provecho de la indicación principal de este procedimiento, disecando y repeliendo hacia la vejiga, en la extensión de un centímetro, el uréter que venía á abocarse al borde de la fístula y en el cual se pudo introducir una pequeña bujía. Cuando en una ancha fístula urétero-vaginal se logra determinar de este modo la posición exacta del uréter, entonces bastará practicar el desdoble parcial en el solo labio en que resulta indispensable. Pero sucederá con mucha frecuencia, como en el caso por mí operado, que en el acto de la operación no será fácil volver á encontrar este orificio, y entonces es preferible practicar el desdoble en todo el circuito de la fístula (1).

Obliteración indirecta

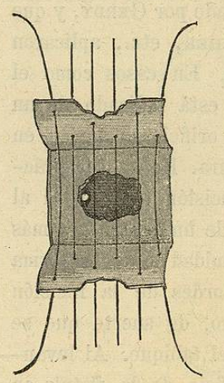

Fig. 101.—Operación de la fístula urétero-vaginal, procedimiento de Pozzi (Esquema)

2.° **Método de obliteración indirecta.**— Este método, al que se debe acudir cuando ha fracasado el avivamiento directo en las fístulas urétero-vaginales, es el único aplicable á las fístulas urétero-cervicales (ó urétero-uterinas). Consiste, ora en la obliteración del canal genital por debajo de la fístula, ora en la extirpación del riñón correspondiente al lado en que está situada la perforación de su conducto excretor. La primera conducta sería la que menos inconvenientes ofrecería, si fuera posible practicar la híster-estómato-cleisis ú obliteración del hocico de tenca, pero para que esta oclusión resultase inocente, la fístula uretérica tendría que ser lateral y no terminal; ahora bien, ordinariamente acontece lo contrario, es decir, la terminación del canal suele hallarse entre la fístula y la vejiga, en cuyo punto se constriñe y muestra tendencia á obliterarse (2). Teóricamente, podría probarse la formación de una fístula artificial vésico-cervical, que permitiese evacuar la orina que se acumularía en la matriz; ó bien podría asimismo intentarse el establecimiento de un uréter artificial, especie de canal dispuesto al lado del conducto natural obliterado. Zweifel ha hecho

(1) Parvin (*Western Journ. of Med.*, oct. 1887) obtuvo dos éxitos por un procedimiento que nada tiene de metódico, debiendo atribuirse el efecto, según parece, á una feliz casualidad. Practicó primero una fístula vésico-vaginal, y algunos días después avivó la vagina en gran extensión y logró invertirla de suerte, que el orificio uretérico quedó alojado en la vejiga.

(2) Se conoce una observación de Duclout (*Gaz. méd. de Paris*, 1869, p. 43), según la cual se practicó con éxito la histero-cleisis después que se hubo adquirido la seguridad, por la obliteración del cuello con laminaria, que no existían síntomas urémicos y por consiguiente que el uréter estaba aún en comunicación con la vejiga. Pero el diagnóstico parece dudoso, y tal vez sólo se trataba en este caso de una simple fístula vésico-cervical.

una y otra de estas tentativas, pero sin resultado alguno. Hay que renunciar, pues, á la híster-cleisis, y acogerse á la **obliteración de la vagina** ó **colpocleisis**, después de haber establecido previamente una comunicación artificial entre este conducto y la vejiga. Esta es la práctica que Hahn (1) ha sido el primero en adoptar, procurando antes bordear el labio superior de esta abertura por coaptación de las mucosas, y suturando el labio inferior de la misma á la pared posterior de la vagina, para asegurarse de que quedaba entre-abierta la comunicación vésico-vaginal. Pero el marido de la operada reclamó más tarde que se volviese á abrir la vagina, después de lo cual la fístula vésico-vaginal artificial persistió, mientras que la fístula uretérica por su lado se iba curando espontáneamente. Kehrer (2) ha publicado una observación muy curiosa: hace observar con razón, que no basta una incisión para asegurar la comunicación entre la vejiga y la vagina, sino que es preciso practicar la escisión de un disco de unos dos centímentros de diámetro en el tabique vésico-vaginal y orlar sus bordes con todo esmero.

Colpocleisis

Únicamente con gran repugnancia se dejan practicar las mujeres la operación de la obliteración de la vagina, y muchas veces ha sucedido que después de haberse prestado á ello, exigen que se las reponga á su primitivo estado de dolencia. Esta es la razón que ha motivado en algunos casos la práctica de la **nefrectomía**, á pesar del peligro que encierra el privar á la enferma de uno de sus riñones, siendo posible que exista á veces cierto grado desconocido de nefritis ascendente bilateral. La primera idea de esta operación se debe á Simon. En 1878 la practicó Zweifel (3) por primera vez, siguiéndole luego Credé (4); en 1889 ya se contaban á lo menos 11 casos, con inclusión del de Treub (5). Antes de resolverse á practicar esta operación, es de suma importancia haber adquirido plena seguridad del estado del riñón que va á quedar solo para el ulterior funcionamiento. Esta operación exige, por lo tanto, un escrupuloso análisis químico y microscópico de la orina. Con preferencia se

Nefrectomía

(1) E. Hahn. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1879, n.° 27, p. 397.

(2) Kehrer. *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.° 32, p. 565.—En este caso la fístula urétero-vaginal procedía de una operación que había sido practicada en el cuello del útero con motivo de extirpación de un cuerpo fibroso.

(3) Zweifel. *Ein Fall von Ureteren-uterus-fistel geheilt durch die Exstirpation einer Niere (Arch. f. Gyn.*, 1878, Bd. XV, p. 1).

(4) B. Credé. *Nephrectomie wegen Ureteren-uterus-fistel (Ibid.*, 1881, Bd. XVII, p. 312).—Jules Bœckel. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, junio 1884, p. 448.— Fritsch, citado por Heilbrunn. *Centralbl. f Gyn.*, 1886, n.° 1, p. 1.

(5) A.-H. van der Weerd (Ayudante del profesor Treub, de Leide). *Over Fistula uretero-uterina (Nederl. Tijdsch. v. Verlosk. en Gyn.* Haarlem, 1889, p. 161).— Véase también, para la bibliografía y para la relación de un caso, C. D. Josephson (de Estocolmo), *Hygiea*, 1887, Bd. XLIX, n.° 5, p. 279 y n.° 6, p. 343.

hará el examen con orina del uréter que se cree sano, directamente retirada por medio del cateterismo de dicho canal (pág. 140 y sig. del t. I).

Gravedad de la operación Accidentes operatorios

Gravedad de la operación. Accidentes operatorios. Resultados.— En lo que va á seguir me referiré únicamente á la operación directa de las fístulas vésico-vaginal y uretro-vaginal ordinarias.

Esta operación debe considerarse como absolutamente **benigna**; únicamente reviste un ligero grado de gravedad, cuando la fístula se halla cerca del cuello y está contigua, por lo tanto, á grandes vasos uterinos y también cuando lo está del uréter y del peritoneo.

Verneuil (1) ha publicado la relación de los casos de su práctica, en los cuales la operación fué seguida de muerte: ésta ocurrió 5 veces en 80 operaciones. Es preciso observar, sin embargo, que la mayor parte de estos casos datan de una fecha anterior al período de la antisepsis (2); de manera que esta proporción sería actualmente demasiado elevada. En una serie de más de 80 casos, Hegar y Kaltenbach no han perdido una sola operada.

Desgarro de la vagina

Únicamente á título de mención debe citarse el accidente del **desgarro de la pared posterior de la vagina**, debido á la compresión de una valva manejada demasiado bruscamente; así pudo observarlo en un caso Courty (3); se comprende fácilmente que el tal desgarro puede motivar una peritonitis.

Hemorragia

Del mismo modo, únicamente en circunstancias altamente desfavorables, cuando la enferma, por ejemplo, era hemofílica, ha podido presentarse la **hemorragia primitiva** mortal; Horteloup (4) ha señalado un caso de esta clase, debido á la herida de una arteria uterina muy desarrollada. Este accidente es muy excepcional; de todos modos el escape de sangre puede estorbar mucho durante la operación, sobre todo cuando se ha practicado el avivamiento en las paredes laterales de la vagina, donde las venas suelen adquirir un gran desarrollo, también cuando se opera poco después de haberse desprendido las escaras, y por último cuando se hiere la mucosa vesical. Los mejores medios para detener la hemorragia son la compresión directa primero y luego la sutura. Pero entonces las condiciones no son nada propicias para obtener una buena reunión inmediata.

La **hemorragia secundaria** se ha observado del tercero al quinto

(1) A. Verneuil. *De la Léthalité des Fistules vésico-vaginales (Annal. de Gyn.*, enero 1877, t. VII, p. 1).
(2) Jobert de Lamballe había observado 26 muertes en 147 casos.
(3) Courty. *Traité prat. des Mal. de l'utérus.* 3.ª edic., 1881, p. 1406.
(4) Horteloup. *Bull. Soc. de Chir.*, 5 mayo 1869, p. 198.

día; creo que cuando ésta se presenta debe atribuirse á alguna falta cometida durante la operación. El mejor remedio es el taponamiento. Si la hemorragia se produjese dentro de la vejiga, al principio pasaría desapercibida, y antes que se pudiesen aplicar los remedios necesarios, dicho depósito habría sido ya dilatado por los coágulos que se habrían formado. Estos últimos deben salir en fragmentos por la uretra, y su expulsión va acompañada de un tenesmo muy doloroso; la descomposición de los restos que no han podido evacuarse, acarrea irremisiblemente el mal éxito de la sutura. Por esta razón es preciso que se procure facilitar su expulsión por medio de frecuentes irrigaciones vesicales. Si la expansión de la vejiga fuese considerable, no se vacilará en dilatar la uretra y en proceder á la extracción de los coágulos, fragmentándolos con una cucharilla roma. Si á pesar de todo la hemorragia continuase, habrá que seccionar la sutura é ir desde la vagina en busca del vaso que da sangre.

Lesión del uréter

La **lesión**, y principalmente la **ligadura del uréter**, se da á conocer por la aparición de dolores lumbares, vómitos y fiebre. En este caso hay que apresurarse á quitar los hilos sospechosos, de lo contrario esta complicación puede revestir mucha gravedad, el hilo acaba por cortar realmente el uréter dilatado, y esto produce espontáneamente una retención tardía en los síntomas de uremia incipiente.

Peritonitis

Las **complicaciones infecciosas**, flebitis, piemia, linfangitis, difteria, que ya eran muy raras antiguamente, son hoy día enteramente excepcionales. Puede presentarse **peritonitis** como consecuencia de la herida del peritoneo, producida durante el avivamiento ó las suturas, si ha habido falta de precauciones antisépticas durante la operación, ó también, si una cistitis ó una pielitis concomitantes acarrean la infección de la herida.

Cálculos

Se ha observado la formación de **cálculos é incrustaciones calcáreas** en la vejiga, junto á los hilos de plata ó seda que habían caído en dicho depósito, cortando los tejidos. Debe tenerse presente, en efecto, que casi todas las mujeres enfermas de fístulas tienen la orina alterada por la inflamación sintomática de la vejiga, que se ha propagado á las pelvis renales y aún á la misma sustancia renal. En estas condiciones, resulta muy favorecida la formación de cálculos, pero como éstos suelen ser siempre fosfáticos y muy friables, es muy fácil desmenuzarlos y evacuarlos por la litotricia.

Resultados

Al presente son altamente satisfactorios los **resultados** que se

obtienen de la intervención quirúrgica en las fístulas. Casi puede decirse que no hay ningún caso que resista absolutamente á una operación directa ó indirecta; verdad es, sin embargo, que con esta última se sustituye la dolencia por una deformidad, y que á veces hay hasta necesidad de sacrificar uno de los riñones. La mayor parte de los casos en que la operación sale frustrada, proceden de haberse establecido un diagnóstico incompleto. Como antes ya he dicho, tuve que operar á una mujer, en la cual se habían hecho once ensayos diferentes de operación, que todos resultaron inútiles, para obliterar una pequeña fístula del fondo de saco anterior de la vagina. Estos fracasos, según pude comprobar, procedían de que el uréter se abría en la fístula, por cuya razón seguí el procedimiento de avivamiento por desdoble y pude por este medio repeler el orificio uretérico dentro de la vejiga y obtener la curación inmediata.

Incontinencia de orina

A menudo continúa la **incontinencia de orina** mucho tiempo después de haberse reunido la fístula, lo cual hace creer á la mujer que no está curada, toda vez que sigue perdiendo involuntariamente orina. Varias son las condiciones anatómicas que pueden causar esta pérdida, bastando para explicarlas la pérdida de tonicidad debida al largo reposo del esfínter vesical y de las fibras musculares de la uretra, que juegan en la mujer un papel importante en la retención normal de la orina.

Contra esta dolencia se han puesto en juego diversos tratamientos médicos; inyecciones de estricnina, duchas calientes, electricidad, etc., etc. Schatz ha propuesto un pesario especial; pero cualesquiera pesarios, y en particular el de Dumontpallier, pueden disminuir, cuando menos, la incontinencia, por la ligera compresión que ejercen en la uretra. También se han obtenido éxitos manifiestos por medio de una pequeña operación plástica, cuyo objeto es embridar, por decirlo así, el canal de la uretra, borrando su calibre; de este modo la orina halla cierto obstáculo á su paso y únicamente llega á manar cuando se ha acumulado en cantidad suficiente para vencer dicho obstáculo. Schrœder (1) ha practicado dos avivamientos laterales con objeto de alargar y dislocar el canal de la uretra. Pawlik (2) ha hecho la ablación lateral de fragmentos cuneiformes de tejido, con objeto de ejercer una tracción transversal

Operación de Pawlik

(1) Véase R. Mœricke. *Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1880, Bd. V, p. 324.
(2) Pawlik. *Beitrœge zur Chirurgie der weiblichen Harnrœhre (Wien. med. Wochenschr.*, 1883, n.º 25, p. 769, y n.º 26, p. 808).

en la uretra y acodarla de modo que en dicho punto quede obstruída la luz de su canal. Su procedimiento es como sigue: con un gancho tira del canal de la uretra, tan lejos como puede, hacia un lado, y señala los puntos que corresponden á esta dislocación (fig. 102). Obtiene los límites extremos de su avivamiento y pasa

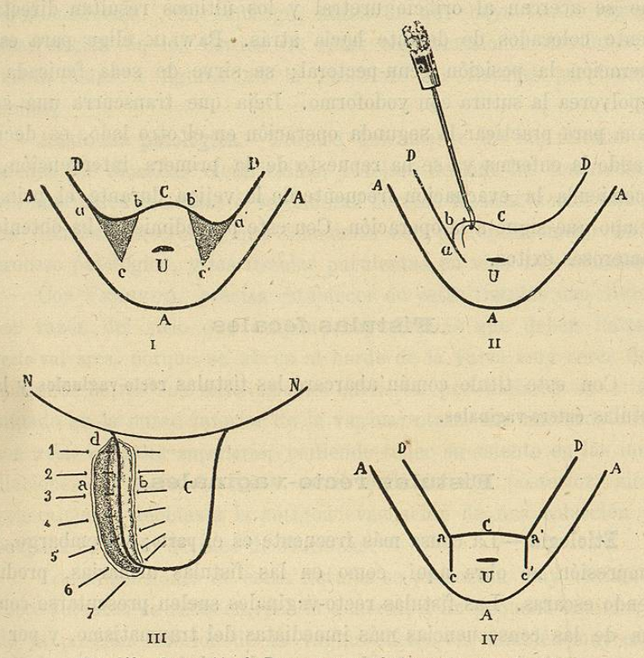

Fig. 102.—Operación de Pawlik contra la incontinencia de orina

I. Región de la uretra que se descubre, guardando la mujer la posición genu-pectoral.—II. Determinación de la extensión del avivamiento por medio de la tracción con un gancho.—III. Avivamiento.—IV. Reducción efectuada.

A. Relieve del arco del pubis.—C. Proeminencia del canal de la uretra.—D. Depresión hacia atrás del pubis.—V. Meato urinario.—a, b, c, a', b', c'. Dimensiones del avivamiento yuxta-uretral

á practicar este último haciendo de arriba abajo dos incisiones paralelas, partiendo de los puntos precitados. Por la parte inferior se da á estas incisiones la inclinación necesaria para que pueda verificarse luego la acodadura de la uretra. Entonces, con un gancho, se atrae el orificio de la uretra hacia el lado del clítoris, y se señala el punto hasta donde se le puede atraer; se continúa luego la incisión hasta dicho punto, procurando imprimirle una dirección ligeramente cóncava por la parte interior, á fin de que después de la sutura, el orificio externo de la uretra no resulte

embridado con demasiada fuerza. Una vez terminado este trazado, se efectúa el avivamiento, excavando los tejidos al lado de la uretra; de este modo la herida resultante es bastante profunda. Luego se hace la sutura de la herida atrayendo la uretra hacia el clítoris; los puntos de sutura se convierten en oblicuos á medida que se acercan al orificio uretral y los últimos resultan directamente colocados de delante hacia atrás. PAWLIK elige para esta operación la posición genu-pectoral; se sirve de seda fenicada y expolvorea la sutura con yodoformo. Deja que transcurra una semana para practicar la segunda operación en el otro lado, es decir, cuando la enferma ya se ha repuesto de la primera intervención, y recomienda la evacuación frecuente de la vejiga durante el primer tiempo que sigue á la operación. Con este procedimiento ha obtenido numerosos éxitos.

Fístulas fecales

Con este título común abarcaré las fístulas **recto-vaginales** y las fístulas **éntero-vaginales.**

Fístulas recto-vaginales

Fístulas recto-vaginales Etiología

Etiología.—La causa más frecuente es el **parto**; sin embargo, la compresión no obra aquí, como en las fístulas urinarias, produciendo escaras. Las fístulas recto-vaginales suelen presentarse como una de las consecuencias más inmediatas del traumatismo, y por lo común subsiguen á un ancho desgarro del periné, que se ha cicatrizado por la parte inferior en el punto de mayor espesor de los tejidos, dejando subsistir al otro lado superior una perforación; en este punto, á causa de la delgadez del tabique recto-vaginal, los dos epitelios han logrado reunirse y orlan, por decirlo así, la solución de continuidad de un modo estable. Aunque más raramente, pueden también intervenir otras causas, como son: rasgadura producida por el fórceps ó el cefalotribo, gangrena del tabique por permanencia demasiado duradera de la cabeza, traumatismo directo por un **cuerpo extraño**, que ha sido introducido con violencia ó que permanece el tiempo suficiente para provocar una ulceración, ya obre este cuerpo desde la vagina, ya por el recto. Por último, **ulceraciones** de diversa naturaleza, abscesos de uno ú otro de los conductos en cuestión, pueden establecer entre éstos una comunicación anormal;

en algunos casos estas perforaciones tienen lugar por encima de los **puntos de estrechez del recto** (1). También quistes dermoides, quistes de embarazo extra-uterino, que hallándose en el fondo de saco de DOUGLAS han supurado, pueden determinar una comunicación entre la vagina y el recto, vaciándose simultáneamente en uno y otro de estos conductos. Sin embargo, antes de que haya tenido lugar la cicatrización de los bordes de estas comunicaciones fistulosas, no entran éstas á figurar en la clase de las fístulas propiamente dichas.

Anatomía patológica

Anatomía patológica.—Trataré únicamente de las fístulas que pueden ser llamadas cicatriciales, y dejaré de lado las comunicaciones anormales recientes ó verdaderas heridas frescas, como también las fístulas cancerosas, que solamente son un epifenómeno de un proceso patológico, y las fístulas purulentas en vías de evolución.

Con VERNEUIL, precisa establecer en estas fístulas una división por razón del sitio que ocupan; hay fístulas que deben llamarse **recto-vulvares**, porque se abren al borde de la vulva muy cerca de la horquilla; otras son **recto-vaginales inferiores**, por hallarse su orificio situado en la mitad inferior de la vagina; otras, en fin, más raras, son **recto-vaginales superiores**, pudiendo tener su asiento en las inmediaciones del hocico de tenca, en el fondo de saco posterior, siendo generalmente debidas á la antigua evacuación de una colección que ocupaba el fondo de saco de DOUGLAS.

Las dimensiones de estas fístulas se presentan muy varias, las recto-vulvares se reducen, por lo general, á un pequeño agujero; las de la porción inferior de la vagina suelen ser también muy estrechas. Unas veces el tabique se presenta tan adelgazado, que parecen como si hubiesen sido hechas con un saca-bocados, resultando francamente *ostiales* ó *labiformes;* otras veces, al contrario, son canaliculadas, ofrecen un trayecto oblicuo en el espesor de la pared, y su orificio vaginal está revestido, en ocasiones, de una especie de opérculo, formado por la columna posterior de la vagina, que se presenta más ó menos descantillada y rajada. Las fístulas que ocupan el fondo de saco vaginal posterior pueden presentar dimensiones muy grandes, siendo esto debido á que en algunos casos han sido determinadas por una ancha escara causada por la presión de un tumor, antes de vaciarse éste en los dos conductos inmediatos. Ví una fístula de esta clase, en la cual se podía introducir el pulgar; provenía de la evacuación de un quiste fetal.

(1) FÉVRIER. *Des Fistules dans le Rétrécissement du rectum.* Tesis de París, 1877.