

por algunos puntos de sutura, M. Roser consiguió hacer cesar la incontinencia.

» *Fístula véstico-útero-vaginal.* — Hay cierto número de fistulas que tienen su término medio entre las véstico-vaginales y las véstico-uterinas, y á las cuales se ha dado el nombre de fistulas

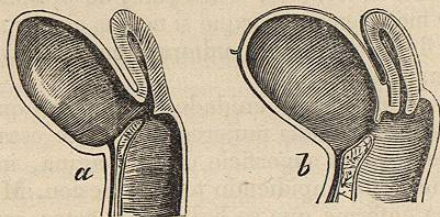


Fig. 89.—a. Fístula véstico-útero-vaginal.—b. Fístula simple véstico vaginal.

véstico-útero-vaginales por M. Jobert. Cuando la destrucción ó la desgarradura de las partes llega hasta el orificio uterino ó al cuello de la matriz, puede suceder que se forme una fistula cuyo labio anterior represente la transición entre la mucosa vesical, la vagina y el labio posterior, la transición entre la vejiga y el cuello de la matriz (fig. 89).

El tratamiento de estos casos es tan análogo como es posible al de las simples fistulas véstico-vaginales. Se refrescará y se reunirá por la sutura el labio anterior del orificio uterino, y, si hay necesidad, se practicará la incisión lateral; por lo demás, es preciso no temer el hacer entrar dicho cuello en la operación; esta parte la soporta muy bien.

» En general, se puede decir que las fistulas que se aproximan al orificio uterino no son de las más graves, encontrándose en este punto á menudo gruesos bordes fistulosos, mucosa vaginal en abundancia y suficientemente móvil para poder servir á cerrar la fistula. En el caso en que no parece posible obliterar dicha fistula sin destruir al mismo tiempo la comunicacion entre el útero y la vagina, es necesario fijar el labio posterior del orificio uterino al culo-de-saco anterior de la vagina. De esta manera se hace á la enferma estéril, y la sangre de las reglas se ve obligada á dar vuelta á la fistula véstico-uterina que queda abierta, en la vejiga. La experiencia ha demostrado que esta comunicacion entre la vejiga y el útero no produce ninguna consecuencia grave ni para uno ni para otro órgano. La menstruacion se verifica sin dificultad por la vejiga.

» Cuando la fistula véstico-vaginal es incurable, el último re-

medio que se debe intentar es la oclusion de la vagina. De esta manera se cierra tambien indirectamente la fistula, y la enferma encuentra la facultad de evacuar ó retener libremente la orina.

» Una serie de casos han suministrado la prueba de que las enfermas atacadas de estas fistulas, y cuya vagina ha sido obliterada, se encuentran muy bien, evacuando la sangre menstrual libremente por la vejiga, sin que la obliteracion artificial de la vagina las ocasione otro daño que la pérdida de este canal. La oclusion de la vagina puede obtenerse por medio de la sutura despues de haber refrescado anchamente sus bordes, ú ocasionando una obliteracion cicatricial. Si se quiere aplicar la sutura, es necesario ejecutarla de delante atras de la dilatacion anterior de la vagina hácia el recto.

» M. Simon, á quien se debe este método de obliteracion transversal de la vagina, habia perforado desde luego el recto y dicho canal; así, despues de refrescar circularmente la entrada de la vagina, comenzaba por pasar la aguja de la vagina al recto, y de aquí la volvia á la vagina; luego penetraba en la vejiga por la fistula, en seguida la conducia á través de la pared vesical á la vagina. Segun su nuevo proceder operatorio, Simon no perfora ya la vejiga y el recto, sino que conduce simplemente la aguja de delante hácia atras en el tabique intermedio. Como estas perforaciones del recto ó del tabique recto-vaginal no carecen de inconvenientes, y como M. Simon no ha podido tener casi nunca por esta sutura una cura completa por primera intencion, M. Roser ha escindido la mucosa vaginal á fin de obtener la obliteracion cicatricial consecutiva.

» El proceder operatorio para la obliteracion de la vagina sin sutura es muy sencillo. Con la pinza y las tijeras se escinde, por medio de un espéculum univalvo, un anillo de la mucosa de cerca de pulgada y media de longitud. Un hecho muy notable es la facultad de retener la orina, que á menudo vuelve inmediatamente despues de la operación. Parece que la tumefaccion que se produce en las superficies sangrientas, opera un contacto bastante íntimo para impedir toda salida de orina. Aquí no hay que temer ni retencion de coágulos sanguíneos ni catarro de la vejiga con incrustacion de las sondas ó de los hilos, como despues de la rotura de la vagina, y las operadas soportan perfectamente este tratamiento.

» *Fístula véstico-uterina.* — El tabique que separa la vejiga del cuello de la matriz está mucho ménos sujeto á desgarrarse ó á perforarse, y si estas lesiones se producen, se curan, en razon del espesor de los tejidos, con mucha más facilidad por sí mismas que lo que es posible para el tabique más delgado que separa la vejiga de la vagina. Algunas veces se ha visto despues de un

parto laborioso salir la orina del orificio uterino, pero ordinariamente se verifica en este caso la curacion de una manera espontánea, y muy rara vez se ha producido una comunicacion labiiforme entre la vejiga y el útero, una fistula vésico-uterina, propiamente dicha.

» Muchos métodos se han preconizado para el tratamiento de esta lesion; por ejemplo, el que consiste en desprender la vejiga del cuello de la matriz, operacion análoga á la que ha sido hecho por Cooper, entre el recto y la uretra, ó bien la division transversal del orificio externo, seguida de la sutura ó de la cauterizacion de la fistula situada detras del labio anterior de este orificio. Si una fistula pequeña se encuentra situada detras del orificio ó muy cerca de su borde, se puede curar por la simple cauterizacion.

» *Fistulas recto-vaginales.* — En el tratamiento de estas fistulas no hay que preocuparse del paso de la orina, y la operacion parece tener muchas más probabilidades de éxito que la de la fistula vésico-vaginal. No obstante, es preciso confesar que no siempre sucede así; porque, por poco considerable que sea la pérdida de sustancia, es bastante difícil poder aproximar las superficies refrescadas; y teniendo en cuenta que la pared posterior de la vagina es ménos extensa, ménos saliente hácia adelante y ménos movable que la anterior, es de todo punto necesario que aumenten las dificultades. Por esta razon es posible conservar aquí, cuando se puede, los colgajos autoplásticos, segun el proceder aplicado á las fistulas vésico-vaginales por M. Duboué. La reunion deberá hacerse de derecha á izquierda, en vez de hacerla de delante atras, procurando obtener la adhesion profunda por medio de la sutura de botones con puntos muy aproximados, y la superficial con la sutura metálica superficial. Los hilos se separarán del sexto al décimo dia, teniendo cuidado de sostener el estreñimiento del vientre por la administracion del opio, propinando un purgante oleoso cuando se juzgue oportuno provocar la primera deposicion, que será lo más tarde posible.»

No hay necesidad de hablar largamente de un accidente tan raro como la *fistula vésico-intestinal*, porque las circunstancias en que ocurre no tiene necesaria conexion con las enfermedades de la mujer. Yo no la he encontrado más que tres veces. En el primer caso, se hallaba asociada con una enfermedad maligna del útero; la disuria y una defecacion dolorosa existian hacia dos ó tres años, y su aparicion habia coincidido con un tumor duro situado en las regiones ilíaca é inguinal izquierdas; la salida de las materias fecales por la vejiga aparecieron cuatro meses ántes de la admision de la enferma en el hospital. En el segundo caso, la lesion sucedió á la ulceracion de los intestinos, consecutiva á una fiebre que existia hacia nueve semanas, formándose una bolsa

que se comunicaba hácia arriba con la flexion sigmoidea del cólon, y por debajo con el recto y la vejiga. La enferma murió al cabo de algunas semanas, no por efecto sólo de la enfermedad local, sino por un aniquilamiento progresivo que habia ocasionado la fiebre. En el tercer caso, se trataba de una señora jóven, en quien la supresion de los menstruos, ocasionada por el frio, provocó una inflamacion que fue extendiéndose á los anejos del útero en su lado derecho, donde se formó un tumor bien distinto. Este tumor, al principio enteramente sólido, se reblandeció poco á poco, disminuyendo de volúmen. Esta disminucion no fue acompañada de salida de pus, pero desde entónces se presentaron materias purulentas y fecales en las orinas, que continuaron saliendo durante tres semanas hasta el momento en que pude observarla. En este caso, como en los otros dos, la sensibilidad de la vejiga era tan grande, que me ví obligado á renunciar á las inyecciones de agua tibia, pero el alivio se presentó con muy sencillos medios tal como el empleo de la uva ursi, del ácido hidroclórico, y de la pareira, con la administracion del opio y de la morfina para calmar los dolores y disminuir la irritabilidad de la vejiga. En el caso de la señora jóven es donde se podia esperar la curacion; en efecto, á los dos meses se cerró la comunicacion fistulosa, y un año despues encontré á esta señora en un estado perfecto de salud, y sólo quedaba de su grave inflamacion disminuida la movilidad del útero.

No he tenido ocasion de observar nunca esos tumores *fungosos blandos*, ó excrecencias polopoides de la vejiga, cuyas relaciones con el cáncer no están todavía bien determinadas. Quizá en algunos casos de disuria que yo he tratado, los síntomas proviniesen de esta causa; pero en la actualidad no hay ningun síntoma patognomónico que demuestre su existencia; aunque tengo la costumbre en los casos oscuros de recurrir al microscopio, nunca he podido descubrir ningun tumor fungoso de la vejiga (1). Bajo este punto de vista, estas excrecencias obedecen á la misma ley que los tumores decididamente malignos de la vejiga; porque si son raros en los dos sexos, lo son suficientemente más en las mujeres que en los hombres. De diez casos de tumores fungosos de la vejiga referidos en la *Transition of the Pathological So-*

(1) La opinion generalmente adoptada, que es tambien la de Rokitansky, *op. cit.*, vol. III, pág. 460, es que todas estas excrecencias pertenecen á la clase de enfermedades malignas. Una manera de ver contraria ha sido, sin embargo, sostenida por M. Sibley, en *Transactions of Path. Society*, vol. VII, págs. 256 y 214, basadas sobre observaciones microscópicas recogidas cuidadosamente. *Gross, on the Urinary Organs*, segunda edicion. Philadelphia, 1853, pág. 324; en su opinion estas excrecencias no son de carácter maligno.

*ciety* (1), no había más que tres que perteneciesen á mujeres, y en los siete casos de afeccion carcinomatosa de la vejiga, sobre los cuales M. Lebert (2) ha fundado sus investigaciones, seis pertenecían á los hombres.

En el único caso de afeccion primitivamente maligna de la vejiga que yo he observado, la paciente era una viuda de sesenta y dos años de edad, que hacia un año que padecía un dolor en la vejiga, agravado despues de la expulsion de la orina, que era más frecuente que en el estado natural, depositando ésta un sedimento gris, y tomando un color oscuro. A menudo aparecia sangre en las orinas, algunas veces en pequeña cantidad, otras en coágulos, habiéndose presentado tres veces, ántes que yo la viese, una hemorragia vesical abundante. Hacia mucho tiempo que experimentaba dolores en el dorso, y dos meses llevaba la orina siendo siempre espesa y con un sedimento viscoso. El tratamiento no había comenzado hasta tres semanas ántes de su admision en el hospital; el cirujano á quien consultó la había introducido un catéter en la vejiga, cuya operacion fue seguida de una considerable hemorragia, que la duró bastantes dias y que no se pudo contener más que por el uso del ácido gálico.

Quando entró en el hospital, la paciente tenia todas las apariencias de una buena salud. El pulso blando y con 80 pulsaciones al minuto, la lengua estaba ligeramente cargada, y los intestinos funcionaban de una manera regular. No se sentia ningun tumor en el abdómen, pero una presion un poco fuerte inmediatamente por encima del púbis causaba dolor. El útero se hallaba elevado y pequeño; su tejido era blando y perfectamente sano. Por delante de la matriz, y empujándola en la mitad posterior de la pélvis, existia un tumor firme, irregular, que ocupaba la mitad anterior de la cavidad pelviana al nivel de la vejiga, pero bordeando el órgano en cada lado, un poco más á la derecha que á la izquierda. Esta excrecencia estaba perfectamente inmóvil y aparecia en conexion con las paredes de la pélvis, ofreciendo cierta sensibilidad á la presion. Ocupaba toda la mitad anterior del estrecho superior, pero no se prolongaba profundamente en la cavidad pelviana.

La orina estaba pálida, alcalina, cargada de moco viscoso, y examinándola con el microscopio, se descubrian cristales de trifosfato y de células de epitelio nuclear.

La enferma se alivió considerablemente por el tratamiento que se la hizo seguir durante los diez dias de permanencia en el hospital; pero á su salida de él volvió á los hábitos de intempe-

(1) Los tres casos, en las mujeres, son referidos en el vol. v., pág. 200; volúmen vii, pág. 256 y vol. xi, pág. 153; los otros, en el vol. ii, págs. 85 y 237; volúmen iii, págs. 125 y 127; vol. v, pág. 201; vol. vi, pág. 258, y vol. viii, pág. 262.

(2) *Op. cit.*, vol. iii, pág. 308.

rancia que había contraído, de cuyas resultas dió una caída, y se destrozó la cara, apareciendo una erisipela que terminó por la muerte doce dias despues de su salida del hospital. Por la autopsia se comprobó que el útero y la vagina estaban perfectamente sanos; toda la mitad posterior de la vejiga se hallaba ocupada por una excrecencia medular irregular que formaba tumor en la cavidad del órgano, parte sólido y en parte semi-líquido. La mitad anterior de la vejiga estaba enteramente sana, así como también la sustancia de los dos riñones, excepto que el uréter derecho, comprimido por la masa morbosa, había adquirido un calibre tres ó cuatro veces más considerable que el del estado normal, y el infundíbulo del riñon derecho se hallaba también enormemente dilatado.

Me parece que la historia de esta enferma reproduce exactamente la de una enfermedad maligna de la vejiga, y si su muerte no hubiese sido tan prematura, no hay duda de que la afeccion hubiera seguido su marcha habitual. Las hemorragias se hubieran reproducido, debilitando cada vez más á la paciente; el aumento del tumor hubiera ocasionado mayor dificultad á la miccion, miéntras que, adelantando la enfermedad maligna, habría aparecido el desarrollo de la caquexia cancerosa; y, en fin, bajo la accion de estas causas combinadas, la muerte hubiera sobrevenido en medio de más grandes dolores que los que ha padecido en la actualidad.

Yo creo que en muchos casos de afecciones desarrolladas primitivamente en la vejiga, como en el que acabamos de referir, hay poca tendencia á la perforacion de este órgano y á la extension de la enfermedad á la vagina. El flujo continuo de orina que se observa algunas veces en el último período de la enfermedad, no indica necesariamente la existencia de una comunicacion entre la vejiga y la vagina; es debida en parte á la invasion de la cavidad vesical por el tejido morbosos, y en parte á su extension á las paredes que no pueden ya contraerse, y, sobre todo, á la infiltracion carcinomatosa del cuello. La observacion de Kiwisch (1) es digna de repetirse aquí: « La incontinencia de orina que sobreviene en el cáncer uterino no indica necesariamente la perforacion de la vejiga, porque este síntoma es frecuentemente sólo la consecuencia de la infiltracion del cuello de la vejiga, y especialmente de la parte que corresponde al esfínter. Este anillo muscular, como no puede funcionar, el orificio vesical queda abierto y la orina corre de una manera continua. »

Aunque el diagnóstico de los tumores fungóides de la vejiga sea muy oscuro, no obstante, de ordinario la forma de la enfermedad maligna del órgano aparece muy bien marcada, y no deja

(1) *Op. cit.*, vol. iii, pág. 308.

ninguna duda sobre su existencia. El dolor y la dificultad al orinar, la frecuencia de la micción, la presencia en la orina de una cantidad considerable de coágulos de sangre, la alcalinidad habitual del líquido, el depósito de sedimentos hacen ya muy probable la existencia de la enfermedad; pero estos fenómenos no son concluyentes más que cuando se asocian con un tumor duro é inmóvil situado por delante del útero. Si el exámen vaginal nos da esas nociones positivas, como el cáncer primitivo de la vejiga es muy raro, se podría creer con mucha más razón que son los riñones el asiento de la enfermedad.

No hay tratamiento especial aplicable á la afección maligna de la vejiga. Las indicaciones que es preciso seguir son muy claras, y hasta cierto punto fáciles de llenar. Calmar el dolor por medio de los opiados, hacer á la orina ménos irritante administrando los ácidos minerales, la pareira y los demas medios de que hemos hablado en la primera parte de este capítulo; se hará guardar cama á la enferma, y así de esta manera se igualará tanto como sea posible en todas las veinticuatro horas la actividad funcional de los riñones; sostener la salud general por medio de un buen régimen y de algunos estimulantes á dosis moderadas, tal es el objeto que nos proponemos alcanzar. Cuando no hubiere ninguna duda sobre la naturaleza del tumor, se evitará con el mayor cuidado la introduccion de instrumentos en la vejiga. Si se hiciese necesario evacuar la orina, se emplearía con toda la suavidad posible una sonda elástica, pero sin estilete. Es raro, sin embargo, que en las mujeres la enfermedad produzca una retencion de orina; no obstante, yo recuerdo haber visto hace algunos años en Midelesex Hospital, una mujer en la que el cáncer se extendió á la uretra, por lo que fue necesario punccionar la vejiga por encima del púbis, operacion á la cual la enferma no sobrevivió más que algunos dias.

## CAPITULO XVI.

### ENFERMEDADES DE LA URETRA Y DE LA VAGINA.

*Enfermedades de la uretra:* congestion de la uretra; es muy penosa como padecimiento crónico; sus síntomas y su tratamiento. — Tumores vasculares del orificio de la uretra; su asiento, su naturaleza y su tratamiento. — Ulceracion de la uretra; dudas relativamente á su naturaleza sifilítica. — *Enfermedades de la vagina:* vaginitis aguda; carácter del flujo; cómo se le puede distinguir de la leucorrea uterina; su tratamiento. — Vaginitis crónica. — Vaginitis granulosa; su naturaleza. — Quistes de la vagina. — Tumores fibrosos y célula-fibrosos de la vagina. — Cáncer de la vagina.

Por una transicion natural pasamos del estudio de las afecciones de la vejiga á las de la uretra en la mujer, que, aunque relativamente ligeras, causan á menudo incomodidades serias que no son fáciles de curar.

Entre las afecciones de la uretra, una de las más comunes es un estado de *congestion de la mucosa*, que se manifiesta algunas veces bajo la forma aguda y otras en la de la forma crónica. En el primer caso se refiere, en general, á un estado análogo de las vísceras pelvianas, y se observa principalmente ya en las mujeres recién casadas, ó al principio del período menstrual, ó bien en las primeras semanas del embarazo. Este estado congestivo se traduce por una sensacion de cosquilleo y de irritacion en el orificio de la uretra, que está más roja que en el estado normal, sensible al tacto, y un poco tumefacta, y que, durante la micción, es el asiento de una sensacion de quemadura tan viva, que la enferma retiene en la vejiga sus orinas por más tiempo que de costumbre.

Esto no es más que un pequeño malestar temporal que no dura, por lo general, más que la causa que le ha producido; pero recidiva con mucha frecuencia, y conduce á la forma crónica de la enfermedad, muy difícil de hacerla desaparecer, y que vuelve con la mayor facilidad. La forma crónica de la congestion de la uretra se establece sin causa ocasional en las mujeres que han tenido muchos hijos; se refiere sin duda al desarreglo de la circu-