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 fístula, 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 procedimientos conocidos.

Histero-estómato-cleisis

Queda como último recurso la **histero-cleisis**, que más vale llamar **histero-estómato-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

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

Obliteración directa Procedimiento de SIMON

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

(1) OTTO. V. HERFF. *Zur Behandlung der Blasengebærmutterfisteln (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1891, Bd. XXII, p. 1).
(2) SIMON. *Wien. med. Wochenschr.*, 1876, n.° 28, p. 692.

la fístula 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.

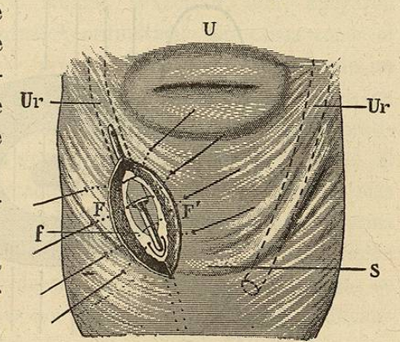

FIG. 99.—Operación de la fístula urétero-vaginal; procedimiento de LANDAU

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.

Procedimiento de LANDAU

Procedimiento de LANDAU.—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, 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

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

(1) LANDAU. *Arch. f. Gyn.*, 1876, Bd. IX, p. 426.
(2) L. BANDL. *Zur Entstehung und Behandlung der Harnleiterscheidenfisteln (Wien. med. Wochenschr.*, 1877, n.° 30, p. 721 y n.° 32, p. 749).
(3) M. SCHEDE. *Centralbl. f. Gyn.*, 1881, n.° 23, p. 547.

vésico-vaginal por escisión de un colgajo de vejiga de dos centímetros cuadrados, siguiendo el trayecto del uréter. En el caso por él operado la fístula uretérica estaba oculta detrás de un repliegue de mucosa y situada al fondo de una fosícula cicatricial, á los lados de un antiguo desgarro del cuello. Se tuvo cuidado de ejecutar la sutura de las mucosas vesical y vaginal en los labios de la porción escindida, al efecto de bordear la abertura y de impedir que se estrechase; introducción de una sonda elástica en el uréter pasando

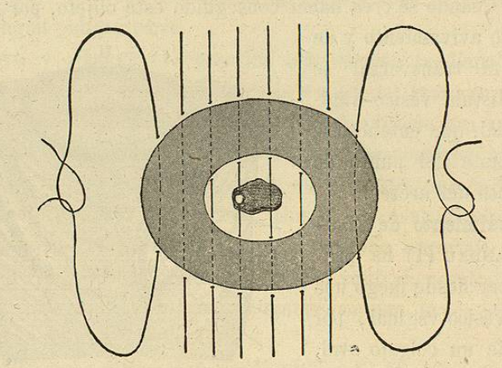

Fig. 100.—Operación de la fístula urétero-vaginal, procedimiento de Schede (Esquema)

al través de la abertura artificial; la extremidad opuesta de la sonda se condujo dentro de la vejiga y se atrajo luego por la uretra. Después de esto, avivamiento anular, en forma de corona, alrededor de la fístula, conservando en el inmediato circuito del orificio una zona intacta de mucosa de unos 3 ó 4 milímetros de diámetro. De esta manera los bordes de la fístula quedaron revestidos de mucosa intacta, y después de la sutura se les invirtió dentro de la vejiga, formando en ésta como una media-caña de desagüe á cuya extremidad se abría el uréter (fig. 100); curación á vuelta de muchos accidentes.

Dos veces el catedrático Trélat (1) recurrió á un procedimiento análogo de avivamiento, pero sin cateterismo del uréter. También yo creo que en este último caso no es absolutamente indispensable, como lo es en el procedimiento de Landau, el tiempo preli-

(1) Trélat. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 23 febrero, 1887, p. 117.—Desprès (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1888, p. 668) ha descrito con el nombre de *sutura á distancia*, el avivamiento que acabo de exponer según Schede; lo ha aplicado con éxito á la cura de fístulas de la traquea, de la uretra y también á la fístula vésico-vaginal (sin que en esta última se hallase comprendido el uréter).

minar que tiene por objeto establecer una abertura vesical é introducir una sonda en el uréter.

Procedimiento del desdoble.—En un caso de fístula urétero-vésico-vaginal, en que la enferma ya había sufrido once operaciones por el procedimiento ordinario, me fué posible fijar el diagnóstico, introduciendo la sonda uretérica de Pawlik hasta una profundidad de 21 centímetros; el orificio vésico-urétero-vaginal era pequeño y permitía únicamente el paso á un histerómetro. Para su tratamiento opté por el procedimiento del desdoble, inaugurado por Gerdy, y que Blasius, Duboué, Collis, v. Herff, Walcher, etc., aplicaron luego á las fístulas vésico-vaginales ordinarias. En casos como el que nos ocupa, creo que este procedimiento está indicado de un modo especial, toda vez que permite relegar el orificio uretérico en la vejiga, sin temor de comprenderlo en la sutura. He aquí la práctica que observé (1): posición genu-pectoral, incisión transversal al nivel de la fístula, pasando á cada lado cerca de un centímetro más allá de ésta; una incisión vertical á cada extremidad le da la forma de una H acostada (H). Disección de los bordes de la incisión transversal en una extensión de un centímetro, de suerte que se obtengan dos pequeños colgajos por desdoble del tabique. Al levantar dichos colgajos, se descubre el pequeño orificio de la fístula en el centro de la superficie cruenta. Se atraen uno hacia otro ambos colgajos por delante de este orificio y sin ningún esfuerzo se opera su coaptación. Luego se les sutura con esmero mediante tres puntos profundos hechos con hilo de plata y otros tres superficiales. Después de la sutura quedan pegadas una contra otra sus caras profundas, de manera que dichos colgajos forman una pequeña cresta proeminente en el lugar en que estaba emplazada la fístula. Ablación de los hilos al octavo día; curación completa.

Procedimiento del desdoble

Este procedimiento ofrece la ventaja de ser altamente sencillo; en los casos en que la fístula vesical fuese más ancha y más importante el desdoble, podría verificarse la coaptación de los colgajos por medio de botones, aplastando sobre éstos un grano agujereado de plomo, previamente deslizado á lo largo de cada extremidad del hilo (fig. 101).

Herrgott, de Nancy (2), sin seguirlo por completo, ha sacado

(1) S. Pozzi. *Fistule urétero-vésico-vaginale guérie par la Colpoplastie (Bull. et Soc Mém. de Chir.*, 23 febrero, 1887, t. XIII, p. 114).

(2) Herrgott (de Nancy). *Un cas de fistule vésico-urétero-vaginale avec Mortification d'une portion de l'uretère gauche; opération, guérison (Annal. de Gyn.*, junio 1888, t. XXIX, p. 408). — Esta observación fué comunicada á la Academia de Medicina de París en 22 mayo 1888.