

ZUSAMMENFASSUNG

Auf Grund eines Falles von Osteopsathyrosis stellen die Verfasser einige Betrachtungen über die Ätiologie, Pathogenese, Prognose und Behandlung dieser Krankheit an, sowie über die traumatischen Frakturen, die durch dieselbe entstehen.

RÉSUMÉ

A l'occasion d'un cas d'ostéopsatirose, les auteurs font quelques considérations sur l'étiologie, la pathogénie, le pronostic et le traitement de cette maladie et des fractures traumatiques qui se présentent.

SUTURA TOTAL DE VEJIGA, SIN SONTA PERMANENTE, EN LA TALLA POR CALCULOS

E. PÉREZ CASTRO.

Jefe Clínico del Servicio de Urología del Hospital Provincial de Madrid.

Durante los últimos años del pasado siglo y primeros del actual, se inició una viva corriente en favor de la sutura primitiva de vejiga tras la talla hipogástrica por cálculos vesicales. Paladines de este movimiento lo fueron primordialmente los cirujanos rusos, a cuya cabeza figuraban RASUMOWSKY, GOLISCHEÖSKY y NOVIKOV, quienes además prescindían en absoluto de la sonda permanente uretral, confiando la evacuación de la vejiga de sus operados a la micción espontánea.

Proceder tan sugestivo encontró fundamental empleo en los niños litíasicos vesicales, en los que, por su corta edad, la colocación y mantenimiento de cualquier desagüe urinario perfecto representa un empeño poco menos que imposible. De esta forma el accidentado y laborioso curso postoperatorio quedaba reducido al usual en cualquier operación de hernia, los pequeños no se mojaban con sus orinas y no más de a los ocho días, con sus puntos quitados y cicatrizados por primera intención, podían ser dados de alta.

GOLISCHEÖSKY había operado ya en 1899 treinta y cinco casos por el método de Rasumowsky con el siguiente resultado: Dos, murieron a consecuencia de las extensas lesiones en todo el árbol urinario; tres casos, cicatrizaron por segunda intención, y treinta, lo hicieron por primera intención, teniendo un curso postoperatorio normal y marchando curados en pocos días. El procedimiento de RASUMOWSKY consiste sustancialmente en una talla seguida de sutura total, cistopexia, pequeño drenaje prevesical, no recu-

rriendo al cateterismo evacuador más que en los casos de extrema necesidad. Semejante técnica está contraindicada para GOLISCHEÖSKY en los pacientes con pared vesical hipertrofiada, en la hemofilia vesical y en los nefríticos.

NOVIKOV opina igualmente que, realizando la cistopexia de RASUMOWSKY, se evitan todos los inconvenientes eventuales de la sutura primitiva total de la vejiga sin sonda, descartándose la posibilidad de infiltración urinosa del tejido celular prevesical al inmovilizarse la incisión vesical frente a la sólida barrera constituida por la pared abdominal que favorece su cicatrización. Caso de existir una dehiscencia de sutura, la proximidad y paralelismo de las incisiones vesicales y parietal abdominal, según él, disminuye al mínimo el peligro de infiltración urinosa.

Este autor modifica por su parte la sutura vesical, que realiza con puntos en ocho de guarismo, operando en total 18 enfermos cuyas edades oscilan entre dos años y diecisiete (tres, de dos años; siete, de tres años; dos, de cuatro años; uno, de seis años; dos, de siete años; uno, de diez años; uno, de doce años, y uno, de diecisiete años). De estos 18 casos, 17 cicatrizaron por primera intención, y en uno, al quitar los puntos, hubo una dehiscencia de sutura, dando lugar a una fístula sin infiltración. En otro de los pacientes de Novikov se presentó una hemorragia importante al tercer día, distendiéndose al máximo la vejiga por razón de los coágulos, resistiendo no obstante la sutura vesical sin dejar orina alguna.

NOVIKOV no prescinde del método ni en los casos de cistitis ni en los enfermos con afecciones renales. En 12 de sus 18 operados había orinas purulentas, y como se ve por las edades de sus operados, sólo empleó el procedimiento de RASUMOWSKY en niños y jóvenes.

A este primer decidido entusiasmo siguen opiniones eclécticas, o francamente contrarias, durante los primeros años del siglo actual, y así, por ejemplo, GRUSSENDORF deja sonda uretral; WERTHER sutura por completo vejiga, pero colocando una sonda de gran calibre por un ojal de uretrotomía externa perineal, y GRIMERT opina que si bien la sutura primitiva de vejiga sin sonda es posible fisiológicamente, no siempre da el resultado que cabría esperar, no obstante lo cual considera útiles las investigaciones en este sentido.

En medio de este estado de opinión, GRUNERT no sólo vuelve por los viejos fueros de la sutura vesical primitiva, sino que considera aplicable ésta a los prostatectomizados, a los que por este medio y sin la sonda dice proteger mejor contra los peligros de la infección y la hemorragia secundaria al restablecerles las condiciones de una micción fisiológica. Solamente en los prostáticos muy viejos y débiles no emplea este método, que es calificado por BOEMINGHAUS, en su comentario, como muy lógico en teoría.

En este punto se produce la comunicación de

BALACESCO y POPESCO-SEVERIN al IV Congreso Rumano de Cirugía, Urología, Obstetricia y Ginecología de Bucarest, al que presentan 102 casos de talla hipogástrica por cálculo en niños hasta de quince a los que hicieron sutura primitiva de vejiga dejándoles sin sonda. En 94 por 102 casos la curación se obtuvo por primera intención. La sutura vesical la hacen en dos planos: primero, muscular extramucoso, y segundo, capa celulograsosa y algo de muscular. Encuentran resultados enteramente favorables a la micción "contrariamente a los adultos", sin especificar si esta última impresión es personal e hija de su experiencia o producto de sus reflexiones teóricas.

Reflejando esta indecisión reinante, y con objeto de poner claridad en el problema, emprende PRIVES sus trabajos experimentales sobre sutura de vejiga realizando una investigación muy minuciosa sobre los materiales de sutura y el proceso de cicatrización consecutiva a la cistografía, poniéndose finalmente por la talla transperitoneal cuya sutura sería para él la única que ofrecería garantías.

Por sugestión de nuestro maestro, el Profesor Pulido Martín, quien practicó siempre la sutura primitiva de la vejiga sistemáticamente en los niños, sin dejar sonda uretral alguna, con excelentes resultados, hemos seguido este proceder ampliándolo a los pacientes adultos. Los resultados alentadores conseguidos se reflejan en las 14 historias clínicas que siguen:

CASUÍSTICA.

1.° A. C. B., dieciséis años. Toledo. Hist. 22.323. Desde que el niño tenía ocho años, dolor constante en uretra que se irradiaba hacia ano. Polaquiuria diurna y nocturna con orinas turbias. Al hacer de vientre expulsa por meato uretral alguna gota de pus y sangre. Se ve obligado a orinar cada tres cuartos de hora.

Con explorador de bola, se nota roce calculoso muy evidente.

Por radiografía, sombra calculosa erizada de picos en región vesical. Cistoscopia imposible por intolerancia vesical.

Sedimento urinario: Abundante pus, hematíes y flora asociada.

Preparación con penicilina y sulfamidas.

Intervención: Extracción del cálculo por talla seguida de sutura completa de vejiga sin sonda permanente.

Las tres primeras micciones hemáticas y con algún escozor.

Después, orinas libres de sangre y micción normal.

Alta por curación a los nueve días y cicatrización por primera intención.

2.° A. G. de la R., de dos años. Toledo. Hist. 24.058. Intensa polaquiuria desde hace meses. Micciones en extremo dolorosas que hacen llorar desconsoladamente al niño.

Con explorador de bola se nota roce calculoso muy perceptible.

Cistoscopia irrealizable.

Radiografía: Sombra y hematíes abundantes.

Preparación preoperatoria con penicilina.

Intervención: Talla hipogástrica, sutura completa de vejiga sin sonda uretral.

Las micciones espontáneas del niño dejan de acompañarse de llanto desde el primer día.

Cicatrización por primera intención y alta curado a los once días de intervenido.

3.° R. D. C., ocho años. Palencia. Hist. 24.114. Ha tenido una retención completa de varias horas que cedió sin tratamiento. Después, polaquiuria intensísima, que persiste actualmente.

Roce calculoso muy perceptible en vejiga.

Radiografía: Sombra calculosa de contornos dentellados en zona vesical.

Orinas claras.

Preparación usual preoperatoriamente.

Intervención: Talla hipogástrica, extracción del cálculo y sutura completa sin tubo ni sonda.

Alta curado a los diez días.

4.° G. R. L., once años. Jzén. Hist. 24.430. Hace tres meses, dolor en ambas regiones renales con irradiación a vejiga. Polaquiuria diurna y nocturna. Micciones muy dolorosas y hemáticas. Interrupción del chorro.

Enfermito con muy mal estado general y gran desnutrición. Tratamiento: tónico y preparación preoperatoria (penicilina).

Orinas asépticas.

Roce muy claro con explorador de bola.

Radiografía: Sólo se ve una sombra calculosa irregular en región vesical.

Intervención: Talla, extracción del cálculo, sutura completa de vejiga sin dejar sonda.

Alta curado a los ocho días.

5.° J. M. S., dos años de edad. Cáceres. Hist. 24.891. Cuenta la madre que desde hace un año y medio se le corta el chorro al niño cuando está orinando y que a veces lo hace gota a gota, llorando mucho.

Orinas opalinas cuando ingresa en el Servicio. Fuertes accesos febriles desde hace un par de semanas. Gran frecuencia.

Con explorador muy fino se nota roce calculoso.

Radiografía: No obstante haberse movido y llorado mucho el niño, se evidencia la sombra calculosa vesical.

Preparación con penicilina, que esteriliza las orinas.

Intervención: Talla con sutura completa tras extracción del cálculo. Orina espontáneamente el enfermito poco después de la intervención. Alta por curación a los nueve días.

6.° F. A. L., veintinueve años, casado. Avila. Historia 24.915. Antecedentes venéreos: Blenorragia hace año y medio, bien tratado. Desde hace un año, escozor durante la micción con hematuria terminal. En ocasiones, dolor en ambas zonas renales. Orinas turbias. No fiebre.

Por cistoscopia se aprecia fugazmente un cálculo del tamaño de un almendruco, no pudiéndose proseguir la observación por intolerancia vesical.

Preparación penicilínica y sulfamidas.

Intervención: Talla hipogástrica con sutura completa. Sin tubo ni sonda.

Orina sin dificultad: espontáneamente, las primeras veces hemático y después normal.

Alta por curación a los ocho días.

7.° J. J. C., dos años. Cáceres. Hist. 25.078. El niño, según la madre, tiene orinas hemáticas y micciones dolorosas desde hace meses.

Con el explorador de bola se nota roce calculoso muy evidente en vejiga.

Radiografía: Cálculo oval estratificado en vejiga.

Intervención: Talla hipogástrica con extracción de cálculo seguida de sutura completa sin tubo ni sonda.

Micciones rápidamente normales y alta curado a los doce días.

8.° R. F. G. S., cincuenta y ocho años, casado. Madrid. Hist. 25.317. Cuenta que hace trece años expulsó, tras cólico nefrítico izquierdo, un cálculo.

En la actualidad, enorme frecuencia con hematuria terminal. Micción imperiosa. No hay residuo y el tacto prostático es negativo.

Cistoscopia imposible. Evidente roce calculoso vesical.

Radiografía: Cálculo no opaco que apenas se adivina.

Preparación con terapéutica usual. Talla hipogástrica

sin tubo ni sonda. Extracción de un cálculo de color moreno. Curso normal y alta a los nueve días.

9. S. S. P., cuatro años. Madrid. Hist. 25.327. Desde hace dos años, frecuencia diurna y hematuria, cuando el niño corre mucho o salta. Dolor irradiado hacia punta de pene.

Por cistoscopia, cálculo voluminoso de superficie lisa. En sedimento urinario, pus sin gérmenes.

Radiografía: Sombra ovalada de cálculo muy voluminoso con su diámetro mayor transversal.

Preparación preoperatoria usual.

Intervención: Talla, extracción del cálculo y sutura completa sin tubo ni sonda.

Cicatrización por primera intención y alta a los doce días.

10. A. A. L., nueve años. Badajoz. Hist. 25.365. Según cuenta la madre del niño, desde muy pequeño tenía que hacer gran esfuerzo para orinar, sufriendo grandes dolores durante la micción. Polaquiuria intensa.

Roce calculeoso muy claro con el explorador de bola.

Preparación preoperatoria y radiografía, en la que se aprecia un cálculo vesical extratificado bastante voluminoso.

Intervención: Talla, extracción del cálculo, sutura completa y sin tubo ni sonda.

Alta por curación a los ocho días.

11. A. D. A., catorce años. Cáceres. Hist. 25.842. Desde hace tiempo, dolores a la micción y dificultad,

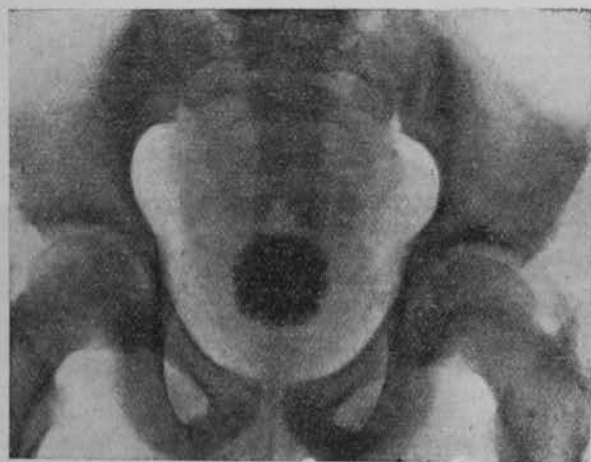


Fig. 1.

que se acentúa hace dos meses. Micción imperiosa, incontinencia, polaquiuria, orinas turbias con mucho moco.

Por cistoscopia, cálculo muriforme del tamaño de un albaricoque.

Radiografía: Cálculo muy puntiagudo y opaco en vejiga.

Preparación con penicilina.

Intervención: Talla y extracción del cálculo, sutura completa sin sonda ni tubo.

Durante las primeras veinticuatro horas, tras la operación, discreto dolor terminal en las micciones. Hematuria macroscópica las dos primeras y orinas completamente claras después.

Alta a los nueve días completamente curado y con orinas claras (figs. 1 y 2).

12. C. G. S., veintiocho años, soltero. Toledo. Historia 25.942. Orinas muy turbias y polaquiuria diurna y nocturna. Interrupción del chorro. Algún dolor lumbar izquierdo.

Frecuencia diurna cada hora. Nocturna, de cinco a seis veces. Uretra normal.

Con explorador de bola, roce calculeoso en vejiga.

Cistoscopia: Intensa cistitis y gran cálculo vesical.

Radiografía: Gran sombra calculeosa ovoidea vesical.

Intervención: Talla hipogástrica, extracción del cálculo (fig. 3), sutura completa sin dejar sonda ni tubo.

Sólo la primera micción después de intervención fue algo dolorosa. Posteriormente, micción normal. Hematuria solamente en las tres primeras micciones; después, orinas completamente claras.

Curado a los ocho días.

Revisión endoscópica a los catorce días: Cicatriz lineal en cara anterior de vejiga recubierta de una fina

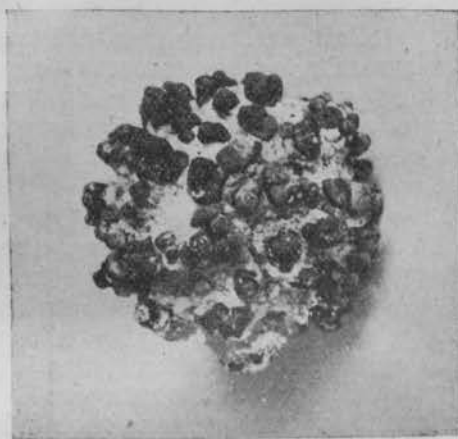


Fig. 2.

membrana blanquecina. Resto de mucosa vesical normal.

13. M. G. F., cuatro años. Avila. Hist. 26.000. Polaquiuria diurna y nocturna con gran dolor miccional. Hematuria terminal en gotas.

No se puede hacer cistoscopia al niño ni explorar roce calculeoso.

Radiografía: Dos sombras calculeosas en vejiga.

Preparación con penicilina.

Intervención: Talla hipogástrica, sutura completa sin sonda ni tubo.

Curado a los nueve días, es dado de alta.

14. P. A. G., dos años. Guadalajara. Hist. 26.137. Desde hace nueve meses, dificultad para la micción con mucho dolor terminal. Hace mes y medio, hematurias

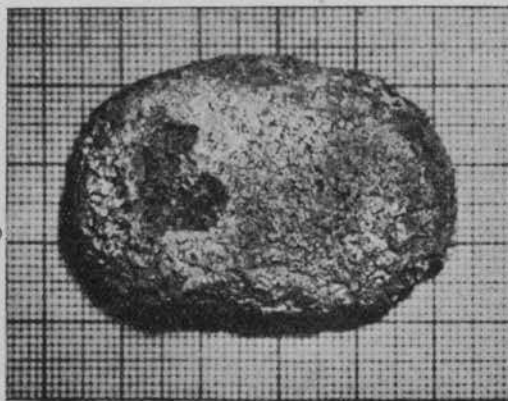


Fig. 3.

con pequeños coágulos y últimamente albuminuria intensa.

El niño conserva un buen estado de nutrición.

Con explorador de bola se nota claro roce calculeoso.

Radiografía: Simple, sombra calculeosa, ovalada y lisa en región vesical.

Preparación con penicilina.

Intervención: Talla hipogástrica, extracción del cálculo. Sutura completa de vejiga sin sonda ni tubo.

Cicatrización por primera intención y alta a los diez días.

(Por necesidades editoriales hemos suprimido todo el material gráfico de nuestros enfermos, radiografía y fotografía de cada cálculo, salvo en los casos 11 y 12, que ofrecemos con reproducciones como ejemplo de adultos litíasicos operados de talla hipogástrica con sutura total de vejiga y sin sonda permanente.)

RESUMEN.

Creemos encontrarnos ante una de las muchas técnicas antiguas abandonadas por sus peligros y que en la actualidad deben revivirse y prosperar al amparo de los eficaces antibióticos hoy a nuestra disposición.

Estamos convencidos que, al igual que la prostatectomía retropúbica, existen numerosos métodos quirúrgicos ideados por nuestros predecesores y caídos en el desuso e incluso olvidados, que volverán ahora a nuestra práctica diaria por disponer nosotros de medios plenamente eficaces contra la infección de los que carecieron ellos.

Por los favorables resultados obtenidos nos parece lógico pensar que el enjuiciamiento de los fracasos era hecho antes en un sentido equivocado en lo que atañe a la sutura primitiva de vejiga sin desagüe. No consideramos necesaria en absoluto la fijación vesical a la pared propuesta por RASUMOWSKY, que reputamos incluso contraproducente para la normal cicatrización y contracción vesicales, ni tampoco la talla transperitoneal de PRIVES. Asimismo vemos en los intrincados tipos de sutura una complicación totalmente fuera de lugar.

A nuestro juicio, se pasó demasiado por alto el pensar en el elemento de capital interés para la cicatrización por primera intención de nuestras suturas de vejiga, el estado local de la pared vesical misma antes de la sutura.

No cabe duda que si nuestras suturas vesicales se realizan en vejigas previamente tratadas por una medicación sulfamídica y penicilínica que se mantiene en el curso postoperatorio, tendremos ya un 90 por 100 del éxito asegurado.

Empleamos simplemente una doble sutura vesical con catgut cuyo primer plano muscular es de puntos entrecortados y el segundo de sutura continua.

De este modo hemos intervenido once niños (desde los dos años a dieciséis de edad) sin tener que lamentar ni una fístula ni una infiltración y sin muerte alguna. También hemos logrado un resultado igualmente perfecto en los tres adultos operados (veintiocho, veintinueve y cincuenta y ocho años), respectivamente.

Resulta en extremo grato para nosotros, urólogos acostumbrados a los cursos postoperatorios vesicales tan penosos en general para los enfermos, ver a éstos libres de la pesadilla de tubos y sondas, orinando espontá-

neamente sin dolores ni molestias con orinas que en muchos casos sólo son hematóricas en la primera micción y que después se aclaran por completo, marchar a sus casas a los ocho días de la intervención con una fina cicatriz análoga a la de una hernia o una apendicectomía en frío.

Pero aparte de esta satisfacción íntima de ver libres a los enfermos de sufrimientos y de liberarnos nosotros de una de las facetas poco gratas de nuestra especialidad, reporta a nuestro Servicio el magnífico beneficio de una mayor movilidad de sus camas.

Las inmensas ventajas apuntadas alcanzan su grado superlativo en las intervenciones vesicales de los niños, transformando un curso postoperatorio deprimente para la familia, cuidadosos y médicos, en algo tan sorprendentemente sencillo que no es raro encontrar jugando y moviéndose en su cama a los enfermitos a las veinticuatro horas de intervenidos sin acusar la menor molestia.

Por todas estas razones, sería de desear que el viejo método remozado fuese empleado por varios autores en amplias casuísticas para confirmar sus excelentes y aliviadores resultados.

BIBLIOGRAFIA

- BALACESCO y POPESCO-SEVERIN.—IV Congreso Nacional Rumano de Cirugía, Urología, Obstetricia y Ginecología.
GOLISCHEBSKY.—Arch. f. klin. Chir., 60, 643, 1899.
GRUNERT, E.—Zentralbl. f. Chir., 51, 2797, 1924.
GRUSSENDORF.—Münch. Med. Wschr., 51, 17, 1912.
NOVIKOV.—Jorunal Chir., 1910.
PRIVES, M. G.—Z. Urol. Chir., 1, 1930.
RASUMOWSKI.—Wratsch., 46, 265, 1893.
RASUMOWSKI.—Letopiss russkoj chirurgii, 5, 392, 1898.
WERTHER.—Münch. Med. Wschr., 3, 134, 1913.

SUMMARY

The author puts forth the perfect results obtained in 11 children and 3 adults in whom total suture of the bladder was carried out without leaving a fixed sound. He considers that this old method can only be brought up again thanks to the use of sulphonamides and penicillin together.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser bringt die ausgezeichneten Ergebnisse, die er bei 11 Kindern und 3 Erwachsenen mit der totalen Naht der Blase ohne Dauerkatheter erhielt. Die erfolgreiche Wiederaufnahme dieser alten Methode schreibt er nur der gleichzeitigen Anwendung von Sulfamiden und Penicillin zu.

RÉSUMÉ

L'auteur expose les résultats parfaits obtenus chez 11 enfants et 3 adultes, chez qui on réalisa la suture totale de la vessie sans laisser de sonde permanente. L'auteur croit que le fait de pouvoir ressusciter cette vieille méthode, est uniquement possible grâce à l'emploi simultané de sulphonamides et de penicilline.