House In the party for the par

16 (15 (1) (1) (1) (1) (1)

the company of the later of

IN HERE

THE PERSON NAMED IN COLUMN

l III im o

THE

HH

III III II

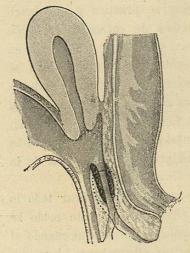
1811

11 1111 11

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).

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



Frg. 91 Colpocleisis (Corte esquemático)

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-

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 vaginorectal 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 esfinter 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 fistula 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). Co- Obliteración mienza 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.

CAZIN (4) y SCHREDER (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-úterovaginales, y subdividido en dos variedades, superficiales y profundas,

(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.

n.º 49, p. 804).

⁽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 fostático. 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 à través de la ancha fístula que había obligado á practicar la colpocleisis. Fué extraído después de haberse dilatado previamente la uretra.

⁽³⁾ E. Rose. Ueber den plastischen Ersatz der weiblichen Harnrahre (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,

in cases | as one in the interest

the same of the same and the sa

in High

según sea parcial ó completa la destrucción del labio anterior del cuello. Esta denominación es esencialmente defectuosa. A mi entender, es más propio relacionarlas con las fístulas del cuello del útero y llamarlas fístulas yuxta-cervicales, reservando el nombre de fístulas intra-cervicales para las perforaciones que muy impropiamente son llamadas fístulas vésico-uterinas.

No deben confundirse las fístulas yuxta-cervicales, que ya interesan el cuello, con las fístulas simplemente contiguas al cuello, en las que éste queda intacto. En este último caso podrá ser necesaria

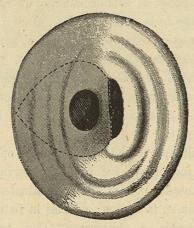


Fig. 92 Fistula yuxta-cervical; avivamiento

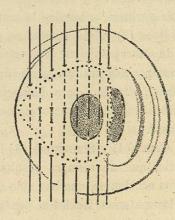


Fig. 93 Fistula yuxta-cervical suturada;

á veces la incisión del labio anterior para hacer el avivamiento, y hasta podrá ocurrir que se tenga que escindir del mismo un segmento en forma de V (fig. 82).

Fístulas yuxta-cervicales superficiales 1.° Fístulas yuxta-cervicales (Sin. vésico-útero-vaginales).— En la variedad superficial se puede obtener la obliteración por medio de un buen avivamiento; este último empero, resulta, en estos casos especialmente difícil, porque justamente viene á caer por detrás en el labio anterior adelgazado y esclerosado del cuello, que limita profundamente la fístula. Por delante, la superficie del avivamiento corresponde á la parte alta del tabique vésico-vaginal é interesa hasta el tabique uretro-vaginal. La dureza de los tejidos constituye un obstáculo muy grande; habrá que practicar, principalmente al nivel del cuello, un avivamiento muy ancho sin perdonar las porciones de tejido inodular que no se prestan á una buena reunión, pues vale más tener que habérselas con una superficie cruenta de gran extensión, pero en buenas condiciones de vitalidad, que con una super-

ficie más reducida cuya aglutinación correría riesgo de no efectuarse (figs. 92, 93 y 94).

En las fístulas yuxta-cervicales profundas puede acontecer que la mucosa sea insuficiente para hacer el avivamiento y para obtener la aproximación de los labios de la herida; además, en atención á lo inmediato que se halla el fondo de saco peritoneal vésico-uterino, que ha sido atraído y fijado por el trabajo de retracción inodular,

Fístulas yuxta-cervicales profundas

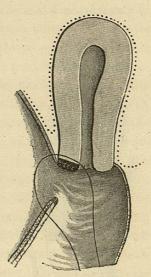
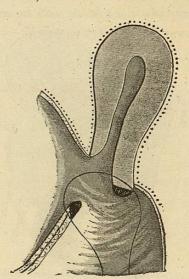


Fig. 94
Fistula yuxta-cervical superficial;
avivamiento (Esquema)



F16. 95
Fistula yuxta-cervical profunda, histerocleisis vesical (Esquema)

es preciso no olvidar los graves peligros que encierra el avivamiento del muñón del labio anterior destruído. De manera que se debe considerar como feliz casualidad y como ejemplo difícil de imitar la curación por coaptación directa que obtuvo Hegar (1) en un caso de este género.

Las fístulas yuxta-cervicales profundas, que no se prestan á la sutura directa, permiten todavía otra operación distinta, á saber: la sutura del labio posterior del hocico de tenca con el labio anterior ó vaginal de la fístula; de esta manera el cuello del útero pasa á abrirse en el reservorio de la orina (fig. 95). Para distinguir esta operación de la hístero-estómato-cleisis en la que los labios del cuello se suturan entre sí (fig. 97), podría llamársela hístero-cleisis vesical. Es necesario tener en cuenta que el avivamiento no debe alcanzar más allá del cuello, interesando la parte inmediata de la

Histero-cleis

⁽¹⁾ HEGAR y KALTENBACH. Loc. cit., trad. al francés, p. 507.

vagina, para incarcerarla en la vejiga, porque en tal caso es muy de temer la lesión del peritoneo. Casi la totalidad del cuello puede estar oculta en estos casos en la vejiga, y el fondo de saco posterior de la vagina, que entonces se destaca, puede simular el labio posterior. Practicar el avivamiento á esta altura sería querer penetrar con toda seguridad en el peritoneo (fig. 95 y 96).

Fistulas intra-cervicales

THE REAL PROPERTY.

al ligibili

BHE:

il little

of Hill in

01 101 Der

I Barne

- William

2.° Fistulas intra-cervicales.— A. Martin (1) pretende que

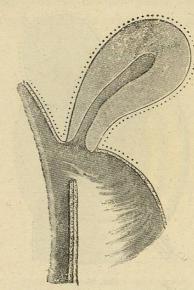


Fig. 96.-Fistula yuxta-cervical profunda El labio posterior del cuello y el fondo de saco posterior de la vagina se hallan situados en la prolongación del tabique vésico-vaginal, á causa de la retroversión del útero.

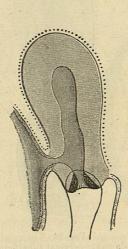


Fig. 97 .- Fistula intracervical; histero-estómato-cleisis (Esquema)

esta variedad de fístulas es más frecuente de lo que generalmente se admite, pero poseen cierta tendencia natural á la curación, siempre que no son muy extensas y que dejen libre el uréter. Lo primero que en ellas debe procurar el cirujano es poner al descubierto el orificio, dilatándolo con la laminaria. Si el orificio es estrecho y el trayecto algún tanto largo, se puede probar la cauterización con la punta enrojecida de un termo-cauterio, ó mejor de un gálvano-cauterio, repitiéndola cierto número de veces con intervalos de ocho días. También se han ensayado otros muchos cáusticos, entre ellos el nitrato de plata. Neugebauer (2) ha obtenido por la cauterización 15 curaciones en 133 casos, pero tuvo que lamentar uno de

muerte. Cuando la cauterización fracasare, para cerrar directamente la fístula, podrá recurrirse á una de las dos operaciones si-

- a. El avivamiento y la sutura.
- b. La cistoplastia por disección del cuello en su parte anterior y sutura consecutiva, por el procedimiento de Follet.

Jobert de Lamballe (1849) fué quien por primera vez se sirvió con éxito del avivamiento y de la sutura en una observación que per- Avivamiento maneció única en su género durante mucho tiempo. Simon prac-

ticó esta operación una sola vez; pero actualmente se conocen muchos casos de éxito practicados por Emmet (1), KALTENBACH, LOSSEN, MAR-TIN, MUELLER (2), SCHRE-DER (3), NEUGEBAUER (4), ZWEIFEL (5) y Sænger (6). Este último se ha servido de un procedimiento ingenioso, verdadera tráquelo-siringorrafia, análoga á la operación de Emmer. En un caso en que la fístula lo era de asiento

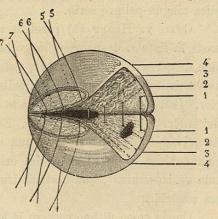


Fig. 98.—Operación de la fistula urinaria intra-cervical; procedimiento de Sænger

lateral, comenzó hendiendo el cuello del útero por ambos lados, y luego practicó la sutura del cuello, como en la operación de Emmet, en el lado en el cual existía el orificio fistuloso; para restablecer al otro lado un orificio cervical suficiente, suturó la mucosa del interior del cuello con la del exterior, resultándole de esta manera un orificio lateral suficientemente grande (fig. 98).

El acceso de la fístula es excesivamente difícil cuando se halla Cistoplastia muy alta y ocupa la línea mediana; en estos casos Follet (7), Wœlfler (8) y Champneys (9) han practicado con éxito la cistoplastia

(1) Emmet. The principles and practice of Gynecology, Londres, 1880. p. 634 y sig.

(2) HEGAR Y KALTENBACH. Loc. cit., p. 524.

(3) Véase Hofmeier. Manuel de Gynéc. oper., trad. al franc., p. 106.

(4) NEUGEBAUER. Loc. cit.

(5) ZWEIFEL. Soc. obst. de Leipzig, 19 diciembre 1887 (Centralbl. f. Gyn., 1888, p. 378). (6) Sænger. Ibid., p. 377.

(7) FOLLET (de Lisle). Fistule vésico-utérine; nouveau Procédé de Cystoplastie (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 26 mayo 1886, p. 445).

(8) WELFLER. Est. ærzt. Verein-Zeit., 1887 (Memorabilien von FR. Betz. Heilbronn, 1887, Heft 2, p. 99).

(9) CHAMPNEYS. Obstetr. Soc. of London, 3 octubre 1888 (anal. en Annal. de Gyn., noviembre 1888, t. XXX, p. 376).

A. Martin. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn., 1879, Bd. IV, p. 320.
 NEUGEBAUER. Arch. f. Gyn., 1889, Bd. XXXV, Heft 3, p. 280.

11.1

H 10 100 th . | 1 or 151 bill 1

(N 1991 112 | 1 yet 210 1 250 1

to milk

i ip in

A HEAD

at list Divi

a High

el list Davi

I I Was

I BOOK La min

part 's man

1000

Histero-

Obliteración

Procedimiento

DE

y la sutura inmediata de la perforación vesical, previamente descubierta por una operación preliminar. Follet procedía como sigue: después de haber dilatado la uretra, introducía en ella el dedo, luego atraía el cuello hasta la vulva, incindía el fondo de saco anterior de la vagina y desprendía la vejiga hasta pasada la perforación, y finalmente suturaba esta última, ayudándose para ello con el dedo introducido en la uretra; este procedimiento atrevido, inspirado por la cistoplastia por locomoción de Jobert, es cierto que expone á herir el peritoneo; pero con una buena antisepsis este accidente no implica ningún peligro serio.

Otto v. Herff (1) practica una sección mediana del cuello hasta la fistula, despegando luego la vejiga del útero en una extensión de cerca 1 centímetro. De este modo obtiene una superficie de avivamiento compuesta de dos mitades, una posterior y otra anterior. Cada una de ellas comprende en su centro uno de los orificios del trayecto fistuloso desdoblado. Entonces se sutura esta superficie de avivamiento lo mismo que una elitrorrafia anterior. Si la fístula cediese luego al nivel del orificio vaginal, resultaría una fístula vésico-vaginal, que bastaría tratar por uno de los procedimien-

Queda como último recurso la hístero-cleisis, que más vale llamar histere-estômate-cleisis; es decir, la sutura de los dos labios del cuello (fig. 97); en virtud de esta operación las reglas van á abocarse en la vejiga, pudiendo ser esto causa de cólicos, cuando el orificio de este depósito es muy estrecho. Sin embargo, Courty asegura haber visto muchos casos en que la menstruación se verificaba sin obstáculo. Es preciso prevenir á las mujeres que esta operación acarrea consigo la esterilidad; con todo, basta que quede un pequeño orificio que permita la introducción de un estilete para que pueda tener lugar la fecundación, como P. DEROUBAIX ha tenido ocasión de observar en un caso.

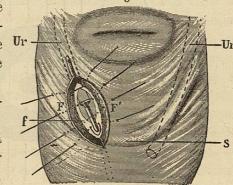
Fístulas urétero-vaginales y urétero-cervicales.—Durante mucho Fistulas uréterovaginales y tiempo se ha creído que el arte carecía de recursos para obtener la urétero-cervi-cales obliteración directa de estas fístulas. Actualmente, empero, poseemos diversos procedimientos aplicables á la fístula urétero-vaginal.

1.º Método de obliteración directa.—Procedimiento de Simon (2). -Primero se crea una fístula vésico-vaginal al lado del orificio de

la fistula uretérica; por este conducto se introduce una sonda en el uréter; luego, pasando siempre al través de esta abertura, se practica el desbridamiento alto del uréter, de manera que la porción del canal que está encerrada en las paredes de la vejiga quede transformada en una especie de media-caña en una extensión de un centímetro á un centímetro y medio. Con una sonda acanalada hay que separar todos los días los bordes de esta incisión, á fin de evitar que se verifique su aglutinación y puede producirse la cicatrización por separado. Cuando se crea haber conseguido este objeto, por medio de un extenso avivamiento y de

una sutura transversal se cierra la fístula vésico-vaginal artificial, que entonces se halla distante del punto de abocamiento del uréter.

Procedimiento de LAN-DAU. - LANDAU (1) ha propuesto crear desde luego una abertura vésico-vaginal, por escisión de un colgajo oval. en los casos en que la falta de una ancha perforación vésico-vaginal obligue á ello; después introduce en el uréter una sonda elástica fina.



Procedimiento de LANDAU

Fig. 99.-Operación de la fístula urétero-vaginal; procedimiento de LANDAU U. Cuello uterino. - Ur. Trayecto del uréter. - S. Pliegue de la vagina correspondiente al ligamento interuretérico. - FF'. Abertura vésico-vaginal, en su fondo se descubre la sonda introducida en el uréter.

que dirige primero en el interior de la vejiga, haciéndola salir luego por la uretra por medio de pinzas. Hechos estos preliminares, coloca á la mujer en la posición genu-pectoral y aviva la mucosa vaginal alrededor de toda la solución de continuidad, por la cual se percibe la sonda que asegura la integridad del calibre del uréter, y finalmente practica puntos de sutura perpendiculares á la sonda, dejando esta última estacionada durante algunos días (figura 99). Bandl (2) ha adoptado este procedimiento con alguna ligera modificación, y se ha servido de él en dos operaciones; después de muchas tentativas logró la curación, pero no sin haber tenido que deshacer una vez las suturas, que habían cogido el uréter.

Procedimiento de Schede. — Schede (3) practicó una abertura Procedimiento

(1) LANDAU. Arch. f. Gyn., 1876, Bd. IX, p. 426. (2) L. BANDL. Zur Entstehung und Behandlung der Harnleiterscheidenfisteln (Wienmed. Wochenschr., 1877, n.º 30, p. 721 y n.º 32, p. 749).

(3) M. Schede. Centralbl. f. Gyn., 1881, n.º 23, p. 547. GINECOLOGÍA. T. II. - 53.

⁽¹⁾ Otto. v. Herff. Zur Behandlung der Blasengebærmutterfisteln (Zeitschr. f. Ge-

⁽²⁾ SIMON. Wien. med. Wochenschr., 1876, n.º 28, p. 692.

burtsh. u. Gyn., 1891, Bd. XXII, p. 1).