

MICCIÓN EN DOS TIEMPOS

Es la necesidad de orinar acompañada de expulsión de orina, cinco a quince minutos después que el enfermo ha evacuado su vejiga. Al terminar la primera vez siente una sensación de bienestar y minutos más tarde, nunca más de quince, nueva necesidad, expulsando a veces una cantidad apreciable de orina casi como en la primera.

El fenómeno para ser característico debe tener una constancia invariable para no confundirlo con las micciones de los nerviosos que detienen bruscamente su micción para terminarla momentos después, en ese caso es irregular y los pacientes no experimentan la sensación de haber evacuado la vejiga la primera vez.

En dos enfermedades se presenta la micción en dos tiempos: divertículo de la vejiga y algunas veces en la arruga interuretral. En el primer caso la explicación es sencilla: la vejiga se vacía al provocar la orina en cantidad suficiente la contracción de sus paredes, pero el divertículo no; momentos después de haber terminado la micción, la orina del divertículo cae a la vejiga provocando nuevos deseos y realizándose la segunda micción. En la otra enfermedad no es frecuente pero se presenta de vez en cuando: cuando la arruga es demasiado hipertrofiada forma una barrera al trigono que separa dos cavidades que se contraen en tiempos diferentes.

Neumatúria.

Es la salida de gaz por la uretra al momento de la micción. El enfermo siente al final de la micción un borboteo o ruido característico en la extremidad de la uretra y ve en las últimas gotas al nivel del meato una espuma o burbujas de aire; no causa ningún dolor, cuando más una sensación de cosquillas a lo largo del canal.

Existe la neumatúria por penetración de gaz en el aparato urinario y neumatúria por formación de gaz en el mismo.

Pertenece al primer tipo etiológico: la introducción de gaz en ocasión de lavados vesicales, sin interés alguno; fístula en la uretra de un flemón gaseoso como en la infiltración de orina; una pericistitis supurada a microbios anaerobios abriéndose a la vejiga; consecutiva a una fístula entero-vesical, la más frecuente de todas, pues a veces es el síntoma inicial o único al principio, esa neumatúria se acompaña cuando la comunicación es amplia de restos alimenticios o materias. Hará pensar en las fístulas entero-vesicales de origen canceroso y abre el camino de la investigación clínica, radiológica y cistoscópica.

La formación de gaz en el aparato urinario se verifica por fermentaciones y en especial de la glucosa que al desdoblarse produce alcohol y ácido carbónico. En esos casos puede no encontrarse azúcar en la orina,

debiendo buscársele en la sangre. Puede también la orina transformarse por fermentación de origen infeccioso a condición de que la orina purulenta se estanque sea por retención piélica, por retención vesical, hipertrofia de la próstata, estrechez de la uretra, atonia vesical debida a lesión medular. Con mayor frecuencia la formación de gaz se hace en la cavidad vesical, a veces en la pelvis renal, comprobándose por la cistoscopia que muestra la salida de burbujas por los orificios ureterales. Aunque no está bien determinada la naturaleza de los microbios productores de gaz se incrimina con insistencia el bacillus lactis aerogens y el bacillus aerogens capsullatus, cuyas propiedades aerógenas son bien conocidas. Se piensa también en el bacterium coli común.

En presencia de una neumaturia pensar primero en fistula entero-vesical; la presencia de materias, la cistoscopias y la cistoradiografía deciden. Si estas exploraciones son negativas, investigar glucosa en la orina y sangre y en caso de no encontrar nada, atribuir la neumaturia a descomposición de las materias albuminoideas de la orina a causa de la infección.

Las debidas a abertura de flemones gaseosos a la vejiga o uretra son neumaturias que ante los demás síntomas pasan a segundo término.

Fístulas vesicales

Tres tipos de fistulas vesicales hay: vesico-vaginales, vesico-

intestinales y vesico-cutáneas. Son de origen traumático, infeccioso, neoplásico y rara vez congénital.

La salida de orina por la vagina, el intestino o la piel son suficientes para sentar el diagnóstico.

Las fistulas vesico-vaginales y **vesico-cervicouterinas** provienen generalmente de un traumatismo: un parto prolongado en que la cabeza del feto comprime largo tiempo la vejiga contra el pubis, fórceps, basiotripsia, histerectomía. La infección produce pocas fistulas. El cáncer con mayor frecuencia. La aplicación de radio en el cuello uterino.

El trayecto fistuloso desemboca en la parte media del cuello del útero, en el cuello y la vagina o sólo en la vagina a diversas alturas. La cantidad de orina escurrida varía según el tamaño de la pérdida de sustancia, cuando es muy grande desaparece toda micción por el meato. Varía también según la posición de la enferma y es continua o intermitente. Es una enfermedad atroz, irrita la vulva, la exulcera y comunica al paciente un repugnante olor amoniacal.

Las fistulas amplias se tocan y ven con el espéculo con facilidad. Las pequeñas requieren la inyección por la uretra a la vejiga de un liquido coloreado, secando previamente la vagina para colocar un tapón de algodón en el fondo. Según el sitio coloreado del tapón se averiguará la altura del orificio. Por medio de la cistoscopia que

muestra una zona edematosa o de tejido botonoso al nivel del orificio se hace también el diagnóstico.

Las fistulas vesico-vaginales sólo podrían confundirse con la continencia, pero en ésta la orina escurre por la uretra. En la fistula uretero-vaginal la orina sale por la vagina, pero existen micciones normales, la solución coloreada no sale por la vagina, la cistoscopia muestra una vejiga sana, el cateterismo de los uréteres indicando el deteni-miento de la sonda al nivel de la fistula harán el diagnóstico. El caso es más fácil cuando la pérdida de sustancia comprende la vagina, la vejiga y el uréter.

Las fistulas vesico-intestinales provienen también de traumatismos, infecciones y neoplasias. Rara vez traumatismos, cáncer con frecuencia, menos peritonitis supuradas con adherencias vesico-intestinales. Heridas por arma de fuego, cuerpos extraños de la vejiga. Cáncer del colon pélvico y del recto. Las infecciones banales, la tuberculosis, la sífilis, la actinomicosis.

Clínicamente las fistulas vesico-intestinales se traducen por neumaturia; la aparición de restos alimenticios por la uretra adquiere un valor patognómico. Se observa piuria vesical y cistitis. La orina puede evacuarse al intestino en su totalidad pero frecuentemente se hace en pequeña cantidad, suficiente para producir evacuaciones líquidas o fuertemente diarreicas.

La cistoscopia y cisto-radio-

grafía deciden el diagnóstico.

La naturaleza de la fistula se investiga por los antecedentes traumáticos, infecciosos, neoplásicos, Wasserman.

Las fistulas vesico cutáneas son traumáticas: heridas de la vejiga por proyectiles, instrumentos picantes, fragmentos óseos provenientes de fracturas de la pelvis. Después de cistostomía por prostatectomía, después de cura de hernia inguinal con herida de la vejiga, accidental. Son infecciosas en la pericistitis, en las cicatrices de cistostomía por nueva infección vesical. Excepcionalmente congénitas.

Los agujeros externos de la fistula se ven en la región inguinal, perineal o glútea.

Las fistulas vesico-ombilicales congénitas son raras; aparecen al nacimiento o al caerse el cordón; en la edad adulta en ocasión de estrechez uretral o hipertrofia de la próstata.

Paro del chorro

Se observa debido a la menor obstrucción temporal del cuello vesical durante la micción: espasmo enérgico del esfínter, interposición de cuerpo extraño, en cuyo caso desaparece al cambiar de posición el enfermo y nunca se presenta durante la micción en decúbito dorsal. En los nerviosos el espasmo del esfínter motiva el paro, no cede a los cambios de posición y se produce igualmente en posición horizontal.

O. M,