profunda, va á parar hasta la circunferencia interior de la superficie avivada, ó hacia el borde profundo de la herida, y termina en un punto bastante remoto del borde exterior de cada labio; esta hilera de suturas está destinada á coaptar la parte profunda de la

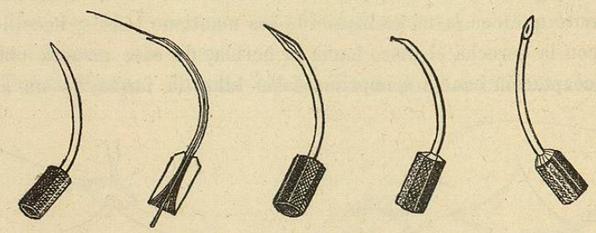

Fig. 88.—Agujas de Neugebauer

herida; para fijar estas suturas se sirve de tubos de Galli, aplicados á la extremidad de cada hilo. Cuando se han anudado las suturas profundas, la herida adquiere una forma linear; para coaptar las partes superficiales basta sencillamente una segunda hilera de

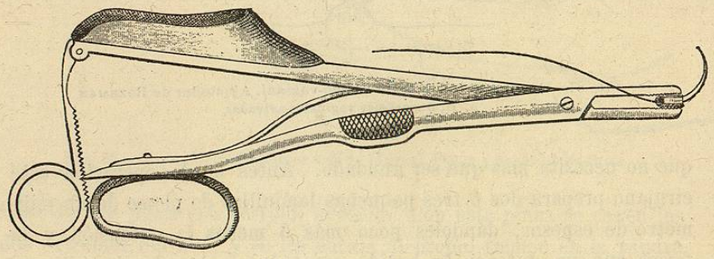

Fig. 89.—Porta-agujas de Neugebauer

puntos de sutura, practicados á lo largo de los bordes y retorcidos.

Neugebauer ha inventado un porta-agujas y agujas huecas especiales, provistas de un pabellón poligonal, que permite imprimirles cualesquiera inclinaciones necesarias. Estos instrumentos juntamente con su cama, su espéculo y sus ganchos provistos de cadenillas y pesos, completan el arsenal bastante complicado, pero no menos ingenioso, al cual el cirujano de Varsovia atribuía en gran parte sus éxitos notables (fig. 88 y 89).

Cuidados consecutivos.—Terminada la operación hay que practicar el lavado de la vagina con una solución de sublimado al 1 por 2,000, y expolvorear con yodoformo la línea de reunión. En la vagi-

na se deja colocada una tirilla de gasa yodofórmica, para proteger la pared posterior contra la acción vulnerante de los hilos de plata ó crines de Florencia, cuando se han preferido á la seda; dicha tirilla sirve además para absorber las secreciones vaginales y uterinas. Ordinariamente suele bastar este sencillo apósito, que deberá renovarse después de retirados los hilos. Fuera de algún caso especial, en que haya indicación para proceder á la desunión inmediata, no deben quitarse los hilos, sino después de pasados ocho días; en esta maniobra se observarán todas las precauciones posibles para no ejercer tirones en la herida. Sims recomendaba la sonda estacionaria, y á este fin inventó un cateter sigmoide, que queda automáticamente colocado por el simple efecto de su corvadura. Creo muy útil este empleo durante las primeras 48 horas; á su extremidad deberá adaptarse un tubo de cauchú que vaya á sumerjirse en una solución bórica, pues de esta manera se obtiene la evacuación de la orina por el mecanismo de sifón, sin que tenga entrada el aire. A la larga podría ser peligrosa la presencia prolongada de esta sonda y ser causa de cistitis, por lo tanto pasados los dos primeros días mejor será retirarla y ceñirse al cateterismo, que deberá practicarse con toda escrupulosidad y exactitud cada 3 horas, día y noche. Si en el acto de la operación hubiera catarro vesical, que no se logró hacer desaparecer, ó si sobreviene dicho catarro en lo sucesivo, cada cateterismo deberá ir seguido de una inyección de agua bórica; cuidando empero de no inyectar la solución con demasiada violencia para no producir la dilatación del órgano, que en estos casos suele ser con frecuencia de dimensiones muy reducidas. Deberá continuarse sondando á las enfermas en los dos días siguientes á la ablación de los hilos, y se les permitirá por consiguiente orinar á partir del décimo ó duodécimo día. También desde este momento se harán mañana y noche inyecciones vaginales con una solución de sublimado. Si quedase un pequeño agujero, habrá que tocarlo con el lápiz de nitrato de plata bien afilado, cuyo medio suele bastar para obtener la cicatrización espontánea. Cuando la desunión sea muy extensa, se podrá probar de reunir los labios granulosos de las suturas, con objeto de obtener su aglutinación secundaria; también habrá que volver á emplear entonces la sonda estacionaria ó sino practicar cateterismos repetidos. Para una segunda operación de avivamiento, es preciso aguardar que haya transcurrido un mes á lo menos desde la primera.

Conviene en alto grado mantener la libertad del vientre, pero es perjudicial, por otra parte, poner á dieta á las enfermas.

Si, como frecuentemente acontece, sobrevienen las reglas poco después de la operación, incitadas por la influencia del traumatismo, habrá que limitarse á renovar día por día la gasa colocada en el interior de la vagina.

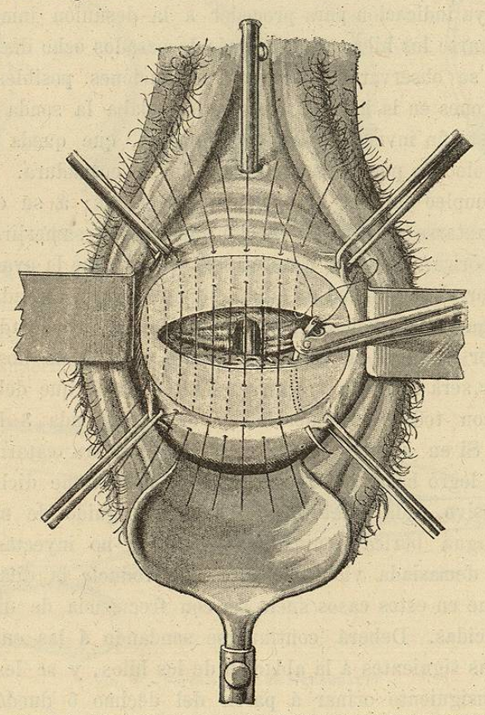

Fig. 90.—Oclusión de la vagina ó colpocleisis; avivamiento y sutura

Obliteración indirecta de la fístula

II. **Obliteración indirecta de la fístula.**—A veces concurren ciertas condiciones en que la sutura de una fístula vésico-vaginal no presenta ninguna probabilidad de éxito; tal es el caso principalmente cuando existe una vasta destrucción de la pared uretro-vaginal y la vagina se halla repleta de tejido cicatricial, y también cuando la pérdida de sustancia ha alcanzado dimensiones enormes y están muy alterados los tejidos circunyacentes. También figuran como condiciones, que pueden contraindicar toda tentativa de obliteración directa, la adherencia de la fístula á los huesos de la pelvis y la destrucción completa del labio anterior del hocico de

tenca, que haga recelar la lesión del peritoneo durante el avivamiento. En tales casos hay que resolverse por la obliteración total del canal genital. Pero, siempre que se pretenda llevar á cabo la obliteración de la vagina sin riesgo de producir retención de la sangre menstrual ó hematómetra, es necesario tener en cuenta que la comunicación entre la vejiga y la vagina debe ser suficientemente ancha, y que por lo tanto deberá agrandarse, si el caso lo requiere. La obliteración de la vagina, que, de esta clase de operaciones de oclusión, es la que más se practica y que luego pasaré á describir, ha recibido el nombre de *colpocleisis;* la de la vulva, que es la que practicó Vidal de Cassis y á la que en casos excepcionales podrá haber necesidad de recurrir, lleva el nombre de *episiorrafia*, mucho más exacto que el otro que se le ha dado también de *episio-estenosis;* á esta clase de oclusión se pueden aplicar los mismos preceptos que voy á indicar para la de la vagina.

Debemos á Simon (1) el haber puesto en boga esta operación indirecta, siendo él también el que ha precisado la técnica de la misma.

Primer tiempo; avivamiento.—Se procurará practicar todo lo alta posible la obliteración de la vagina, pues de este modo se queda más á cubierto contra la incontinencia de orina, que cuando el avivamiento cae sobre el nivel de la uretra; sin embargo, hay que tener presente que para salir bien de la operación, es preciso que el avivamiento sea hecho en tejidos bien vascularizados, y que, á veces para encontrarlos, será necesario bajar hasta cerca de la vulva. Vidal de Cassis hasta avivaba los grandes labios, pero es difícil que se obtenga de este modo una reunión completa de la parte anterior. Se disecará un anillo de mucosa que tenga 2 centímetros de ancho, dirigiendo la disección de arriba abajo, y se mantendrán tensas las partes contiguas por medio de pinzas; para facilitar la disección de la pared posterior, se dispondrá que un ayudante introduzca un dedo en el recto y lo mantenga tenso; para la de la pared anterior, se introducirá una sonda en la vejiga, impeliendo dicha pared hacia abajo. Con tijeras curvas se allanará cuidadosamente la superficie de la herida.

Fritsch (2) ha propuesto que se hiciese el avivamiento por desdoble, antecedido de una simple incisión circular.

(1) G. Simon. *Historisches ueber den operativen Verschluss der Scheide durch Vereinigung der Scheidenwandungen (Kolpokleisis)*, etc. *(Deutsche Klin.*, 1868, n.º 45, p. 405, y n.º 46, p. 417).

(2) H. Fritsch. *Centralbl. f. Gyn.*, 1888, n.º 49, p. 804.

FAC. DE MED. HAB.
BIBLIOTECA

Segundo tiempo; sutura.—Para practicar las suturas, que deberán hacerse con seda, sirven las grandes agujas de HAGEDORN; deben caminar por debajo de toda la superficie de la herida, al principio de abajo arriba después de arriba abajo. Se pondrá sumo cuidado en no penetrar en la uretra, en el recto ni en el peritoneo. Una vez se tenga colocado el primer hilo, con el cual se pueden atraer las partes que deben coaptarse, el resto de la operación resulta sumamente fácil. Se anudarán con todo esmero las suturas, procurando evitar todo lo posible el cabalgamiento; también se aplicarán algunos puntos superficiales de sutura (figs. 90 y 91).

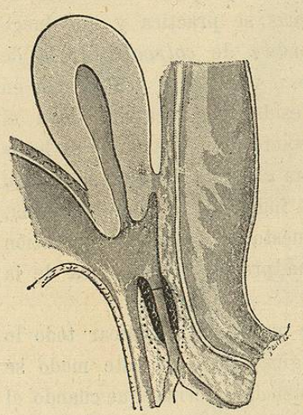

FIG. 91
Colpocleisis (Corte esquemático)

Para apreciar debidamente la importancia de esta operación, no debemos perder de vista la condición lastimera en que se hallan las mujeres que á ella deben resignarse. La colpocleisis con todo y ser en los más de los casos un recurso precioso, reune por otra parte una serie de inconvenientes de orden muy diverso: después de ella la fecundación es imposible, y el coito únicamente puede tener lugar en los casos excepcionales que han permitido practicar muy alta la operación: la sangre de las reglas despierta á veces catarro de la vejiga, y el contacto de la orina con el cuello del útero puede ser causa de metritis; también se ha señalado en estos casos pielonefritis y con mucha frecuencia la presencia de cálculos vesicales (1).

Cuando el cuello de la vejiga está lesionado de manera que exista incontinencia de orina, la obliteración de la vagina por sí sola no es bastante para librar á las enfermas de la plaga de sentirse constantemente mojadas. En este caso, se ha concebido la idea de despojar á la vejiga de su papel de reservorio urinario, para con-

(1) L. A. NEUGEBAUER. *Centralbl. f. Gyn.*, 1883, n.º 9, p. 137. Se hizo la extracción del cálculo y siguió nueva oclusión de la vagina.— W. BERGMANN. *Ibid.*, 1888, n.º 50, p. 824: observación de cálculo fosfático. Muerte por uremia causada por nefritis intersticial.— BAAS. *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 21, p. 361: el cálculo fosfático que al principio se había desarrollado en la vagina obliterada, se había trasladado más tarde á la vejiga, pasando á través de la ancha fístula que había obligado á practicar la colpocleisis. Fué extraído después de haberse dilatado previamente la uretra.

fiarlo al recto; para esto, al mismo tiempo que se practica la colpocleisis, debe establecerse una fístula vagino-rectal. Según parece BAKER-BROWN (1) fué el primero que practicó esta última operación á una enferma que presentaba una fístula vésico-vaginal y vagino-rectal con obliteración casi completa de la vagina y destrucción del cuello de la vejiga y de la uretra. En 1851, MAISONNEUVE (2) practicó de intento una fístula recto-vaginal, después de haber obliterado la vulva, prometiéndose que el esfínter anal retendría la orina, que en este caso debía salir por el ano, pero la fístula se cerró espontáneamente, y al intentar de nuevo el establecimiento de otra fístula perineal, sobrevino la muerte de la enferma.

ROSE (3) volvió á poner en práctica esta operación con el nombre de **obliteración rectal de la vulva** *(obliteratio vulvæ rectalis)*. Comienza por asegurar la permeabilidad de una fístula recto-vaginal artificial, situada á poca distancia más arriba del ano, para lo cual incinde el tabique recto-vaginal y coapta luego con esmero las mucosas. Obliteración rectal de la vulva

CAZIN (4) y SCHRŒDER (5) han aprovechado este recurso operatorio, que no siempre resulta inofensivo; así se han observado graves accidentes, que han sido causados por los gases intestinales y por las materias fecales al penetrar en la vagina; además la fístula recto-vaginal muestra gran tendencia á obliterarse. Con todo FRITSCH (6) refiere que ha observado á dos enfermas operadas en este sentido, las cuales, libres de toda incomodidad, hacían la orina por el ano; una de ellas, operada cuatro años antes, era lavandera en su propia clínica y no parecia molestada en lo más mínimo por la existencia de semejante cloaca.

Fístulas cervicales.—Las fístulas urinarias que interesan el cuello del útero son tangentes al hocico de tenca más ó menos destruído y, si así puede decirse, descantillado por el trabajo de mortificación que la fístula ha producido. Desde JOBERT se las ha unido á las fístulas vésico-vaginales, con el nombre de **fístulas vésico-útero-vaginales**, y subdividido en dos variedades, **superficiales** y **profundas**, Fístulas cervicales

(1) Véase MALGAIGNE y LE FORT. *Manuel de Méd. opér.*, 9.ª edic., 1889, 2.ª parte, p. 747.
(2) Véase MALGAIGNE y LE FORT. *Loc. cit.*
(3) E. ROSE. *Ueber den plastischen Ersatz der weiblichen Harnrœhre (Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1878, Bd. IX, p. 122).
(4) H. CAZIN. *Contrib. à l'étude des Fistules vésico-vaginales; création d'une Fistule recto-vaginale avec Occlusion de la vulve (Arch. gén. de Méd.*, 1881, p. 275 y 436).
(5) Véase BRŒSE. *Sitzungsber. der Berl. Gesell. f. Geburtsh. u. Gyn.*, 27 abril 1883 *(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1884, t. X, p. 126).
(6) FRITSCH. *Ueber plastische Operationen in der Scheide (Centralbl. f. Gyn.*, 1888, n.º 49, p. 804).