienda demorando la importación de obrar lenta y prudentemente en este tiempo de la operación.

Verificada la extracción, se reconoce escrupulosamente la vejiga para cerciorarse de que no queda en su cavidad alguna otra piedra o algún resmento de la extraída.

Si el volumen del cálculo fuese tal que cogida en la mejor posición compatible con su forma se obtiene una separación considerable de las ramas de las tenaras que no permite esperar la extracción a través de la vía preparada, es necesario elegir uno de estos dos medios: o agrandar la incisión o romper la piedra en la vejiga.

El quebrantamiento en una vejiga varía que se contrae sobre el cálculo, si peligroso; pero tampoco se puede llevar la dilatación hasta un límite arbitrario; así es que, las circunstancias del caso marcarán la conducta que ha de seguirse.

Terminada esta parte y convenidos de que la vejiga queda libre de todo cuerpo extraño, hay que atender a la hemorragia que en este tiempo se hace mas apremiable. Las artenas, si alguna se hierió se ligan por medio de la pinza o el tenáculo; pero la sangre procede ordinariamente de las venas y reconoce por punto de partiolo algunas de las que radican a la próstata sin que sea posible agarrar la boquilla del vaso. Las inyecciones repetidas de agua fría, algun estíptico, la aplicación del hielo al hipo-gastrio, son los

medios que se emplean para cohibir las. Si esto no fuera suficiente hay que recurrir a la sonda llamada de camisa que verificando presión sobre la superficie de la herida en todo su trayecto produce el resultado apetecido. Débese, sin embargo, tener el menor tiempo posible, porque los enfermos se encuentran muy molestados con ello.

Trasladado ya a la cama donde ha de permanecer, se procurará colocarle en la situación mas favorable para que los líquidos salgan por la herida y no se detengan en el punto donde se apoyan las nalgas del enfermo; por esto deberá formar un plano inclinado cubierto por una tela impermeable a lo largo de la que van a caer sobre una vasija situada debajo de la cama, lo que

se reconoce y vacía con frecuencia para examinar la coloración del líquido. Lo que se desea y ocurre en estos casos, es que la orina salga fácilmente por la herida y que al cabo de veinticuatro horas se presente clara, prueba evidente de que ha cesado toda hemorragia y que los riñones funcionan bien. Después de este tiempo suele suceder que por la irritación de los labios de la herida suele verse salir la orina dos o tres veces por la uretra, fenómeno que no vuelve a presentarse en el adulto hasta ocho o diez días después de la operación; y por regla general, aunque hay grandes diferencias, a los tres semanas deja de correr por la vía anormal.

Se citan algunos casos de union de los labios de la herida por primera intención, pero no debemos progresar

este resultado por cuanto nos exponeríamos a graves accidentes sin obtenerle. Mas bien debemos colocar al terminas la operación un tubo de goma que favorecerá la salida de los líquidos y al mismo tiempo sirve de hemostático con su estímulo sobre las paredes de la herida. Esto es sin embargo de necesidad y puede muy bien pasarse sin él.

Dire, por último, que la limpieza es de la mas alta importancia. se pasará de tiempo en tiempo una esponja mojada sobre el penne y márgenes del ano, separando toda causa de suciedad.

Como régimen alimenticio se someterá al enfermo a una dieta no escatante, como leche caldo de carne y se operará para darle alimentos sólidos a que el estomago los reclame. No hay que apresurarse a purgar al operado, pudiendo pasar sin inconveniente tres o cuatro dias sin que esto nos cause inquietud.

Como resumen de lo expuesto anteriormente diremos que los dos grandes métodos de talla segun la region por la que la vejiga es atacado, son la hiogastria y la perineal, esta última puesta en práctica principalmente, comprende multitud de procedimientos relativos a la dirección de las incisiones superficiales o profundas. Hemos reunido dichos procedimientos en dos grupos, centrales y laterales, comprendiendo el primero cuatro variedades que son; la talla media o procedimiento de Marton, talla bilateral o de Dupuytren, talla medio bilateral o procedimiento de Biviale y talla recto vesical. El segundo grupo, solo comprende un tipo general conocido con el nombre de talla lateralizada.

74.
Al compararles y juzgarlos, hemos partido del principio del que sería el mejor procedimiento aquel que mejor llenase las condiciones de: abrir una vía suficiente al cálculo con el menor daño a los órganos de la región y teniendo en cuenta además que, desde que la litotricia se generalizó con sus oportunos indicaciones, el campo de la talla se ha restringido notablemente, quedando como tratamiento de los cálculos de mayor tamaño. La generalidad de los que hoy se extraen por dicha operación tienen de 4 a 5 cent.

El proceder de Allarton iniciándose en la línea media hiriendo al bulbo extensamente, limitándose a la dilatación del conducto prostático abre una vía insuficiente, además de los peligros de desgarrar: no lleva pues, ninguna de

75
las condiciones necesarias.
La talla bilateral en su primer tiempo, tiene considerables ventajas, pues haciendo la incisión de los tegumentos entre el recto y el bulbo y extendiéndose bilateralmente respecto a aquellos dos órganos así como a las arterias; pero la sección de la próstata, aun aprovechando sus dos radios mayores, solo puede dar como máximo una circunferencia de 104 ^{mm.} por lo que pasará un cuerpo cuyo diámetro sea de 3 centímetros, cortando con un espesor de las tenacillas. Resulta por lo tanto insuficiente para la generalidad de los cálculos que hoy se operan. Tiene además el gran inconveniente de interesar el plexo venoso lateral de la próstata y tejido celular ambiente en uno y otro lado. Por estas y otras razones no la he

mos encontrado ajustado a las condiciones que buscamos.

El procedimiento de Curiale es una combinación de los dos anteriores, pero resuelto con buenas condiciones que el segundo, una vez que dejó la parte mas ventajosa que este tenía, la incisión de los tegumentos. También la sección prostatica es inferior a la de Dupuytren por que se hace en sus radios transversales que son mas pequeños que los oblicuos.

La talla recto-vesical, introduciendo ampliamente el intestino, seccionando la prostata en su cara posterior y extendiéndose en este sentido a la vejiga con peligro de los conductos eyaculadores, vesículas seminales y hasta el fondo de saco recto-vesical, que forma el peritoneo, esto fuera de todas

las reglas de talla y justamente abandonado.

La talla hijo-gástrica basada en la posibilidad de llegar a la vejiga por la región supra-pubiana sin herir el peritoneo en virtud de la disposición que en este punto adquiere el dilatarse aquello, cae por su base desde el momento que falta seguridad de respetar dicha serosa, ya por el muy poco espacio libre de ella, ya mas bien porque la vejiga no pueda dilatarse como sucede en casi todas cuando contienen un cálculo voluminoso.

El camino aburto por otra parte, dispone las inmediatas a la vejiga a grandes peligros de flemones e infecciones por el derrame de orina que no puede menos de verificarse. No ofrece en vista de estas circons-

tanías, garantías de buen éxito
La talla lateralizada por el
Pino, tiene sus uniones verifican-
do la incisión superficial de la ma-
nera generalmente aconsejada a 3
cent. por delante del ano y terminan-
do en el centro de la línea ano-iquiá-
tica, por que caemos sobre el bulbo y
su arteria. Pero estos uniones
pueden evitarse modificando la
dirección de dicha línea, para lo
cual hemos fijado su principio in-
mediatamente detrás del bulbo o sea
unos 20 mm. delante del ano, yendo
a terminar cerca de la tuberosidad
isquiática. Con esto mayor oblicuidad
respetamos los citados órganos y nos
aproximamos cuanto es posible al
paralelismo entre las dos uniones
que es de gran interés

Respecto a la próstata es indispen-
sable secionarlo por completo porque si-
no así podrá obtenerse una vía sufi-
ciente para un cálculo de regular to-
mano; solo así podrán aprovecharse
las condiciones de dilatibilidad del
cuello de la vejiga; solo así, en fin, se
evitarán las tracciones immoderadas,
tan prohibidas por todos los opera-
res, con los desgarros y dilataciones que
les siguen casi siempre.

Condiciones condiciones, hemos
admitido la talla lateralizada como
la mas conveniente y ventajosa

He dicho



Julian Pascual Ortega