

Apósito; traslado del enfermo a su cama después de haber atado juntos los dos miembros inferiores para evitar todo movimiento. Instalación de una tracción continua de 3 a 4 kilos.

VII. CUIDADOS POSTOPERATORIOS.—Extensión continua durante 40 días. Pasado este tiempo se comenzará el masaje y la movilización, pero el enfermo no debe levantarse hasta 120 días después de operado y previa comprobación radioscópica de la consolidación. Incluso algunos enfermos no deben andar antes de los seis meses.

Con esta técnica he conseguido resultados muy brillantes. Mujeres de 72 años marchan sin la menor cojera, flexionan la cadera y la rodilla y se mantienen de pie apoyándose únicamente sobre el miembro operado.

Pero esta cirugía no puede dar resultados satisfactorios más con la condición de una asepsia perfecta. La herida debe ser protegida después de la incisión de la piel; las manos enguantadas no la tocarán nunca. Debe operarse siempre a punta de instrumento y las piezas de prótesis, conservadas desde luego en un reservorio cerrado hasta el momento de su aplicación, no serán manipuladas más que con una pinza que no haya servido para otra cosa.

Gracias a estas precauciones los accidentes son desconocidos y las curaciones son completas.

Mi mayor satisfacción al publicar este artículo sería la de haber podido contribuir a la vulgarización de esta cirugía tan bella y tan precisa.

SOBRE EL TRATAMIENTO OPERATORIO DE UNA FORMA DE INCONTINENCIA DE ORINA EN LA MUJER

por el Prof. Dr. MATEO BONAFONTE

Decano de la Facultad de Medicina de Barcelona
Catedrático de Ginecología

Me ocupo en este trabajo solamente de aquellas formas de incontinencia debidas a una lesión anatómica del músculo oclisor vesical.

La lesión del esfínter vesical, que no siempre es demostrable y a menudo sólo sospechada, sucede casi en la totalidad de los casos a consecuencia de un trauma y muy especialmente después de partos difíciles, de operaciones vaginales por fístulas vésico-vaginales o como consecuencia de una dilatación forzada de la uretra superior por medio de instrumentos, cálculos o pólipos vesicales. Estos trastornos provocan pequeñas sugilaciones, desgarros más o menos grandes, retracciones y formaciones cicatriciales del músculo oclisor de la vejiga.

También puede hacerse permeable el esfínter vesical por efecto de tracciones de la uretra localizadas en el cuello de la vejiga, como asimismo por efecto de cicatrices que asientan en el pubis después de operaciones por fístula vésico-vaginal, en la retroversión, miomas y descenso de la pared vaginal anterior.

Para la curación de la incontinencia de orina en la mujer se han recomendado numerosos procedimientos

que en general consisten todos en el estrechamiento, dobladura, extensión, torsión o desplazamiento de la uretra. De estos métodos solamente prometen aquellos que se acomoden a las relaciones anatómicas normales.

Desde los trabajos de KALISCHER y ZANGEMEISTER se han modificado nuestros conceptos acerca de la oclusión de la vejiga. En tanto que la musculatura de la uretra cesa por delante ante la abertura interna de la uretra, se engruesa por detrás y sus fascículos llegan hasta el triángulo vesical (esfínter del triángulo).

Según esto, la abertura interna de la uretra está circundada de musculatura uretral solamente en su mitad posterior y en la anterior por el contrario de musculatura vesical que no está en relación alguna con la primera, por lo que nada tiene que ver con la función del esfínter.

Como consecuencia de esta distribución de la musculatura del esfínter vesical interno se convertirá la luz de la uretra en una hendidura transversal, no por reducción concéntrica de la sección transversal, sino que sucederá algo parecido a la acción de un instrumento compresor y por efecto del trayecto oblicuo de los fascículos musculares durante la contracción de la pared uretral posterior contra la anterior relativamente elevada.

Las cicatrices son además de gran significación para el resultado operatorio. Si ellas atraviesan el esfínter o ejercen tracción en el cuello vesical, puede venir insuficiencia de la oclusión vesical. Entonces se debe descubrir el cuello y su proximidad y separar las cicatrices. A pesar de esto, existe el peligro de que se formen después nuevamente con efectos idénticos.

Por estas razones significa un gran progreso todo proceder operatorio que busca reforzar por el empleo plástico de músculos vecinos, por un lado el esfínter y por otro entorpecer la acción de tracción de nuevas cicatrices operatorias por la interposición de estos músculos.

GOEBELE fué el primero que utilizó para esto plásticamente el músculo piramidal con buen resultado, movilizándolo desde una incisión transversal de la piel y la fascia el mencionado músculo y después de descubrir el cuello vesical, le atraía bajo el mismo entre la vejiga y la vagina suturándole y creando un anillo muscular.

Ahora bien, de los muchos procedimientos recomendados, los unos son de difícil ejecución y no están exentos de fracasar, otros se han manifestado decididamente inútiles, tal sucede con la inyección de parafina, grasa humana, torsión de la uretra, plegadura de la misma, etc., etc.

Es por lo que en tres casos únicos que he tenido ocasión de tratar, y que no había publicado esperando poder disponer de una mayor serie que me permitiese formular un juicio definitivo, me he convencido que supera con mucho un procedimiento que se propone el utilizar el ligamento redondo, esa formación muscular elástica, como el medio adecuado y hasta cierto punto fisiológico para la substitución funcional del músculo esfínter vesical.

Esta operación puede practicarse, o según procedimiento de SIMON SOLMS, es decir, desde la vagina, que

es como yo la he practicado en mis casos, o bien desde el abdomen.

En el primer caso, se practica una incisión longitudinal y media de la pared vaginal anterior separando ésta y apareciendo en el fondo la vejiga, la cual se separa obtusamente del cuello uterino y se la mantiene elevada, siguiendo la abertura del pliegue vésico uterino peritoneal y atrayendo a través de esta abertura el fondo del útero; inmediatamente se agarra con una pinza el ligamento redondo y se le estira hasta formar un asa que juntamente con la del lado opuesto, se suturan por debajo de la vejiga y a la distancia de unos 3 o 4 centímetros de la abertura uretral externa, de modo que circundan el fondo vesical ambas asas del ligamento redondo fijadas por sutura al sitio indicado de la vejiga; se sutura la incisión peritoneal y la vaginal y con ello la operación queda terminada; su resultado parece muy digno de ser considerado como favorable. Existen casos en que debido a una fijación patológica del útero no es técnicamente fácil la operación de atraer los ligamentos redondos por vía vaginal; en estas circunstancias puede intentarse un proceder combinado abdómino-vaginal, empezando por la movilización del útero y aislar las asas de ligamento redondo las que serán atraídas después desde la vagina al sitio correspondiente del fondo vesical previo descubrimiento del mismo por la incisión vaginal.

Sin embargo, yo conseguí simplificar esta operación de modo que después de la abertura del abdomen incidí el pliegue peritoneal vésico uterino, separé al máximo el cuello uterino de la vejiga, y sosteniendo hacia adelante esta vejiga separada del útero y vagina, seccioné los ligamentos redondos cerca del anillo inguinal interno formando así dos cordones movibles y adosándolos al fondo vesical uno a cada lado y unidos por sus extremos de modo que al fin aparecía la vejiga como acabalgando sobre el asa constituida por los ligamentos redondos suturados a la vejiga y unidos ambos extremos de sección en la línea media. Sutura de la herida peritoneal vesico uterina y de la herida abdominal constituye el término de la operación. Me he convencido de que este proceder excede en sencillez a todos los demás y que sus resultados no son inferiores a los otros.

Este modo de formación de un esfínter vesical por los ligamentos redondos ha demostrado que también se puede influir favorablemente sobre un cistocele que exista simultáneamente por que el anillo ligamentoso tira en el sentido del septum pubo vesical y respectivamente del trigono—atravando hacia arriba el cuello de la vejiga y hacia adelante, y con ello contribuye a eliminar la torsión en forma de arco de la uretra y del cuello vesical—del cono uretral—causa principal de la formación del cistocele. Para eliminación completa de un cistocele se habrá de descubrir aun naturalmente el resto de fascia vesical hasta la portio, se dividirá longitudinalmente y se hará un plegamiento transversal.

Aun se ha de referir, que también en casos de fistulas en el territorio del cuello vesical y respectivamente del músculo oclisor que permanece a menudo insuficiente a pesar de la oclusión de la fistula, permite obtener la curación este proceder plástico.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA KRAUROSIS, LEUCOPLASIA, ERITROPLASIA, QUERATOMA Y VERRUGA PENIANA

(PROCESOS PRE-CANCEROSOS DEL PENE)

por el Prof. Dr. JAIME PEYRÍ
Catedrático de Dermatología, de Barcelona

En los genitales externos del hombre y de la mujer, los procesos que preceden y condicionan el epiteloma tienen sobre todo en las regiones de contacto cutáneo-mucosas, una fisonomía bien diferente morfológica y evolutiva que les distingue de los de las otras regiones cutáneo-mucosas. Pueden sintetizarse clínicamente estos procesos en cinco, de los cuales dos, las kraurosis y las eritroplasias, son poco conocidos y su estudio puede contribuir grandemente a la divulgación de los procesos que, iniciándose con diferentes morfológicas, terminan en epiteloma. Son estos cinco procesos:

- a) Una atrofodermia primitiva semejante a la *kraurosis vulvae*, que se puede llamar kraurosis alba.
- b) La conocida leucoplasia pura o atrofodérmica
- c) Una eritrosis con infiltrado, esto es una eritroplasia (QUEYRAT).
- d) Las queratosis seniles o sean los queratomas en sus tres grados, y
- e) La verruga senil.

La correspondencia de estos procesos en la mujer y el conocimiento más completo de alguno de ellos, nos servirá para estudiarlos en el pene.

A) ATROFODERMIA PRIMITIVA O KRAUROSIS PENEAL

Entendemos con el término de kraurosis una atrofodermia progresiva que acaba con retracción orificial, aplicándose hasta ahora principalmente a la vulva (BREISKY), si bien ha sido aplicado ya al hombre con el nombre de kraurosis penis (BOAK, PELLIER). Es preciso separar esta atrofodermia de la que presenta la leucoplasia, (TIBIERGE, JAYLE), haciendo de ella una



Fig. 1. - Kraurosis

variedad de kraurosis pura, no leucoplásica y haciendo constar por otra parte que ambos procesos pueden superponerse. Creemos que también es necesario separar de la atrofia prepuccial peniana todas las variedades de