

7.º *Extracción por medio de la cucharilla de báscula.* — Se procura deslizar la cucharilla entre el cálculo y la pared uretral, hasta rebasar el cálculo por detrás (fig. 423). En aquel momento se endereza la cucharilla, la cual abarca por su cara anterior al cálculo. Una sonda introducida

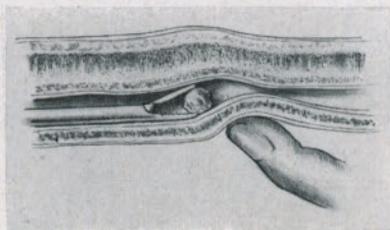


Figura 422

Extracción de un cuerpo extraño mediante la pinza uretral

entonces por encima del mango de la cucharilla, fija por su punta el cálculo contra la concavidad de la cucharilla (fig. 424). La extracción se efectúa retirando conjuntamente la sonda y la cucharilla.

b) *Extracción de agujas.*

Podrán extraerse éstas por los procedimientos siguientes:

1.º Haciéndolas penetrar en el interior del canal de un litotritor, retirando luego el instrumento.

2.º Introduciendo un tubo uretrocópico y tirando fuertemente del pene a fin de que la aguja se desprenda de la pared y pueda insinuarse

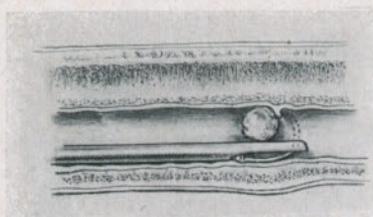


Figura 423

Extracción de un cuerpo extraño mediante la cucharilla de báscula (primer tiempo)

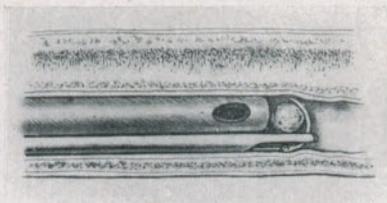


Figura 424

Aprisionamiento del cuerpo extraño entre la cucharilla y una sonda de pico cortado (segundo tiempo)

dentro del tubo uretrocópico. Si la aguja no se desliza entonces fácilmente hacia el exterior por dentro del tubo uretrocópico, podrá apresarse con una pinza.

3.º *Extracción por medio de la versión de la aguja.* — Esta se practica en la forma siguiente: 1.º Comprimiendo la uretra por detrás de la aguja, a fin de evitar que ésta desaparezca hacia la profundidad, se dobla el pene contra la punta de la aguja hasta conseguir que ésta perfora el conducto y que su punta se haga visible al exterior (fig. 425). 2.º La aguja se estira entonces, por su punta, hasta quedar detenida por su cabeza en la superficie interna de la uretra. En este momento se efectúa la

versión, inclinando la punta de la aguja hacia la raíz del pene y la cabeza hacia la punta. 3.º Por medio de la propulsión sobre la punta de la aguja conseguiremos que su cabeza llegue hasta el meato uretral y pueda ser entonces retirada por completo.

c) *Extracción de sondas, bujías o instrumentos rígidos.*

1.º Por medio de un pequeño explorador de Guyón, insinuado por detrás de estos cuerpos extraños, podrán en algunos casos ser extraídos al retirar el explorador.

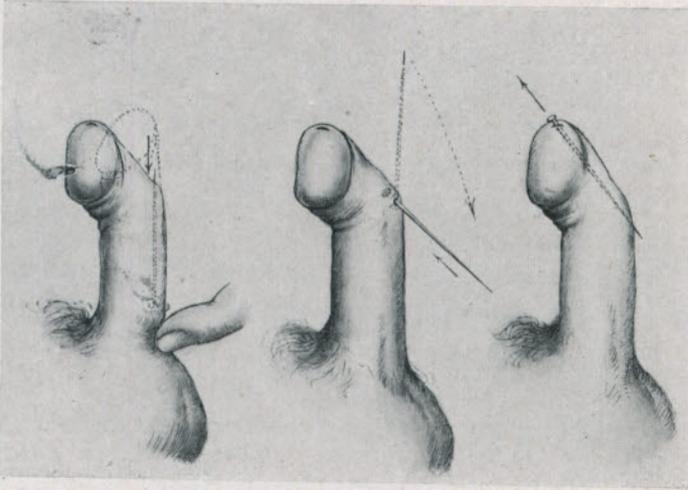


Figura 425

Extracción de una aguja por medio de la versión

A izquierda: Perforación de la uretra con la punta de la aguja.

En el centro: Versión de la aguja.

A derecha: Extracción de la aguja después de su versión.

2.º Un fragmento de sonda podrá ser extraído introduciendo hasta el mismo una sonda de pico cortado; cuando ésta se encuentra en contacto con aquél, se introduce en su interior un mandril cuadrado hasta conseguir que encaje en el fragmento de sonda que deseamos extraer. Retirando entonces las sondas y el mandril, al mismo tiempo que comprimimos la uretra de atrás hacia delante, podremos conseguir su extracción sin lesionar la uretra.

3.º Podremos emplear también el uretroscopio y las pinzas uretrales introducidas por su interior.

2. — EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS Y CUERPOS EXTRAÑOS DE LA URETRA POSTERIOR

Podemos utilizar los siguientes procedimientos:

1.º El lavado uretro-vesical simple o bien la inyección de líquido con una jeringa vesical, a fin de empujarlos hacia la vejiga, en donde serán pulverizados o aspirados.

2.º La introducción hasta el cálculo de una pequeña sonda bequille, seguida de una inyección violenta de agua o aceite esterilizado por medio de una jeringa vesical, a fin de conseguir también la penetración en la vejiga.

3.º La propulsión hacia la vejiga por medio del explorador olivar o bien con la sonda metálica especial de Guyón.

4.º La extracción por medio del uretroscopio en la misma forma que hemos descrito para los pequeños cálculos de la cavidad vesical (véase página 495). Si esto no es posible, empujaremos el cálculo hacia la vejiga por medio del mismo aparato uretroscópico.

5.º Los fragmentos de sonda o de bujía podrán ser extraídos también por medio del talón de un explorador o bien utilizando el uretroscopio y la pinza uretral.

3. — EXTRACCIÓN DE LOS CÁLCULOS O CUERPOS EXTRAÑOS EN LA MUJER

Pudiendo ser más fácilmente extraídos por las vías naturales, difícilmente tendremos que apelar a la propulsión hacia la vejiga.

La extracción podrá hacerse con los mismos procedimientos que en el hombre. Nos surtirán buenos resultados la extracción por medio del uretroscopio o bien la dilatación forzada, a fin de poder introducir pequeños espécúlos.

X. — Meatotomía

A. — INDICACIONES

El agrandamiento del meato uretral se encuentra indicado en los casos de estrechez congénita del meato cuando hay dificultad en la micción. Aunque el meato no sea muy estrecho, está indicada también la meatotomía cuando la estrechez ocasiona la persistencia de una uretritis crónica, o bien cuando hay necesidad de introducir instrumentos de grueso calibre, sea para el tratamiento de la uretritis o bien para la exploración o trata-

miento de las afecciones de la vejiga. Bajo este concepto constituye, en algunas ocasiones, un tiempo preliminar de la litotricia.

Se encuentra indicada, también, en las estrecheces adquiridas.

B. — INSTRUMENTAL

Aunque puede servirnos un sencillo bisturí de filo estrecho, es conveniente practicar la operación con el meatotomo de báscula (véase fig. 426)



Figura 426
Meatotomo del doctor Janet



Figura 427
Meatotomo galvánico



Figura 428
Meatómetro

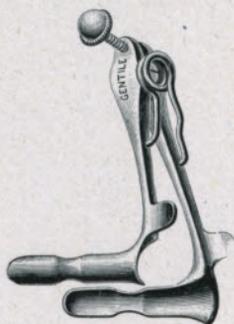


Figura 429
Separador del meato
para meatotomía gal-
vánica

y mejor aún efectuar la meatotomía galvánica. En este caso nos hará falta un dilatador uretral, el meatotomo galvánico con el mango del galvano-cauterio y un cuadro eléctrico para cauterizar o bien el pantostato. Es conveniente tener también a mano el meatómetro o bien varios beniqués de diferentes calibres, con el fin de medir las dimensiones del meato.

C. — MANUAL OPERATORIO

1.º *Anestesia.* — En los sujetos valientes puede prescindirse de la anestesia. En los pusilánimes puede conseguirse la anestesia practicando una inyección de novocaína en la cara inferior del glande, inmediata a los labios del meato. Puede obtenerse con más sencillez la anestesia aplicando

un tapón de algodón, empapado con solución de cocaína al 4 por 100, entre los labios del meato y en la cara inferior del glande.

2.º *Meatotomía*. — Si se quiere practicar con el meatotomo de báscula, se introduce éste cerrado en la uretra balánica y se retira abierto hasta un grado conveniente. La sección del meato debe hacerse en la comisura inferior. En los sujetos que tienen una estrechez cicatricial, es con-

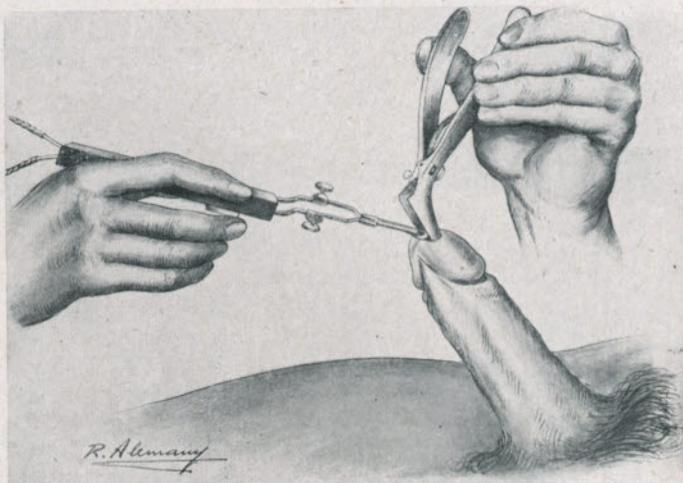


Figura 430
Meatotomía galvánica

veniente a veces añadir una pequeña incisión en el extremo superior del meato.

Para efectuar la meatotomía galvánica se introduce el dilatador en la uretra balánica y se entrea bre a fin de hacer bien visible entre sus ramas el borde inferior del meato. Entonces se introduce entre las ramas del dilatador el meatotomo galvánico colocado al rojo, seccionándose el extremo inferior del meato. La operación se hace, en este caso, sin hemorragia. La sección debe comprender no solamente la zona del meato, sino la porción inmediata de uretra balánica en el caso de que se encuentre en dicho sitio alguna estrechez. La sección debe efectuarse siempre en la línea media (fig. 430).

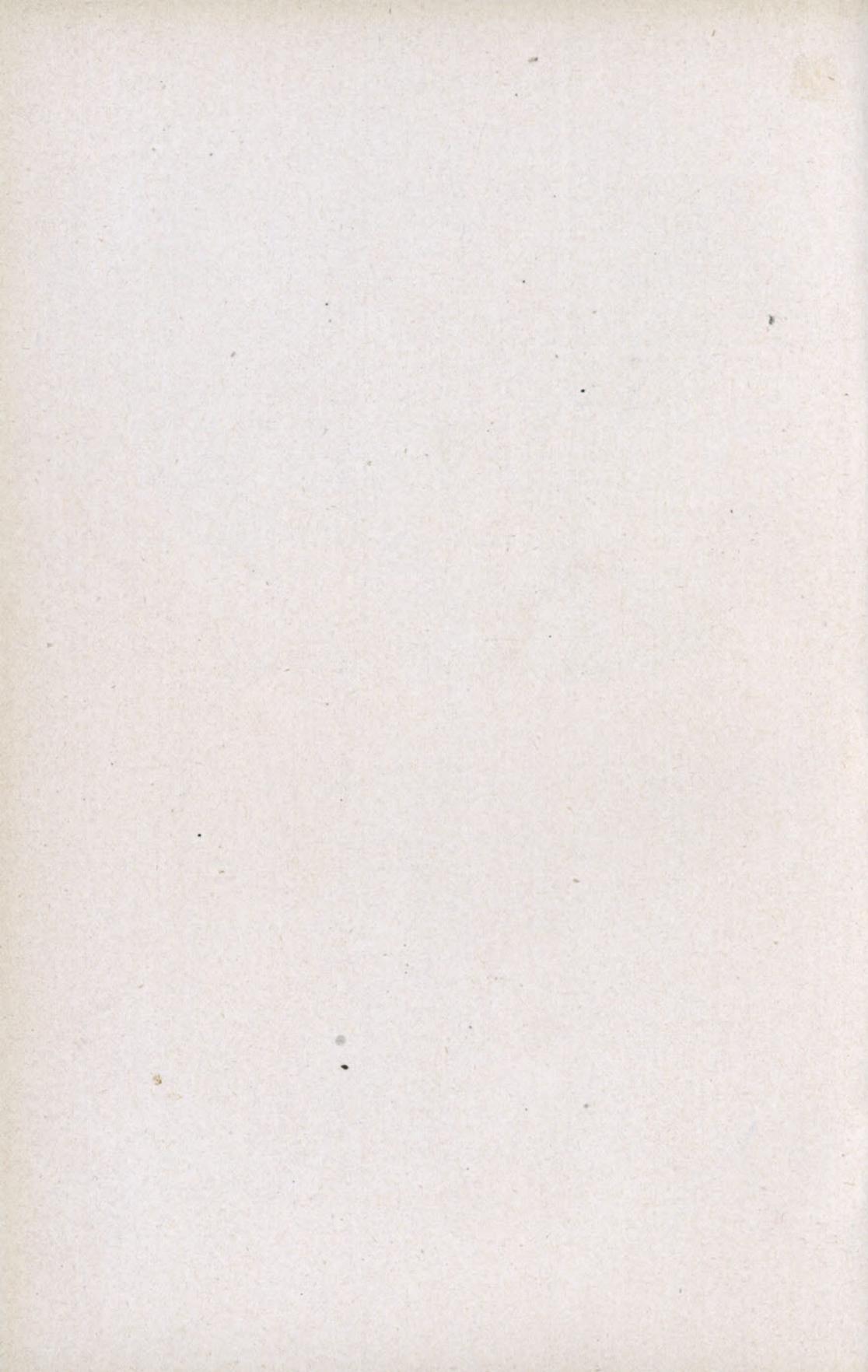
Terminada la sección se introduce en la uretra balánica el meatómetro o bien varios beniqués de números diferentes, a fin de reconocer si hemos alcanzado un número suficiente de dilatación. En caso de necesidad, haremos una nueva sección.

D. — CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Raras veces salta una pequeña venilla cuando nos aproximamos al frenillo. Ninguna ligadura hay necesidad de practicar. Para cohibir la hemorragia basta colocar, en el sitio de la sección, una pequeña compresa y comprimir fuertemente el pene con otra compresa. Si la hemorragia fuese más abundante, sería conveniente colocar al enfermo a sonda permanente, comprimiéndole el glande encima de la sonda.

En los casos corrientes basta aplicar entre los labios seccionados, una pequeña torunda empapada con ferripirina, hasta el segundo o tercer día. La micción se efectúa, en este caso, por encima de la torunda sin inconveniente alguno. Es conveniente dejar también el enfermo a sonda permanente, en las meatotomías practicadas por estrecheces cicatriciales consecutivas a quemaduras cáusticas.

Desde el segundo o tercer día deben empezarse las dilataciones del meato, a fin de evitar que nuevamente se fusionen sus labios.



CAPITULO III

OPERACIONES SOBRE EL PERINÉ

I. — Incisión de los abscesos perineales agudos

A. — INDICACIONES

La incisión de los abscesos perineales agudos debe efectuarse lo más tempranamente posible, sin esperar a que se observe una sensación clara de fluctuación. La presencia del pus se denotará por una menor consistencia del tumor, el edema de la piel y disminución del dolor espontáneo sin descender la temperatura. En ocasiones existe solamente un pequeño foco peri-uretral, rodeado por gran espesor de edema.

B. — INSTRUMENTAL

Hacen falta los siguientes instrumentos:

Un escalpelo; 2 tijeras, una recta y otra curva; 2 pinzas de disección de diente de ratón; una pinza de disección larga, sin dientes; 6 pinzas de ropa; 6 pinzas de Pean; sonda acanalada y un estilete largo; 6 pinzas de Kocher, largas; un par de separadores de Farabeuf; una valva de Proust; 2 pinzas de Terrier largas, una curva y otra recta; aguja de Reverdin; 2 sondas bequilles o cónico-olivares delgadas; una bujía filiforme y drenajes de varios calibres.

C. — MANUAL OPERATORIO

1.º *Incisión perineal.* — En el periné se practica una incisión en la línea media, que alcance toda la extensión de la tumefacción. Si la tumefacción está situada lateralmente por delante del ano, es decir, correspon-

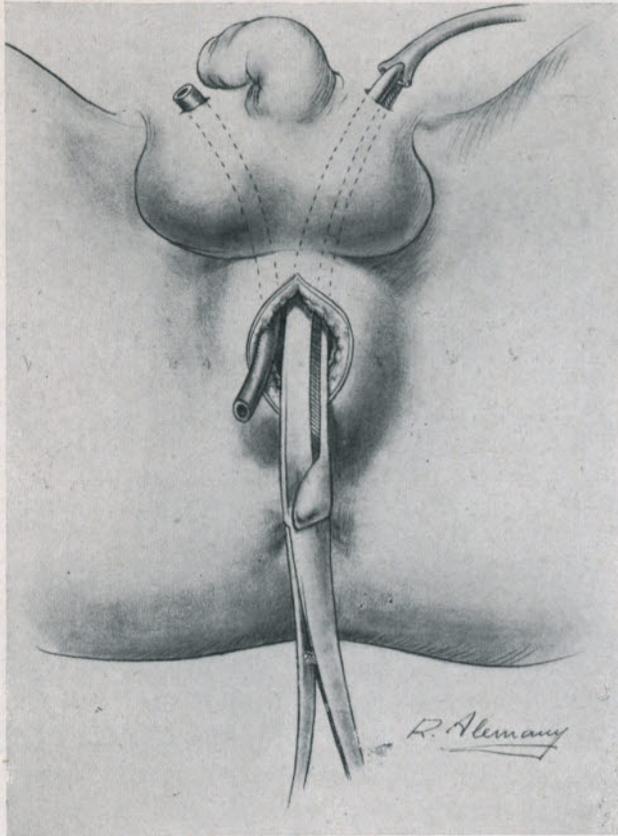


Figura 431

Incisión de un absceso perineal y colocación de los tubos de drenaje

de a una cowperitis, la incisión tendrá lugar encima de la parte más prominente de la tumefacción.

Es conveniente colocar en la uretra una sonda pequeña o una bujía delgada que servirá para reconocer el conducto al efectuar los desbridamientos, a fin de que aquél no sea tomado por una brida y se rompa transversalmente.

La incisión profundizará rápidamente en el sitio más blando o fluctuante. A veces hay necesidad de atravesar una serie de capas esclerosa-

das de bastante grosor, hasta abrir el foco del absceso, que se encuentra a veces pegado contra la pared uretral. Si el absceso se encuentra inmediato a la piel, puede hundirse en el mismo la punta del bisturí, agrandando luego la incisión hacia las bolsas y hacia el ano.

2.º *Desbridamientos.* — La abertura del foco del absceso da salida a una gran cantidad de pus. Introduciendo el dedo índice en la cavidad

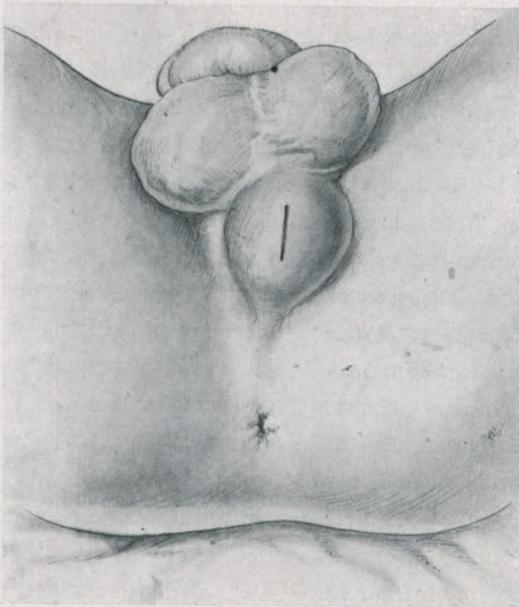


Figura 432

Incisión de un absceso perineal, procedente de una cowperitis

deben romperse después las bridas y tabiques que aislan otras pequeñas cavidades también llenas de pus. En estos desbridamientos debemos llegar, si es preciso, hasta la pared uretral, respetando no obstante las paredes de este conducto. Este queda a veces completamente aislado en el techo de la cavidad que ocupaba el absceso,

Las cavidades purulentas deben transformarse en una cavidad única, de paredes lo más regulares posible.

3.º *Incisiones complementarias.* — Resiguiendo con el dedo índice las paredes de la cavidad, podremos observar las prolongaciones que el absceso envía hacia las regiones inmediatas. Con mayor frecuencia se dirige hacia una o ambas tuberosidades isquiáticas, pasando por los lados del ano y formando una o dos bolsas declives. En dicho sitio deben practicarse incisiones complementarias, que arrancando del extremo posterior

de la incisión media, se dirigen oblicuamente hacia las tuberosidades isquiáticas.

A veces hay necesidad también de poner en amplia comunicación la fosa isquio-rectal con la piel, por enviar una prolongación hacia dicho sitio.

4.º *Contra-aberturas y drenaje.* — La cavidad del absceso se prolonga con frecuencia a lo largo de la uretra, apuntando su extremidad anterior en el ángulo peno-escrotal. En este caso, introduciendo por el periné una pinza Clamp curva, se obligará que su punta haga prominencia en el ángulo peno-escrotal. En dicho sitio se efectuará una contra-abertura, mediante una incisión longitudinal que no llegue a dividir las bolsas por detrás. Un tubo de drenaje se introducirá después entre los bocados de la pinza, atrayéndolo desde la abertura peno-escrotal hacia el periné.

Otras veces, la cavidad del absceso, aun siguiendo a lo largo de la uretra, se prolonga hacia delante en forma de dos cuernos que pasando por encima de las bolsas, apuntan cada uno de ellos hacia las regiones inguinales. En este caso, también con una pinza Clamp curva introducida por el periné se hará prominencia en las extremidades anteriores de estas cavidades. Dos incisiones practicadas encima de la pinza, una en cada región, formarán otras tantas contra-aberturas. Un tubo de drenaje introducido con la pinza se hará salir por el periné (fig. 431).

Otros drenajes complementarios deben colocarse si el foco del absceso envía prolongaciones hacia otros sitios.

5.º *Uretrotomía interna.* — Esta no debe efectuarse en el mismo acto operatorio. Se practicará a los 8 ó 10 días, o bien más tarde, según las condiciones en que se encuentre la región operada.

D. — CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Durante los primeros días debe vigilarse solamente el drenaje de la cavidad por los tubos. Si un nuevo foco se constituye en las inmediaciones, debe practicarse la abertura del mismo.

Los tubos de drenaje serán cambiados a los 4 ó 5 días por otros más pequeños si los primeros eran de bastante grosor. Definitivamente serán retirados a los 6, 8 ó 10 días, según las dimensiones de la cavidad principal o sus prolongaciones. En todo momento se evitará que la abertura cutánea se estreche antes que el fondo, a fin de que no se forme un nuevo foco.

No debemos preocuparnos, durante los primeros días, del estado del conducto uretral, aunque el enfermo pierda toda su orina por el periné.

Retirados los tubos de drenaje se practicará la uretrotomía interna, a fin de corregir la estrechez y prevenir la formación de trayectos fistulosos. Esta podrá retrasarse durante más tiempo si no hay escape de orina por el periné.

II. — Tratamiento de los abscesos crónicos del periné

A. — INDICACIONES

La extirpación de los focos de peri-uretritis crónica está indicada cuando no pueden ser corregidos por medio de la dilatación uretral en forma que quede un periné blando y flexible. La indicación primordial en estos casos no es solamente la restauración perineal, sino también el arreglo de las lesiones uretrales que puedan existir, en la forma indicada en las páginas 663 y 688.

B. — INSTRUMENTAL

Además del instrumental que hemos indicado para abrir un absceso agudo (véase página 735), hace falta el que hemos indicado en la operación de uretrotomía externa (véase página 659).

C. — MANUAL OPERATORIO

1.º *Uretrotomía interna.* — Esta debe constituir el primer acto operatorio del tratamiento de estos abscesos y peri-uretritis crónicas. De preferencia se utilizará el uretrotomo de secciones múltiples, con el fin de incidir la pared inferior (véase pág. 653).

Terminada la sección de las estrecheces se dejará colocada la sonda permanente, continuando la operación sobre la región perineal. La sonda servirá para hallar más fácilmente el conducto y ver las condiciones en que se encuentra.

2.º *Incisión perineal media.* — La masa esclerosada y cavernosa que forman los abscesos crónicos en el periné, será dividida completamente en dos mitades, merced a una incisión perineal media prolongada todo a lo largo de la masa esclerótica. No debemos preocuparnos de la situación de los trayectos fistulosos que puedan existir.

La incisión profundizará hasta la uretra, procurando respetar, sin embargo, el conducto uretral. Llegado a este sitio, dejaremos libre la cara inferior de este conducto de la masa esclerótica aplicada contra el pubis.

3.º *Liberación externa de la uretra.* — Cada mitad de la masa esclerósica debe ser extirpada «en bloque», desde la uretra hacia las ramas isquio-pubianas, hasta encontrar tejido completamente sano.

A este fin aislaremos con cuidado la pared externa de la uretra, de las masas esclerósicas peri-uretrales.

4.º *Extirpación de los tejidos esclerosados.* — Liberada completamente la uretra, seguiremos despegando la masa esclerosada hacia el triángulo isquio-bulbar, de dentro hacia fuera, llegando por delante hasta el ángulo prepubiano si es preciso y por detrás hasta las márgenes del ano. Profundamente llegaremos hasta el aponeurosis perineal media, si hay necesidad. En esta extirpación rechazaremos los testículos hacia delante, pero debemos extirpar también las masas esclerosadas que invaden las bolsas.

Aislada la masa en la profundidad, hasta encontrar tejido sano, será separada entonces de la piel o bien extirpada junto con la zona cutánea invadida. No debemos preocuparnos de la importancia de la resección, pues los tejidos perineales se rehacen con gran facilidad.

5.º *Tratamiento del conducto uretral.* — Si la uretra está fusionada en su pared inferior con la masa esclerosada, no habrá más remedio que practicar la uretrotomía externa, en la forma indicada en la pág. 663. Esta será el acto operatorio preliminar si la uretrotomía interna no ha podido llevarse a cabo.

Si un segmento del conducto uretral se encuentra completamente incluído en la masa esclerósica, siendo muy difícil reconocerlo en el acto operatorio, debe extirparse esta porción de la uretra, juntamente con la masa esclerósica, en la forma indicada en la pág. 688. Terminaremos la operación en este caso, según las condiciones en que queda el conducto uretral, en la forma indicada en las páginas 680 y 688.

D. — CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Debemos dirigir principalmente nuestra atención a mejorar el conducto uretral por medio de dilataciones sucesivas. En esta forma activaremos la cicatrización de la herida perineal, evitando la formación de fístulas uretrales.

Procuraremos que la herida perineal cicatrice del fondo hacia la superficie, en igual forma que en los abscesos agudos.

III. — Tratamiento de la infiltración de orina

A. — INDICACIONES

Esta operación debe ser considerada siempre como de urgencia. El acto operatorio debe realizarse ante las primeras manifestaciones acusadas por el enfermo.

Por otra parte, las incisiones deben ser múltiples y profundas, por tratarse de un flemón difuso perineal.

B. — INSTRUMENTAL

Además del instrumental necesario para la abertura de un absceso agudo del periné (véase página 735), hace falta un termo-cauterio.

C. — MANUAL OPERATORIO

1.º *Hemisección de las bolsas testiculares.* — Con el escabelo practicaremos una sección profunda que vaya desde el ángulo peno-escrotal hasta cerca del ano. Esta incisión dividirá completamente las bolsas en dos mitades, constituida cada una de ella por una gran masa infiltrada.

Profundamente, esta incisión, llegará hasta cerca del conducto uretral, en donde se encuentra a veces un pequeño absceso que debemos abrir. Este foco purulento es con frecuencia la única colección que encontraremos. El resto de la masa está constituida por gran infiltración de líquido en los tejidos perineales y en las bolsas.

2.º *Perforaciones perineales y escrotales.* — En toda la cara cutánea de la masa infiltrada, a nivel de las bolsas y del periné, practicaremos una serie de perforaciones con el termocauterio. Este debe undirse profundamente, sin temor alguno. A nivel de cada perforación brota una cierta cantidad de líquido purulento, reduciéndose entonces el tamaño de las bolsas.

Las bolsas testiculares deben quedar completamente acribilladas de perforaciones. A nivel del periné llegaremos, con el termocauterio, hasta el límite externo de la zona edematosa o endurecida.

3.º *Tratamiento de las infiltraciones peneana e hipogástrica.* — A lo largo del pene trazaremos varias incisiones si éste se encuentra invadido también por la infiltración o bien daremos varias puntas de cauterio hasta reducirlo cerca de su tamaño normal.

La infiltración de las regiones inguinales e hipogástrica serán tratadas en la misma forma por el termocauterio. Este se hunde con facilidad en la zona infiltrada, la cual debe quedar acribillada también por las perforaciones.

Limitaremos la extensión de la zona infiltrada mediante una línea de

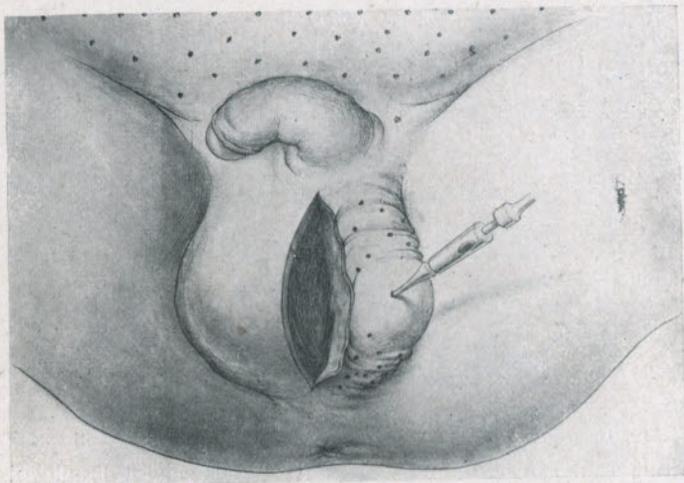


Figura 433

Tratamiento de la infiltración de orina

perforaciones con el termocauterio a nivel del borde endurecido que forma el límite externo de la infiltración.

D. — CUIDADOS POST-OPERATORIOS

En la región operada se colocará un taponamiento ligeramente apretado. En el acto operatorio será empapado este taponamiento con agua oxigenada diluída, colocándose encima una gruesa capa de algodón, terminando el apósito con la aplicación de una tela impermeable dispuesta en forma de una gran bolsa, con un orificio para dar salida al pene.

Durante los primeros días deben aplicarse, repetidamente, fomentaciones calientes con agua oxigenada diluída. El apósito exterior debe ser renovado todas las veces que quede sucio por el derrame purulento.

No debemos preocuparnos tampoco, en este caso, por la pérdida de orina por el periné.

Debemos vigilar muy cuidadosamente si la infiltración se extiende hacia la región abdominal, para seguir hacia las fosas ilíacas y el dorso del

enfermo o bien hacia las márgenes del ano y los muslos. En este caso, se harán nuevas perforaciones con el termo-cauterio, en la zona nuevamente invadida a fin de limitar su extensión.

El tratamiento general debe acompañar al tratamiento local. Los tónicos generales y cardíacos, al igual que los antisépticos, no deben faltar al enfermo.

Más tarde se practicará la uretrotomía interna o bien las reconstituciones uretrales que hagan falta, según las condiciones en que los tejidos perineales hayan quedado.

IV. — Operaciones sobre las fistulas de la uretra posterior

(Uretro-perineales y uretro-rectales)

A. — INDICACIONES

Las fistulas de la uretra posterior, en algunos casos, desembocan exclusivamente en el periné, pasando el trayecto fistuloso a través de la aponeurosis perineal media. En otros, desembocan en el recto, bien por un orificio muy corto o bien a través de un foco purulento intermedio entre la uretra y el recto. En ocasiones, este foco intermedio desemboca además en el periné: la fistula es, en este caso, uretro-perineal y uretro-rectal.

En el acto operatorio debemos corregir las lesiones de la uretra, las del recto, independizar los orificios de la uretra y del recto, y además suprimir los focos purulentos perineales y reseca los tejidos esclerosados del periné.

En la *uretra*, debemos suprimir la pérdida de substancia a fin de cerrar el orificio uretral y además corregir la estrechez si existe, pues ésta sostendría la fistulación.

Por parte del recto debemos cerrar la perforación rectal y además separarla del sitio donde se encuentra la pérdida de substancia de la uretra, evitando así que secundariamente puedan ponerse en comunicación ambos conductos. En ocasiones tendrá que corregirse, además, la estrechez rectal.

En el periné se encuentra a veces un foco purulento que convendrá abrir y drenarlo, en ocasiones, en una operación previa, a fin de colocar la zona operatoria en condiciones para proceder en otro acto operatorio al cierre de las perforaciones uretral y rectal.

B. — INSTRUMENTAL

Hacen falta los siguientes instrumentos:

Un beniqué; el conductor de Syme; 2 sondas bequilles; 2 escalpelos; una tijera recta y una curva; 6 pinzas de ropa; 12 pinzas de Pean; 6 pinzas de Kocher largas; un par de separadores de Farabeuf; una valva de Proust; aguja de Reverdin; aguja de Doyen; porta-agujas y 10 agujas de sutura, de diferente forma y tamaño; una legra; sonda de bocio de Kocher; 2 pinzas de Terrier largas, rectas.

C. — MANUAL OPERATORIO

Comprende las partes siguientes: 1.^a Cistostomía derivatriz. 2.^a Desdoblamiento perineal. 3.^a Tratamiento de las lesiones uretrales. 4.^a Tratamiento de las lesiones rectales en caso de fistula uretro-rectal. 5.^a Reconstitución perineal.

a) *Cistostomía derivatriz.*

Es imprescindible practicarla en los casos de fistula uretro-rectal. En algunos casos se habrá efectuado ya en una operación preliminar, especialmente si el enfermo se ha encontrado con retención de orina por el traumatismo que ha ocasionado la fistula uretro-rectal.

En los casos de fistula uretro-perineal con destrucción extensa del conducto, será conveniente realizarla también con el fin de encontrar la uretra posterior por medio del cateterismo retrógrado y asegurar, además, el éxito de la restauración uretral que se practique.

La cistostomía derivatriz se realizará en la forma descrita en la página 571.

b) *Desdoblamiento perineal.*

1.^a *Incisión cutánea.* — En la uretra se coloca un beniqué y si éste no puede introducirse, una sonda vesical de mediano calibre, a fin de servir de guía para encontrar el conducto uretral. En los casos de estrechez traumática se introducirá un conductor hasta el sitio de la estrechez; terminada la resección de la zona estrechada, se introducirá una sonda hasta la vejiga.

Desde una tuberosidad isquiática a la otra se trazará una incisión cutánea con la concavidad dirigida hacia atrás. En caso de necesidad, en la parte más convexa de esta incisión empezará una incisión longitudinal di-

rigida hacia delante hasta la parte media de las bolsas. No debemos preocuparnos de la situación de los trayectos fistulosos y orificios perineales.

2.º *Separación del recto del conducto uretral.* — Si los tejidos perineales conservan su aspecto anatómico normal, iremos en busca del

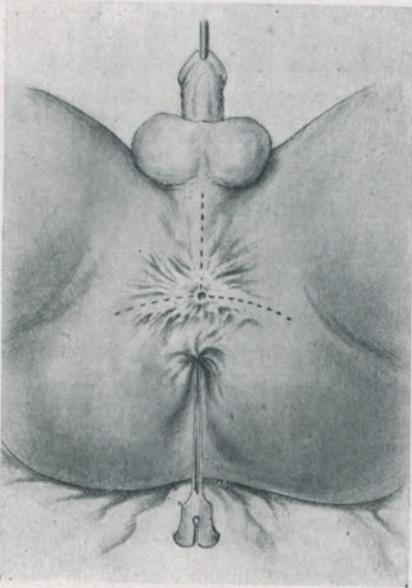


Figura 434

Operación en las fístulas uretro-perineo-rectales. Trazado de la incisión cutánea

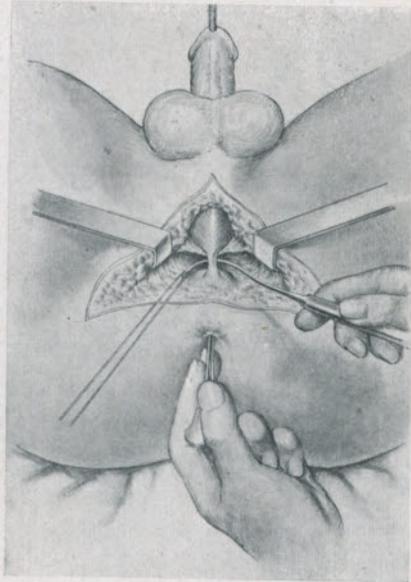


Figura 435

Aislamiento del trayecto fistuloso

bulbo de la uretra, aislándolo en la forma descrita en la pág. 539, a fin de separar la uretra del recto.

Si el periné se encuentra esclerosado y surcado por trayectos fistulosos, tendremos que atravesar este magma esclerótico, procurando pasar lo más cerca posible del conducto uretral, que reconoceremos por la sonda colocada en su interior. El dedo índice colocado en el recto nos servirá, en este caso, para alejar los instrumentos del mismo, evitando nuevas perforaciones rectales.

En esta forma llegaremos hasta el sitio donde se encuentra la fístula uretral o bien el trayecto fistuloso uretro-rectal.

3.º *Despegamiento de la fístula.* — El despegamiento uretro-rectal debe rebasar ampliamente, por los lados y hacia arriba, el trayecto fistuloso.

La cara posterior de la uretra quedará descubierta, pudiéndose reconocer entonces una pérdida de substancia en caso de fístula uretral aislada.

Si existe un trayecto fistuloso uretro-rectal, debe seccionarse transversalmente a fin de separar ampliamente ambos conductos. Las perforaciones rectal y uretral se hacen entonces visibles, pudiéndose cerrar aisladamente.

c) *Tratamiento de las lesiones uretrales.*

1.º *Extirpación de los tejidos perineales esclerosados.* — Los proyectos fistulosos serán extirpados juntamente con los tejidos fistulosos y los pequeños abscesos o cuerpos extraños que puedan encontrarse incluidos en el magma esclerótico. La uretra debe quedar perfectamente aislada en sus caras inferior y laterales y los tejidos perineales perfectamente blandos.

2.º *Descenso de la próstata y cuello de la vejiga por medio de la desinserción de la aponeurosis perineal media* (Rochet). — En caso de necesidad, para exteriorizar la región operatoria, a fin de realizar en mejores condiciones la operación de reconstitución uretral, puede realizarse esta operación ideada por Rochet. Se efectúa en la forma siguiente:

1.º Se secciona por completo la uretra membranosa, en sentido transversal, inmediatamente por detrás del bulbo. El segmento uretral anterior se separa hacia delante, apartándole del campo operatorio.

Esta sección uretral no ofrece inconveniente alguno, pues muchas veces hay que reseca un segmento de uretra por la estrechez traumática existente.

2.º El plano fibroso de la aponeurosis perineal media se separa de sus inserciones en las ramas isquio-pubianas, seccionando la aponeurosis un poco por dentro de las ramas isquio-pubianas; así evitaremos la lesión de la rama profunda de la arteria pudenda interna y del nervio pudendo interno, que se seccionarían cortando la aponeurosis al ras del hueso. Las dos secciones laterales se reúnen por delante mediante una sección arqueada por detrás del ligamento transversal de la pelvis; así evitaremos la lesión de venas importantes que pasan por encima de este ligamento.

3.º En caso de necesidad, seccionaremos después los ligamentos pubo-vesicales y pubo-prostáticos y los vasos que abordan lateralmente a la próstata. En esta forma obtendremos un mayor descenso del cuello de la vejiga.

3.º *Reconstitución uretral.* — Si la uretra no se encuentra estrechada, se avivarán solamente los bordes del orificio uretral, practicándose acto continuo una sutura longitudinal por medio de varios puntos de su-

tura entrecortada, con catgut. Estos puntos no serán perforantes para la uretra. En caso de fistula uretro-rectal, se aplicará encima otra sutura, a fin de hundir la primera y cerrar mejor la pérdida de substancia uretral.

Si los dos segmentos de la uretra se encuentran separados por una zona de tejido fibroso o bien existe una estrechez traumática, se practi-

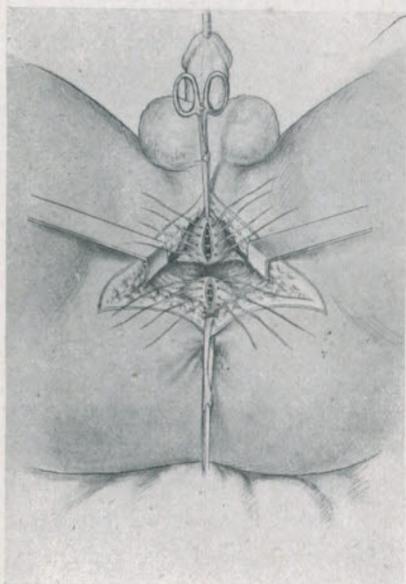


Figura 433

Separación del recto del conducto uretral y cierre de ambos conductos

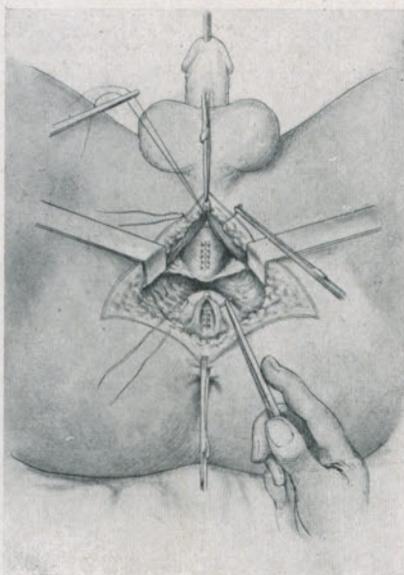


Figura 437

Segundo plano de sutura rectal y aproximación de las partes blandas perineales

cará la resección de la zona fibrosa o estrechada, anastomosando los dos segmentos uretrales por medio de una uretrorrafia circular, en la forma descrita en la página 684.

d) *Tratamiento de la pérdida de substancia rectal.*

En los casos de fistula uretro-rectal o recto-perineal, se podrá corregir la pérdida de substancia del recto por medio de la sutura de la pared rectal o bien por medio del descenso de la mucosa del recto y extirpación de la mucosa rectal infra-fistulosa.

Sutura del recto. — Si el orificio rectal es pequeño y está unido a la uretra por medio de un trayecto fistuloso perfectamente aislable, se podrá ligar la perforación rectal antes de seccionar el trayecto entre el recto y la uretra. Después será hundida esta ligadura en el recto por medio de varios puntos de sutura de Lembert.

Cuando la sección del trayecto fistuloso ha tenido que efectuarse en contacto de la pared rectal, se avivarán y regularizarán los bordes del orificio rectal, practicándose acto continuo una sutura en bolsa por medio de un hilo de seda muy fino o de lino. Encima de esta sutura se aplicarán varios planos de sutura de Lambert, a fin de adosar ampliamente la pared rectal y cerrar completamente el orificio fistuloso.

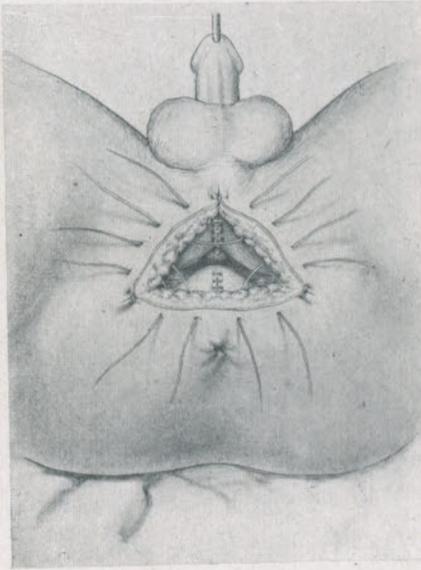


Figura 438
Reconstitución perineal

Descenso de la mucosa rectal y extirpación de la mucosa infra-fistulosa (Young).—La incisión perineal se continúa por detrás con una incisión en forma de raqueta. El agujero de la raqueta circunscribe el ano y el mango de la misma se extiende hasta la incisión perineal.

La mucosa rectal es disecada en todo su contorno, pasando por dentro del esfínter del ano. La disección se continúa hacia arriba hasta por encima del orificio fistuloso rectal. La mucosa rectal, situada por encima de la fistula, ha de poder ser atraída hasta la margen del ano.

El orificio de la pared anterior del recto, cerrado ya por el descenso de la mucosa rectal, será entonces ocluido por medio de dos capas de sutura entrecortada.

Toda la mucosa rectal, desde el nivel de la fistula hasta su extremo inferior, será reseca completamente. En esta forma procederemos también cuando este segmento de mucosa se encuentre estrechado.

La abertura de la mucosa rectal, una vez efectuada la resección, será anastomosada a las márgenes del ano mediante una sutura entrecortada en forma de corona. Cuatro puntos de sutura sub-mucosa en los cuatro sitios cardinales, serán colocados antes de efectuar la sutura mucosa, a fin de evitar la tracción de la misma.

e) *Reconstitución perineal.*

Esta reconstitución de los planos perineales tendrá lugar por medio de sutura cuando los tejidos no se encuentren infectados o no estén muy

alterados. Cuando no pueda tener lugar la sutura, se efectuará un taponamiento perineal.

Sutura perineal.— Los tejidos perineales serán aproximados en sentido transversal a la incisión arqueada por medio de varios puntos de crin. Sin embargo, la herida no será cerrada por completo. En el centro se dejará un pequeño drenaje de gasa.

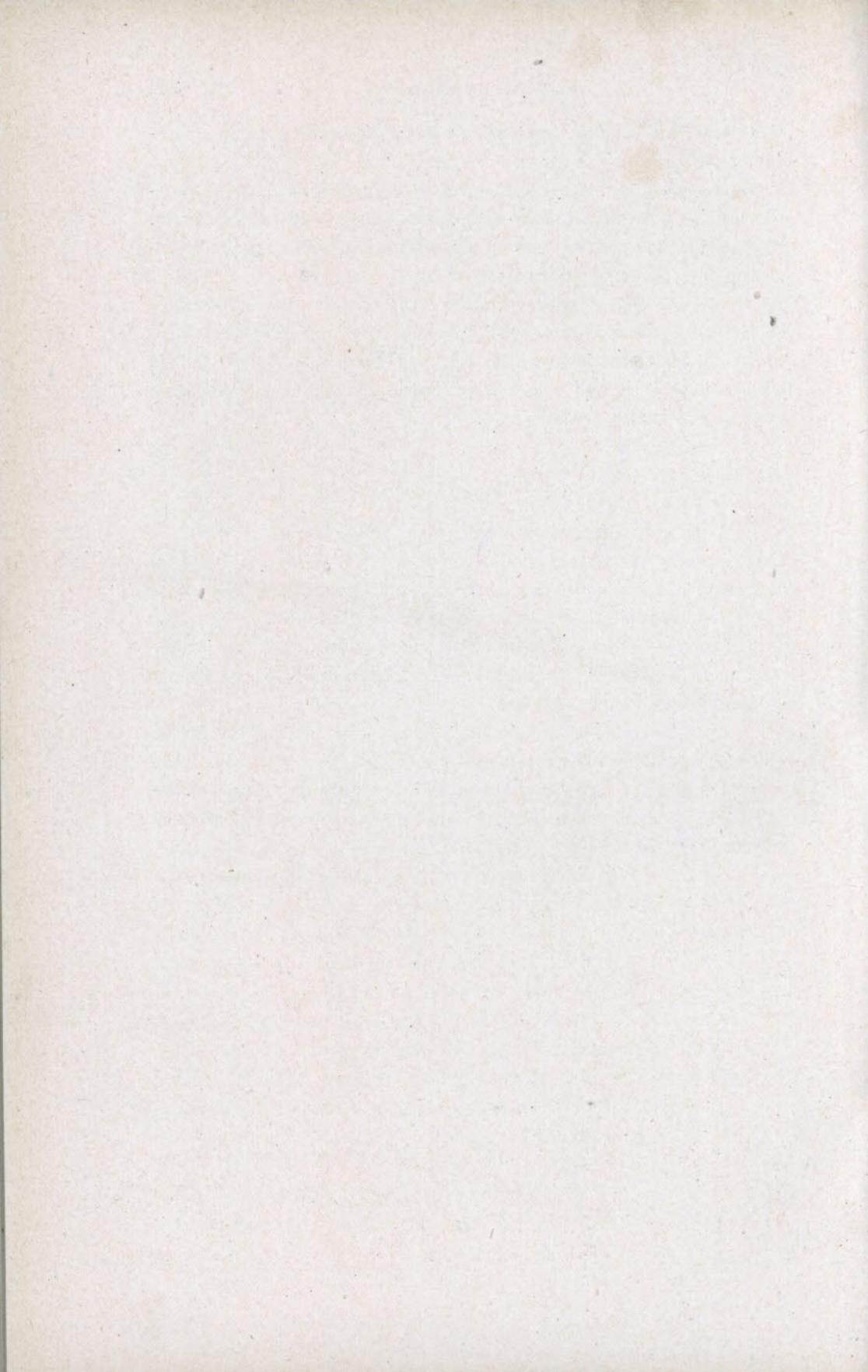
Taponamiento perineal.— Cuando no pueda efectuarse la sutura, se implantará en el centro de la brecha perineal un tubo de drenaje rodeado por gasas. El taponamiento debe quedar muy apretado, separando todo lo posible la uretra del recto. Algunos puntos de sutura cutánea estrecharán solamente los ángulos en este caso.

D. — CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Una sonda uretral será dejada a permanencia en caso de esperar la cicatrización perineal por segunda intención, con el fin de regularizar el conducto. Esta será retirada entonces al quinto o sexto día, dilatándose después el conducto uretral por medio de bujías y beniqués.

En los casos de operación por fistula uretro-rectal, el enfermo debe estar sometido a un régimen alimenticio y medicamentoso para asegurar la constipación durante 6 u 8 días.

El taponamiento perineal será retirado al segundo día, haciéndose desde entonces varios lavados diarios con agua oxigenada diluida. Debe procurarse que durante el cierre de la herida perineal cicatricen aisladamente la uretra y el recto, quedando ampliamente separados por tejidos intermedios.



CAPITULO IV

OPERACIONES SOBRE EL PENE

I. — Circuncisión

A. — INDICACIONES

Encuentra indicación en los casos de fimosis, congénito o adquirido. Cuando el sujeto puede descapullar con cierta dificultad, debe también practicarse la circuncisión, especialmente si está sujeto a fenómenos de balano-postitis.

B. — INSTRUMENTAL

Hacen falta los siguientes instrumentos:

Jeringa y agujas para anestesia local o raquídea; 6 pinzas de ropa; un escalpelo; 4 pinzas de Kocher, largas; sonda acanalada; unas tijeras curvas; 6 pinzas de Pean; 2 pinzas de disección, una de diente de ratón, y una aguja de Reverdin, fina.

C. — ANESTESIA

En *el adulto*, puede emplearse la anestesia local o raquídea. Esta se realizará en la forma descrita en la página 375. La anestesia local se practica en la forma siguiente:

1.º Cuatro puntos de infiltración cutánea se practican en la parte media del pene, en los cuatro puntos cardinales.

2.º Introduciendo las agujas por dichas zonas de anestesia, se practica un anillo de infiltración subcutánea que anestesia los nervios cutáneos.

3.º Por detrás de la base del glande se practican una serie de inyecciones profundas, en forma de corona, que llegan hasta los cuerpos cavernosos. En la cara inferior del pene llegarán hasta el cuerpo esponjoso. La infiltración en dicho sitio debe ser más perfecta, a fin de anestesiar bien el frenillo.

En *el niño*, por su impresionabilidad, vale más emplear la anestesia general.

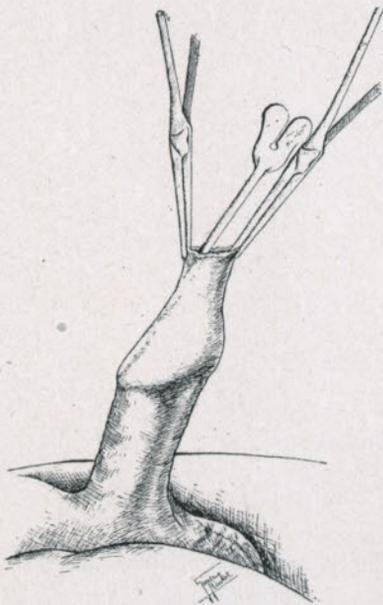


Figura 439

Circuncisión. Despegamiento del prepucio del glande

D. — MANUAL OPERATORIO

1.º *Despegamiento del prepucio del glande.*— Mediante dos pinzas de Kocher, colocada una de ellas en la parte superior del prepucio y la otra en la parte inferior, en el sitio de unión de la mucosa con la piel, se atrae el prepucio hacia delante, colocándole tenso. Una sonda acanalada se introduce entonces entre el pre-

puccio y el glande, haciéndole llegar hasta el fondo del surco balano-prepucial. Esta sonda debe contornear completamente el glande. Durante este trayecto rompe las adherencias que, en algunos casos, se encuentran entre éste y el prepucio.

A veces estas adherencias son muy antiguas y no pueden romperse con la sonda acanalada. No hay más remedio entonces que desprenderlas con el escalpelo o a golpe de tijera en un tiempo operatorio posterior.

2.º *Colocación de la pinza prepucial.*— Una pinza de Kocher larga debe colocarse inmediatamente por delante del glande, eliminando el prepucio sobrante. Esta pinza se colocará en posición oblicua, de abajo hacia arriba respecto al prepucio, guardando cierto paralelismo con la oblicuidad que tiene la base del glande.

Para la colocación de la misma se atrae fuertemente el prepucio hacia delante con las pinzas implantadas en el mismo. El cirujano, con la mano izquierda, rechaza el glande hacia atrás, y con la derecha coloca la pinza en el prepucio en forma que no pellizque la punta del glande (véase la figura 440).

3.º *Sección del prepucio.*—El cirujano, rechazando nuevamente el glande hacia atrás con la mano izquierda, secciona con la mano derecha

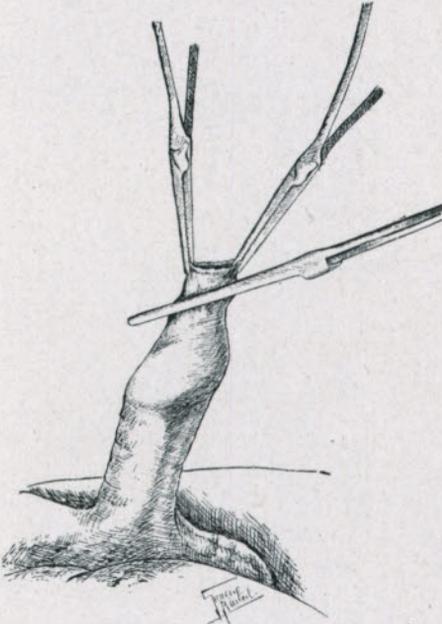


Figura 440

Colocación de la pinza prepuccial

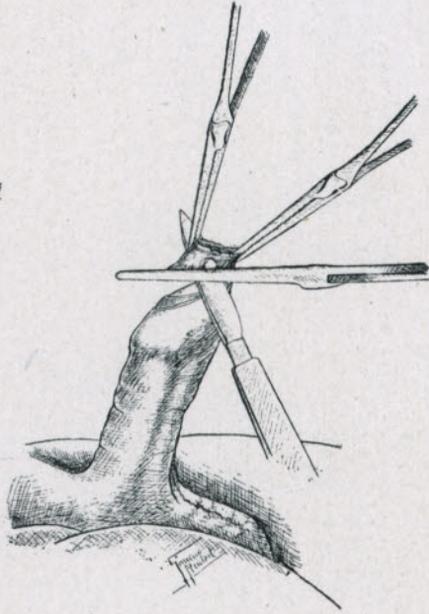


Figura 441

Sección del prepucio

el prepucio, al ras de la cara posterior de la pinza prepuccial. En esta forma no se alcanza la punta del glande con el escalpelo. La parte sobrante del prepucio queda eliminada (fig. 441).

Sin embargo, esta extirpación no es suficiente para descapullar libremente el glande. Hace falta todavía agrandar el orificio de la mucosa prepuccial.

4.º *Sección y regularización de la mucosa prepuccial.*—El orificio de la mucosa prepuccial es agrandado mediante una incisión longitudinal practicada en el dorso de la misma. Esta sección debe detenerse a cierta distancia del surco balano-prepuccial. En este momento se desprenderá la mucosa con el bisturí o tijera, si las adherencias entre ésta y el glande son muy fuertes.

La mucosa prepucial afecta entonces la disposición de dos colgajos laterales, más desarrollados hacia el dorso del glande. Hay necesidad de regularizar la mucosa a fin de que adopte la disposición de una corona bastante regular y paralela al rededor de la base del glande.

Para esto, cogiendo con una pinza de disección cada uno de los colgajos mucosos, a fin de ponerlos extendidos y tirantes, se traza primeramente con el escalpelo una sección de la mucosa a cierta distancia del

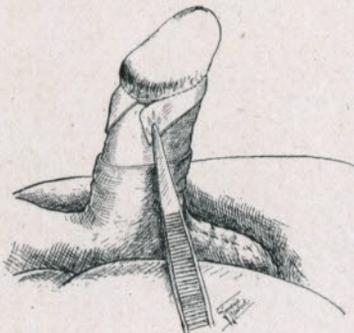


Figura 442
Regularización de la mucosa
prepucial

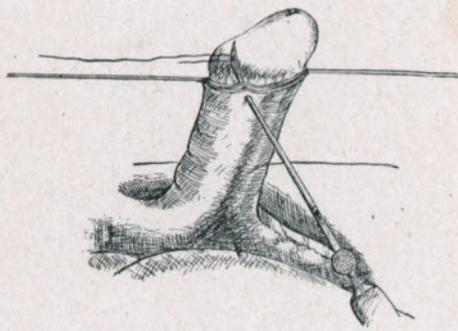


Figura 443
Sutura muco-cutánea

glande, en sentido paralelo a la base del mismo. En cada lado la sección tiene la forma de un arco que va desde el extremo posterior de la incisión mucosa dorsal hasta el frenillo. Con las tijeras se extirpa el colgajo mucoso situado por fuera de la incisión trazada con el bisturí.

5.º *Hemostasia*.—En este momento debe realizarse una hemostasia muy cuidadosa de todas las arteriolas, a fin de evitar que después de la operación se forme un hematoma subcutáneo. Cuando para la anestesia local se utiliza una mezcla con adrenalina, no se observa ningún chorro sanguíneo. Sin embargo, debe prestarse atención a todas las pequeñas bocas arteriales, pues al desaparecer el efecto de la adrenalina vendría el derrame sanguíneo.

6.º *Sutura cutáneo-mucosa*.—En este momento puede suturarse la piel a la mucosa.

Un primer punto de sutura entrecortada, con seda, se coloca en el dorso del pene. Anudado y coaptada la piel a la mucosa, se dejan los hilos bastante largos a fin de que sirvan al ayudante para atraer y sujetar el pene. El segundo punto se coloca en la misma forma, en la cara inferior. El ayudante, con estos hilos, puede atraer al pene según convenga, cubrir más o menos el glande, separar la piel de la mucosa, etc., etc., a fin

de facilitar la colocación de los puntos de sutura. Otros dos puntos de sutura se colocarán en los extremos del diámetro transverso.

Entre estos cuatro puntos cardinales se intercalarán otros. Para la colocación de éstos, al igual que para su coaptación, se pondrán tirantes los puntos inmediatos colocados anteriormente.

Colocados todos los puntos al rededor del glande, se cogerán con una pinza de Kocher. Entonces se podrá observar si en algún sitio falta la

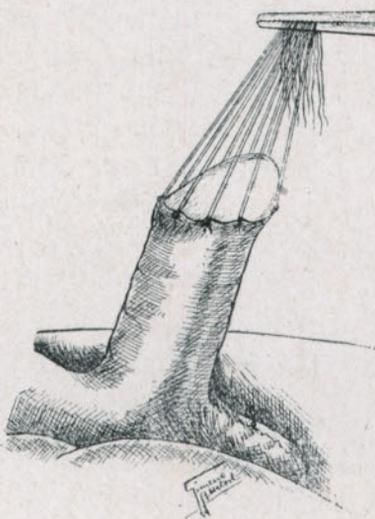


Figura 444

Disposición de la sutura una vez colocados todos los hilos



Figura 445

Los hilos cutáneos se dejan bastante largos y se aplican encima del pene para colocar el vendaje

coaptación perfecta entre la piel y la mucosa, colocando allí un nuevo punto en caso de necesidad. Al mismo tiempo se podrá ver si el nuevo orificio prepucial se mueve libremente encima del glande y si al atraerlo hacia la base del pene se pone muy tirante el frenillo, habiendo necesidad, por lo tanto, en este caso, de acortarlo.

7.º *Sección y alargamiento del frenillo.* — Si hay necesidad, se practica una sección transversal del mismo, seguido de una sutura en sentido longitudinal, mediante dos o tres puntos de sutura entrecortada con seda.

La sección debe practicarse cerca de la base del frenillo, colocando el bisturí en sentido casi paralelo al pene sin profundizar, a fin de evitar, en lo posible, la sección de la arteria del frenillo. Para esta sección el frenillo debe quedar muy tirante y saliente.

La sutura del frenillo debe guardar armonía con la sutura anterior.

8.º *Vendaje*. — Al rededor del pene se aplicará primeramente una tira estrecha y larga de gasa, en forma que comprima bien la sutura cutánea o mucosa, dejando al descubierto la punta del glande. Encima se colocarán una o dos compresas cuadrangulares de gasa, perforadas en su centro. Por este orificio se hará salir la punta del glande. El orificio de la compresa debe formar un anillo aplicado encima del glande, a nivel de su mitad.

Este vendaje de gasa debe quedar fijo encima del pene, comprimiendo suficientemente la sutura, sin que estrangule la uretra ni pueda escurrirse hacia la punta del glande por quedar flojo. A este fin se arrollará encima del mismo, desde la base del pene hasta el glande, un largo hilo de seda gruesa. De centímetro en centímetro se practicará un nudo entre los dos cabos de este hilo, en forma que los nudos vayan alternando respecto a las caras del pene. El vendaje queda así fijado todo a lo largo del pene, sin que pueda desprenderse del mismo.

E. — CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Durante los primeros días, debe tener el enfermo un cuidado especial en el acto de la micción, a fin de no mojar el vendaje. A este fin orinará colocando el pene en sentido vertical, secando acto continuo las últimas gotas de orina. En el niño, es conveniente cubrir la sutura con una pasta de aristol o de bismuto, a fin de evitar la infección de los puntos de sutura.

Si el vendaje no se encuentra mojado, vale más no tocarlo hasta el tercero o cuarto día, en que la sutura ha prendido ya completamente. En el adulto, es conveniente también suprimir las erecciones nocturnas.

Los puntos de sutura serán suprimidos al quinto día, pues dejándose más tiempo seccionan el orificio prepucial, produciendo una serie de hendeduras en el mismo y mamelones entre las mismas.

Si la hemostasia es insuficiente y se ha producido un hematoma, deben cortarse los puntos de sutura correspondientes a la zona de hematoma, extraer el coágulo y buscar la arteriola sangrante, caso de seguir la hemorragia.

No debemos preocuparnos, sin embargo, por estar el vendaje atravesado por la sangre durante el primer día. Si la hemorragia no es muy abundante, forma una costra con el vendaje, que sirve muy bien de aislante para la orina en los días sucesivos.

Si la sección del prepucio se ha efectuado solamente detrás de la pin-

za prepucial, puede ser insuficiente la operación, continuando el enfermo sin poder descapullar completamente. En este caso, hay necesidad de completar la operación con la incisión dorsal indicada en el cuarto tiempo operatorio.

II.—Tratamiento del parafimosis

A. — INDICACIONES

Si la formación del parafimosis es reciente, bastará para corregirla una serie de punciones, con una aguja, en las lobulaciones edematosas, seguidas de la compresión, entre dos gasas, del prepucio edematoso. Este se reduce a su tamaño anormal y puede entonces fácilmente reintroducirse el glande en el prepucio. La circuncisión deberá practicarse en otro tiempo operatorio.

Si el parafimosis lleva más tiempo, no hay más remedio que corregirlo por medio del tratamiento operatorio.

B. — ANESTESIA E INSTRUMENTAL

Lo mismo que en la circuncisión (véase página 751).

C. — MANUAL OPERATORIO

1.º *Sección del anillo fibroso que estrangula.*—En la cara dorsal del pene y en su centro se practica una incisión profunda a nivel del surco que separa la piel normal de la que se encuentra infiltrada por el edema. Esta sección debe llegar hasta cerca de los cuerpos cavernosos. Seccionada la brida fibrosa, el glande debe quedar con cierta libertad, pudiendo retroceder por detrás del sitio correspondiente al anillo fibroso,

2.º *Evacuación del edema y circuncisión.*—En caso de edema agudo y no existir esfacelo cutáneo, es conveniente evacuar el edema mediante una serie de punciones en la forma indicada anteriormente, hasta dejar la piel completamente flexible. La operación debe terminarse, en este caso, practicando la circuncisión en la forma descrita en la página 752.

El glande debe quedar introducido detrás del anillo seccionado y la sutura será la misma que en los casos de circuncisión.

3.º *Sutura de la herida.*—Si por la intensidad del parafimosis o existir edema crónico no es posible efectuar la circuncisión en la forma

indicada en el párrafo anterior, será suturada en sentido transverso la incisión longitudinal anteriormente trazada, mediante varios puntos de sutura entrecortada.

Si el esfacelo es muy intenso, no debe practicarse sutura alguna.

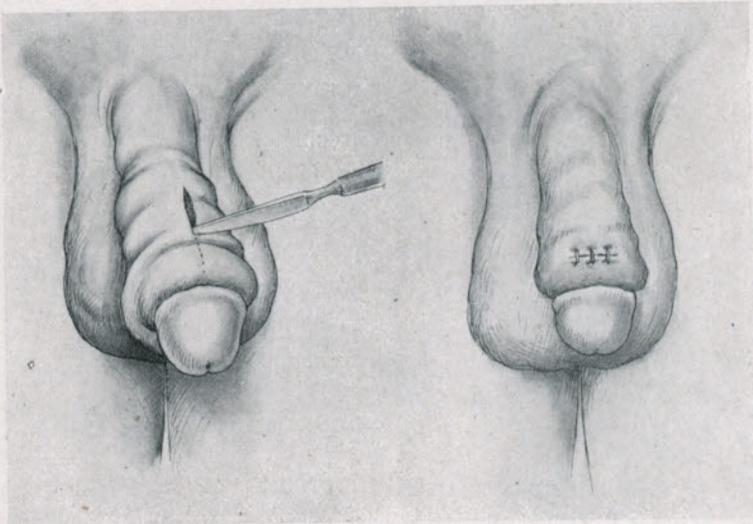


Figura 446
Corrección del parafimosis. Sección
de la brida fibrosa que estrangula

Figura 447
Sutura cutánea

D. — CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Son los mismos que en la operación de circuncisión. En caso de esfacelo deben ponerse fomentos calientes ligeramente antisépticos. Si en el acto del tratamiento operatorio del parafimosis no se ha realizado la circuncisión, deberá efectuarse en un tiempo operatorio posterior.

III. — Amputación del pene

A. — INDICACIONES

Tiene indicación en los casos de neoplasia maligna localizada en la punta del pene, cuando no ha habido todavía invasión ganglionar.

B. — INSTRUMENTAL

Para una amputación de pene o una operación de emasculación total hacen falta los siguientes instrumentos:

2 escalpelos; una tijera recta y otra curva; 2 pinzas de disección, de diente de ratón; 6 pinzas de ropa; 6 pinzas de Pean y 6 de Kocher; sonda acanalada; 2 pinzas de bocado triangular; 2 pinzas de Terrier; un par de separadores de Farabeuf; aguja de Reverdin; aguja de Doyen; dos sondas bequilles; una sonda Nelaton.

C. — MANUAL OPERATORIO

1.º *Inciación cutánea.* — Debe ésta practicarse a cierta distancia del sitio invadido por la neoplasia. La incisión tendrá la forma de una raqueta, cuyo anillo circunda el pene y cuyo mango se encuentre dirigido hacia atrás en la línea media y cara inferior del pene.

Para trazar esta incisión, el cirujano, con la mano izquierda, coge la punta del pene, atrayéndolo hacia delante, al mismo tiempo que lo tuerce hacia el lado izquierdo, a fin de colocar hacia el dorso la cara inferior del pene. Entonces se empieza la incisión por el mango de la raqueta y cuando hemos llegado al sitio donde debemos trazar el anillo de la incisión en raqueta, se coloca el bisturí en sentido transversal, al mismo tiempo que se destuerce el pene. Así llevaremos la sección hasta el dorso del pene y entonces continuaremos por el lado izquierdo y cara inferior, al mismo tiempo que se tuerce el pene hacia el lado derecho del enfermo, con el fin de colocar nuevamente en el dorso la cara inferior del mismo, llegando al sitio de origen.

La incisión comprende solamente la piel.

2.º *Ligaduras vasculares.* — Es conveniente pinzar los vasos antes de seccionarlos. Para esto, se retrae la piel hacia la base del pene. En el dorso de éste se hacen visibles, en el tejido celular subcutáneo, las venas dorsales, superficial y profunda, y las dos arterias dorsales. Estos vasos serán pinzados y seccionados entre dos ligaduras.

3.º *Sección de los cuerpos cavernosos.* — Estos serán seccionados

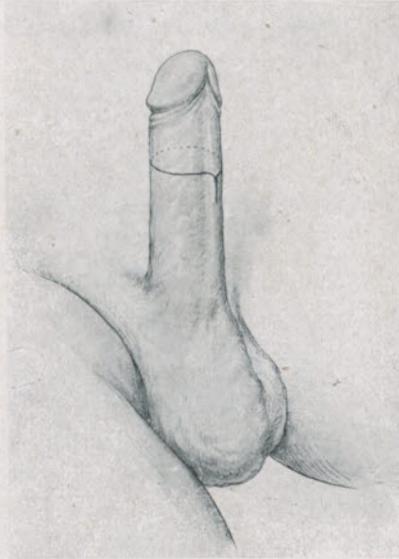


Figura 448

Amputación del pene. Incisión cutánea en forma de raqueta de mango inferior

a nivel del sitio donde queda la abertura cutánea ligeramente retraída hacia la base del pene, es decir, a uno o dos centímetros por detrás del nivel donde hemos efectuado la incisión cutánea.

Esta sección se efectuará desde el dorso hacia la cara inferior. En este sitio nos detendremos a nivel del cuerpo esponjoso de la uretra.

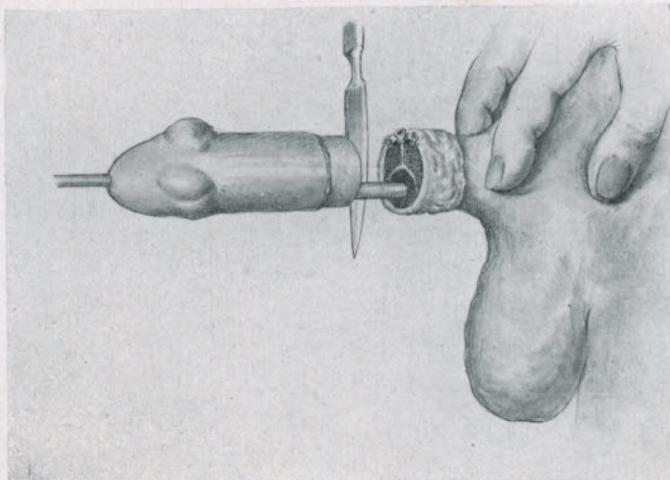


Figura 449

Incindida la piel y atraída hacia la base del pene, se seccionan los cuerpos cavernosos por detrás de la incisión cutánea y después el conducto uretral un centímetro por delante de los cuerpos cavernosos. Ligadura de los vasos en el dorso del pene

4.º *Sección uretral.*— El cuerpo esponjoso de la uretra será seccionado un centímetro por delante de la extremidad anterior de los cuerpos cavernosos. Para esto se disea la uretra, de atrás hacia delante, en la cara inferior del segmento peneano que debemos extirpar. Después se hace, con las tijeras, una sección completamente perpendicular al eje del conducto uretral.

5.º *Sutura de los cuerpos cavernosos.*— Si una arteriola brota de una extremidad de los cuerpos cavernosos, será pinzada y ligada aisladamente. La extremidad anterior de los cuerpos cavernosos será tapada para cohibir la hemorragia, por la cubierta albugínea, mediante una serie de puntos de sutura entrecortada que comprendan al mismo tiempo una parte del tejido cavernoso de los mismos.

6.º *Sutura uretro-cutánea.*— La abertura de la uretra será agrandada mediante una incisión longitudinal practicada en la línea media de su cara inferior, a fin de que una estrechez no se forme en dicho sitio.