



Fig. 7. — Segundo tiempo. — (Desinserción del músculo dural y Sección del alerón externo). — **Tercer tiempo.** (Apertura del fondo de saco lateral externo y de la bolsa subcuadricepsal). — 1. Músculo crural. — 2. Arteriola. 3. Arteria articular superior externa. — 4. Lámina tensora del fondo de saco lateral. — 5. Fondo de saco lateral de la articulación.

reclinan de ambos lados hacia la línea media las partes laterales del gran plano músculo-tendineo-aponeurótico de recubrimiento articular, que es conservado intacto, y se abren entonces los fondos de saco laterales y superiores en sus partes más periféricas. En esta forma el drenaje es amplísimo hacia los lados, y el sistema de recubrimiento, efectúa con su propia tensión la expresión del gran compartimento de la rodilla. Esto se conseguirá al grado máximo, si se aplicase el método de Wilhems de movilización activa.

Disectasia del cuello vesical.

Por el doctor V. GRILLE CENDAN (Relator Dr. R. Capurro)

El caso que deseo presentar de enfermedad del C. V. me ha parecido interesante por su poca frecuencia (el primero presentado en nuestro medio) y por la necesidad de efectuar un diagnóstico exacto para imponer un tratamiento verdaderamente eficaz.

Historia clínica. — E. F. de 53 años de edad me consulta por dificultad en la micción, datando de la edad de 22 años; la micción es difícil desde el comienzo al final y para ser útil el esfuerzo, busca puntos de apoyo en los puños, presentando en los nudillos verdaderas callosidades.

En los antecedentes de este enfermo se encuentra ya a los 15 años cierta dificultad para la micción. A los 19 años padece una uretritis gonocócica con orquitis unilateral, afección que fué mal tratada.

A los 22 años sus trastornos lo obligan a ver médicos los cuales diagnostican "estrechez uretral" sometiéndolo a dilataciones que alcanzan fácilmente gran calibre sin que el enfermo note mejoría alguna. Después de recorrer varios consultorios con idéntico diagnóstico y tratamiento ineficaz se abandona durante unos años. Su dificultad ha ido en aumento y a los 52 años aparece una poliakiuria nocturna que lo obliga nuevamente a consultar médico y es en este momento que yo lo veo.

Examen clínico. — Se trata de un sujeto muy nervioso con un fondo histérico muy marcado, habiendo tenido ocasión durante el tratamiento de presenciar verdaderas crisis histéricas a forma convulsiva unas veces, otras de carácter sentimental, que terminaron con la aparición del llanto.

Del punto de vista urinario encontré: próstata ligeramente aumentada de dimensiones, de consistencia normal, uretra de calibre normal con contracción muy pronunciada de su esfínter membranoso, el cuello vesical con los caracteres de una estenosis ancha pero elástica, pues permitía el paso de exploradores de diversas dimensiones a los cuales comprimía fuertemente.

La vejiga presentaba un residuo de 150 grs. con orina turbia (tipo bacteriuria).

La palpación renal dolorosa del lado derecho.

Con estos datos pienso en una enfermedad del C. V. diagnóstico que confirma la uretrocopia mostrando una "barra cervical" transversal posterior. A través del C. V. se percibe la vejiga normal y un uréter lo que me hace pensar en la posibilidad de una hipertrofia prostática concomitante. Propongo la intervención quirúrgica que es aceptada.

Intervención. — Anestesia general al éter.

Oper.: Drs. Grille y Pérez Pontana.

Incisión suprapúbica, cistotomía.

Vejiga espesada de aspecto normal, no se aprecia ningún aumento de vol. de la próstata, el C. V. forma un rodete poco marcado pero muy tónico.

Con una pinza de Doyen y luego con el dedo hacemos una dilatación forzada del C. V. Drenaje vesical con tubo de Marión.

Post-operatorio normal.

Queda una fistula vesical que más tarde cierra espontáneamente.

Estado actual. — Lleva dos años y medio de operado. La poliakiuria desapareció desde el momento de la intervención, la micción se hace casi sin esfuerzo, el final de la micción se prolonga algo más que lo normal.

CONSIDERACIONES. — El señor E. F. presentaba un síndrome de "disectasia del C. V.". Síndrome producido por una "hipertrofia del C. V.", lo catalogo así como una "Maladie de Marion"; en efecto, los primeros trastornos comienzan en la juventud (15 años), el C. V. de este enfermo no era fibroso, puesto que se adaptaba fácilmente a cualquier calibre de los instrumentos exploradores. Es de hacer notar también la espasmosidad del esfínter membranoso y mismo del esfínter

anal, como también el espesamiento de la vejiga, todo esto en un sujeto de fondo histórico marcado, que fácilmente crea un estado convulsivo.

Parece que habría aquí una hipertonía congénita y cabría la hipótesis de M. Minet de suponer una hipertrofia vesical (vejiga y cuello) frente al obstáculo que constituye un esfínter membranoso hipertónico.

No se trataría entonces de "hipertrofia congénita del C. V.", sino de "hipertrofia precoz del C. V." secundaria a una hipertonía del esfínter membranoso de origen congénito.

Dr. Capurro: ¿El caso presentado por el Dr. Grille corresponde a una verdadera disectasia del cuello vesical?

Empezamos por hacer notar que en la observación que motiva este informe falta un buen examen neurológico, sobre cuya importancia ya hemos insistido, así como una radiografía sacro-lumbar para descartar la espina bífida oculta.

Además, como el Dr. Grille lo manifiesta, el enfermo es un neurópata.

Ahora bien, esta clase de enfermos, como ya lo hemos expresado, pueden presentar retención vesical con cuellos vesicales completamente normales.

El Dr. Grille nos habla de la uretroscopía posterior practicada al enfermo, pero no nos dá las características de la barra cervical observada y manifiesta, a continuación, que es probable la existencia de una hipertrofia prostática concomitante.

¿No se trataría de la barra transversal de la hipertrofia prostática?

El resultado operatorio tampoco es un argumento muy probante, máxime si se tiene en cuenta que se practicó la divulsión del cuello, a propósito de cuyo procedimiento se sigue negando su eficacia.

Sin embargo, no dejamos de reconocer que el espesamiento de la capa muscular de la vejiga en el caso en cuestión, es un argumento a favor del diagnóstico de enfermedad del cuello vesical.

En resumen, consideramos que el diagnóstico de disectasia del cuello vesical para el caso en cuestión es muy discutible, pero que se trata de una observación interesante que destaca un esfuerzo meritorio que merece la aprobación de la Sociedad de Cirugía.