meros perfeccionamientos de detalle los trabajos que posteriormente se han dado á luz.

Si echamos una ojeada general á la historia de las operaciones que se han aplicado á la fístula vésico-vaginal, veremos que se dibujan en ella varios períodos: 1.° **Un período antiguo** ó de tanteos, que abraza desde el notable ensayo de sutura de VAN ROONHUYZEN hasta las primeras tentativas de JOBERT; la evolución de las ideas va pasando sucesivamente de la concepción de la sutura, precedida del avivamiento, á la de la cauterización, luego á la de los instrumentos para reunir la herida, después de avivada ésta por los cáusticos, y en fin á la idea de la autoplastia; 2.° **Un período de transición**, señalado á la vez por el procedimiento de cistoplastia por locomoción de JOBERT y por la creación del método indirecto de infibulación por VIDAL DE CASSIS, seguido por BÉRARD; 3.° **Un período de renacimiento de la sutura**, reproducción de la antigua operación de VAN ROONHUYZEN, en el cual hay que citar los nombres de HAYWARD, MARION SIMS, BOZEMAN, en América; SIMPSON y BAKER-BROWN, en Inglaterra; SIMON, HEGAR, en Alemania; NEUGEBAUER, en Varsovia; FOLLIN y VERNEUIL, en Francia, etc.

Fístulas vésico- y uretro-vaginales. Indicaciones operatorias

Fístulas vésico-vaginales y uretro-vaginales.—¿Cuál es el momento más propio para operar? HEGAR y KALTENBACH fijan el tiempo entre la sexta y la octava semana después del parto, como el más propicio. En ésta época ya ha cesado el derrame de loquios, se han eliminado completamente las escaras, y los labios de la herida se hallan bien vascularizados y son suficientemente sólidos. Antes de este tiempo, la herida podría ensuciarse con el flujo vaginal, y por otra parte debería practicarse la operación en tejidos demasiado friables y muy repletos de sangre; y si se aguarda, al revés, más tiempo, se tiene que luchar con la retracción y la esclerosis de los tejidos. La edad en ningún caso puede valer como contra-indicación; SIMON ha operado con éxito á una niña de ocho años, en la cual la fístula había sido provocada por un gran cálculo de la vejiga; HEGAR ha operado á una mujer de sesenta años, en la cual la fístula contaba treinta y cinco años de existencia.

Como es natural, el mal estado general es una condición defectuosa para el éxito de esta operación plástica. Sin embargo, HEGAR no tuvo escrúpulo de operar á una hemiplégica. A pesar de los éxitos de WATSON y de BAKER-BROWN (1), considero imprudente

(1) WATSON, BAKER-BROWN, citados por HEGAR y KALTENBACH. *Loc. cit.*, p. 500.

operar durante el estado grávido. Con preferencia hay que elegir los días inmediatos al período menstrual.

En toda fístula **vésico- y uretro-vaginal** se puede hacer cesar la incontinencia:

1.° Obliterando directamente la fístula;

2.° Obliterando, por debajo de la fístula, el canal genital, convirtiéndolo en una dependencia del depósito urinario.

Es evidente que sólo como último apuro se recurrirá á este procedimiento.

Obliteración directa de la fístula Cauterización

I. **Obliteración directa de la fístula.**—No me ocuparé detalladamente de la **cauterización**, que durante mucho tiempo constituyó el único recurso de los cirujanos y que ha sido practicada con los más diversos agentes. Deberá guardarse para pequeñas fístulas recientes, especialmente para las que ofrecen un pequeño canal dirigido oblicuamente. Para practicarla servirá preferentemente un gálvanocauterio, introduciendo primeramente el asa de platino en frío en toda la longitud del canal. El nitrato de plata podrá á veces bastar cuando el conducto es muy estrecho: constituye un buen auxiliar del cauterio actual, cuando se ha desprendido la escara que éste produce.

Reunión inmediata secundaria

Reunión inmediata secundaria.—Puede designarse un lugar intermedio, entre la cauterización y la sutura, al procedimiento mixto del avivamiento por los cáusticos seguido de sutura, que algunos han llamado **reunión inmediata secundaria.** Hé aquí la descripción que de este procedimiento hace AMABILE, de Nápoles (1), que es quien principalmente lo ha vulgarizado.

Colocada la mujer en decúbito dorsal y los muslos muy elevados, el cirujano pone al descubierto la fístula por medio de un espéculo de SIMS modificado, y fijo á la mesa de operación, de un modo semejante al que más tarde ideó FRITSCH (fig. 61, p. 101, del t. I). Una vez descubierta la fístula, se practica la escarificación de sus labios y bordes en una extensión de cerca un centímetro. El objeto de esta escarificación es hacer que la acción del cáustico pueda manifestarse con mayor energía. Para el avivamiento por medio de los cáusticos, AMABILE se sirve del ácido sulfúrico, que pone en contacto con los tejidos por medio de amianto encerrado en pequeñas cubetas de melchior. Al cabo de tres días hay que repe-

(1) L. AMABILE. *La Fistola vescico-vaginale. (Movimento.* Nápoles, 1874. p. 369 y 417). —*Nouvelle Méthode de traitement des Fistules vésico-vaginales (Compte rendu du Congrès périod. des Sciences méd.*, Bruselas y París, 1876, p. 342).—Véase la descripción detallada del procedimiento en LE BLOND. *Loc. cit.*, p. 389 y siguientes.

FAC. DE MED. UANL BIBLIOTECA

tir la cauterización, y después se hacen otras con nitrato de plata para facilitar el desprendimiento de las escaras. Doce días más tarde, se ha formado una herida granulosa que se reune por medio de un aparato de los llamados de reunión de heridas, las *garras en forma de rastrillo* de AMABILE, que, según dicho autor, deben dejarse estacionadas de cinco á siete días.

Como de esta descripción se desprende, hay en esta práctica un retroceso á los procedimientos arcáicos de LALLEMAND, LAUGIER, etc. Pero la experiencia ha dado ya cuenta de esta práctica como método general. Con todo no se puede negar que la reunión inmediata secundaria puede resultar de provecho en algunas circunstancias especiales. Así, cuando se nos llamare, por ejemplo, para combatir una perforación durante los primeros días inmediatos á la caída de las escaras, podremos intentar la reunión directa de las superficies granulosas, y en este caso me parece que las suturas son preferibles á la aplicación de garras finas ó á las de AMABILE.

Reunión primitiva

La **reunión primitiva** de la fístula, previamente avivada, constituye el procedimiento general que ha venido á sustituir de un modo definitivo los métodos anteriores.

Tratamiento preparatorio

Tratamiento preparatorio.—BOZEMAN es acreedor al mérito de haber demostrado la importancia que tiene la dilatación preliminar de la vagina en los casos en que existe cierto grado de estrechez de este canal con presencia de bridas cicatriciales. Para llevarla á cabo, el cirujano americano opera la distensión gradual por medio de una serie de bolas ovoides de goma endurecida, que deja introducidas durante muchos días en la vagina. Al mismo tiempo se practican incisiones en las masas cicatriciales. Insistiendo en este procedimiento, se obtienen al fin resultados sorprendentes. SIMON y sus alumnos prefieren echar mano de la dilatación extemporánea: con el bisturí se hace una serie de incisiones en las bridas y en las partes fibrosas, y se introducen sucesivamente uno después de otro espéculos cada vez de diámetro mayor. En esta operación puede utilizarse la anestesia local por medio de cocaína.

También es prudente que, antes de proceder á la operación plástica, se procure hacer desaparecer enteramente el eritema, por medio de lociones, inyecciones y baños.

En los casos de estrechez ó de obliteración de la uretra, debe comenzarse por el tratamiento de estas complicaciones antes de atacar la fístula. Con este objeto se hará la divulsión y después, si

hubiese estrechez, se practicará la introducción continuada de sondas durante algún tiempo. Si se tratare de una obliteración, se hará una operación análoga á la de la uretrotomía externa en el hombre; se escindirán las masas de tejido inodular, y después de haber desprendido debidamente la mucosa por incisiones y de haberla disecado convenientemente, deberá suturarse por delante de una sonda estacionaria, á fin de reconstituir un nuevo canal.

Técnica
Primer tiempo

Técnica operatoria. Primer tiempo, descubrimiento de la fístula.—Según sea la profundidad del orificio, variará la posición que

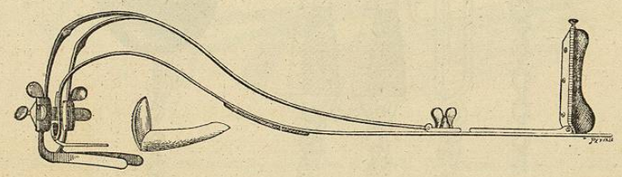

FIG. 73.—Espéculo de NEUGEBAUER para la operación de la fístula vésico-vaginal

debe adoptar la mujer. Basta con la posición dorso-sacra, cuando la fístula está situada muy baja ó si existe al propio tiempo un ligero prolapso genital. Ordinariamente, para maniobrar con toda libertad es necesario hacer tomar á la mujer la posición llamada de SIMS (decúbito lateral en semi-pronación, fig. 63, p. 103 del t. I). Para las fístulas muy altas conviene más la posición genu-pectoral, que siempre reune, sin embargo, el inconveniente de ser muy penosa para la mujer y de dificultar algún tanto la anestesia, á pesar de servirse de mesas especiales en las cuales BOZEMAN (1) ata á sus enfermas y en que NEUGEBAUER (2) se contenta con hacerlas simplemente acostar. Este último cirujano se sirve también de un espéculo afirmado por medio de un cinturón, para separar las paredes vaginales, y además de ganchos, sujetos por cadenas, de las cuales hay pesos suspendidos, á fin de mantener tensas las partes colindantes con el campo operatorio, (figs. 73, 74, 75 y 76).

Hasta ahora se ha venido haciendo uso de la anestesia general por medio del cloroformo; pero es muy probable que en lo sucesivo podamos prescindir á menudo de la misma, sustituyéndola por embrocaciones é inyecciones submucosas de cocaína, como he tenido

(1) Véase, para la figura de la cama de BOZEMAN, LE BLOND. *Loc. cit.*, p. 418.

(2) F.-L. NEUGEBAUER (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXIV, Heft 1, p. 145, é *Ibid.*, Heft 3, p. 411 á 421) ha representado los aparatos de que se sirve su padre; éste operaba siempre en la posición genu-pectoral.

FAC. DE MED. BIBLIOTECA

lugar de emplearlas con éxito. Entonces sólo habrá necesidad de dos ayudantes, uno para mantener separadas las paredes de la vagina y para enjugar la sangre, otro que tendrá á su cargo las suturas. La operación podrá efectuarse bajo irrigación continua con

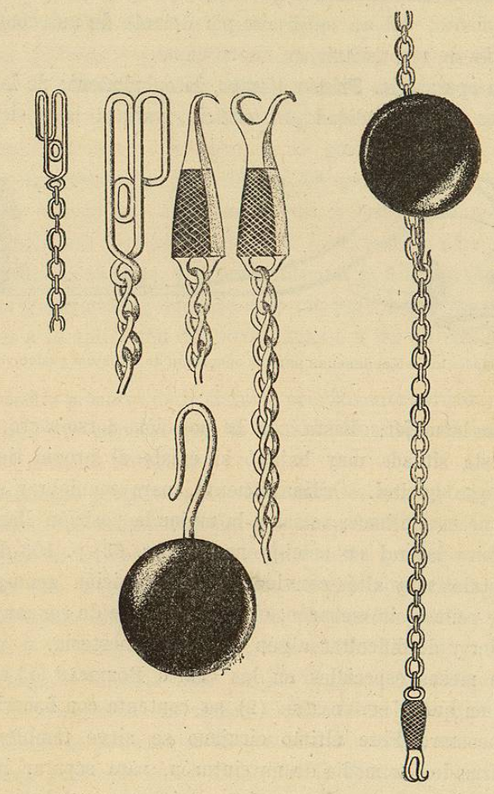

Fig. 74.—Ganchos de Neugebauer para la operación de la fístula vésico-vaginal

agua tibia esterilizada, en caso necesario, para chupar la sangre, podrá hacerse uso de pequeños lechinos húmedos de algodón hidrófilo montados en pinzas. Para deprimir la horquilla se tomará una valva corta y ancha de Simon; con un separador, si fuere preciso, se suspenderá la pared vaginal anterior. También con la sonda metálica introducida en la vejiga, se abajará hacia el campo operatorio la parte baja del fondo de dicho reservorio. Por último, se fijará y se atraerá al propio tiempo el cuello con pinzas de Museux.

Segundo tiempo, avivamiento de los labios de la fístula.—Los bis- Segundo tiempo

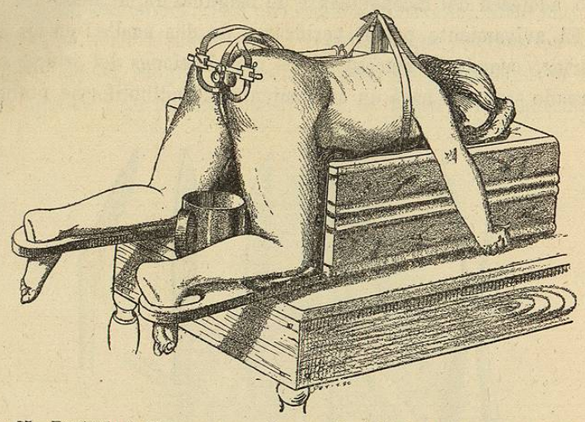

Fig. 75.—Espéculo de Neugebauer, colocado. Posición de la enferma en la mesa operatoria

turís preferentes para esta operación son los de hoja recta ó acodada.

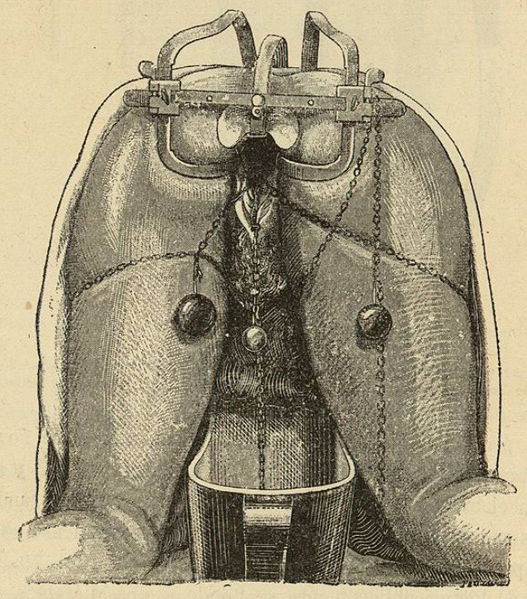

Fig. 76.—Espéculo y ganchos retractores de Neugebauer, colocados

Es verdad que las tijeras, cuyas corvaduras han sido variadas inge-

niosamente por Sims, resultan más prácticas y expeditivas, pero en cambio adolecen del inconveniente de magullar ligeramente los tejidos. El avivamiento puede verificarse de dos modos: en los casos ordinarios, cuando la mucosa de las inmediaciones del orificio se ha conservado sana, se hará un avivamiento infundibuliforme profundo,

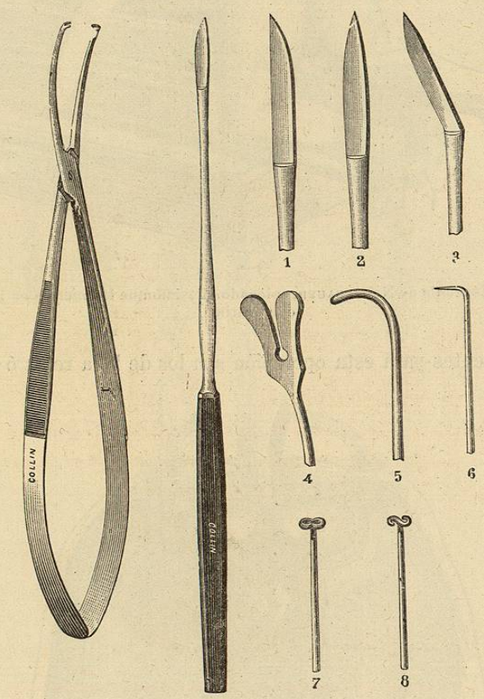

Fig. 77.—Instrumentos para el avivamiento y la sutura en la operación de la fístula vésico-vaginal

1. 2. 3. Bisturís recto, cóncavo y acodado.—4. Espátula.—5. 6. Ganchos romo y agudo.—7. 8. Tuercehilos de Coghill, y en forma de S de Denonvilliers.—9. Pinza con resorte de Collin

según el procedimiento de Simon (fig. 79, m. n.). Éste no tomaba ninguna precaución especial al nivel de la mucosa vesical y arrebatando con el bisturí todos los tejidos cicatriciales. Pero cuando estas cicatrices son extensas, vale más que para el avivamiento se siga el segundo procedimiento, ó sea el de los americanos (fig. 79, x. y.). Cogiendo el bisturí oblicuamente se hunde á una distancia de 6 á 8 milímetros de los bordes del orificio, de manera que su punta perforando los tejidos en el lugar de unión de las mucosas vaginal y ve-

sical, alcance mucho más allá de los tejidos cicatriciales, que de este modo serán escindidos. Los americanos consideran como muy importante el no herir la mucosa de la vejiga, porque por esta herida suele escapar mucha sangre. En esta disposición y auxiliándose de ganchos agudos y de pinzas con dientes de ratón para mantener tensa

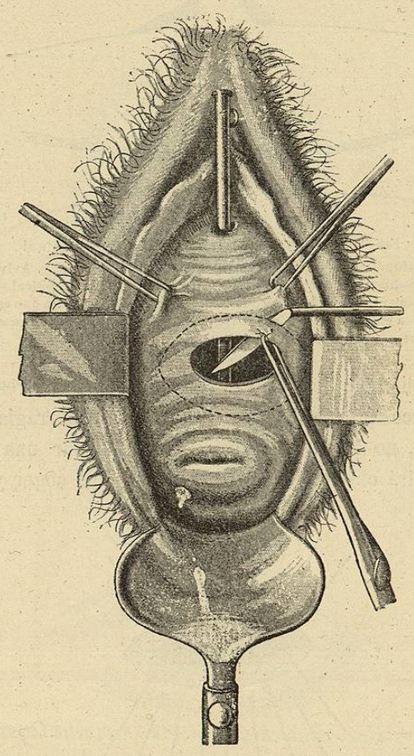

Fig. 78.—Avivamiento de la fístula vésico-vaginal

(Para simplificar la figura hanse suprimido las pinzas que fijaban el cuello del útero)

la mucosa, se recorta un verdadero collarín anular alrededor de la fístula, acabando de desprenderlo con tijeras (fig. 78). En los casos en que la fístula se presenta con bordes que parezcan gozar sólo de una mediocre vitalidad, que sean fibrosos y contengan poca sangre, deberá darse mayor extensión al avivamiento, haciendo que el anillo de la mucosa extirpada sea de un ancho de 2 á 3 centímetros; este procedimiento americano presenta un solo inconveniente,

FAC. DE MED. HAB.
BIBLIOTECA