

ciones demasiado compactas, es de creer que la sutura resista, porque colocado al nivel del esfínter abraza un grosor bastante considerable de tejidos. Si fuese necesario cortar el hilo central, los otros dos podrían aún mantener una oclusión suficiente del esfínter. Más adelante veremos que no sucede lo mismo cuando hay rasgadura del tabique.

La perineorrafia, que se practica por rasgaduras que interesan á la vez el periné, el esfínter y el tabique, ofrece dificultades muy superiores, y con motivo de esta operación será oportuno discutir todas las operaciones que á la misma conciernen, lo mismo antes, que durante, que después del acto operatorio.

Todos los cirujanos convienen en la necesidad de que el enfermo tome un purgante en los días que preceden á la operación. En el mismo día será útil aplicarle una lavativa, pero en un momento próximo al acto operatorio, porque conviene asegurarse de que ha salido completamente todo el líquido antes de operar.

Como que esta operación es bastante larga, se hace necesaria la aplicación de los anestésicos. Recientemente en un enfermo que rehusaba el cloroformo recurrí á las inyecciones subcutáneas de clorhidrato de cocaína alrededor de la herida y á los toques con otra solución de la misma sustancia durante la operación, y la enferma la soportó admirablemente.

Ante todo debemos detenernos un momento en el refrescamiento.

Si al refrescar el espolón del tabique nos limitamos á escindir una simple tirilla de tejidos, tendremos que reunir bordes delgados y probablemente esto dará lugar á la formación de una fistula recto-vaginal; esto le sucedió á Demarquay, y era lo más frecuente, cuando se aplicaban los antiguos procedimientos. Es, pues, indispensable, como lo hice yo, creo que antes que nadie, en 1868, hacer llegar el refrescamiento hasta cierta altura, un centímetro al menos, sobre la parte intacta del tabique, disecando la mucosa vaginal (fig. 749) y respetando todo el espesor de la hoja rectal.

El refrescamiento lateral es casi el mismo en todos los procedimientos. La incisión limitatriz debe seguir, sin alcanzarla, la mucosa rectal; no es conveniente imitar á Demarquay disecando esta mucosa para dejarla libre en forma de pequeño colgajo. Las incisiones sobre el gran labio y la parte rasgada del periné circunscriben unas veces un triángulo y otras una especie de hojuela. No es conveniente extender mucho hacia arriba este refrescamiento, falta que con mucha frecuencia la cometen los operadores noveles, porque se estrecha demasiado la vulva y resultan demasiado tensas las partes. Tampoco se debe prolongar más abajo de la parte media del ano, otra falta que también se comete con frecuencia y es más grave, porque se obtura más ó menos el ano y

resulta un obstáculo á la salida de las materias y de los gases. Creo útil el desdoblamiento vaginal que, á ejemplo de Demarquay, practicamos Richet y yo. En último resultado es el refrescamiento que operan todos; sólo que, en vez de recortar toda la mucosa que cubre las partes refrescadas, conservo de ésta un pequeño colgajo del lado de la vagina, como lo hacía Malgaigne en su procedimiento del labio leporino. Opero la sutura de las partes que deben volver á formar el tabique como si este colgajo no existiese, pero aproximando y suturando estos dos colgajos opongo un obstáculo más á la infiltración de los líquidos vaginales por la herida. Aunque por cualquier accidente excepcional los hilos corten este colgajo, pues es bastante delgado, ó bien si se mortifica en parte, lo cual no lo he observado nunca, siempre habrá subsistido algunos días y durante este tiempo habrá permitido que las suturas profundas, que son las verdaderamente importantes, procuren la adhesión de las partes divididas.

Hora es ya de que nos ocupemos de las suturas. ¿Debe operarse separadamente la sutura de los bordes de la mucosa rectal, como lo hacía Demarquay, y como lo hacen Hildebrand, Hegar y Kaltenbach, Simon y yo mismo? Yo estoy decididamente por la afirmativa. No ofrece la menor dificultad; no tiene inconveniente alguno, y el que la ha visto hacer comprende desde luego su importancia. Constituye un obstáculo á la penetración de los líquidos del recto, como la sutura de los pequeños colgajos vaginales impide la penetración de los líquidos vaginales. Es asimismo superficial, y aunque no dé resultado, en nada compromete el éxito de la operación en su parte fundamental, y al contrario ha sido de la mayor utilidad en los primeros días.

¿Qué utilidad tiene el hilo rectal de Emmet? No sólo la considero problemática, sino que afirmo que este hilo más bien perjudica cuando se trata de una rasgadura importante del tabique. Yo lo he aplicado y hasta considero que una vez ha sido causa del mal resultado de la operación, por lo cual no lo emplearé más en tales circunstancias. En efecto, este hilo cierra en parte el ano, que no puede ya dilatarse en el caso de que deban ser expulsadas materias algo sólidas. Emmet no niega este hecho, porque es evidente, y en este caso, dice, el cirujano debe intervenir colocando al enfermo en la posición del espéculum, deprimiendo la parte cóxigea del ano y con el dedo ó una cuchara debe quitar las materias que se presentan. Aparte de que esta manipulación es desagradable, exige la presencia del cirujano, y como quiera que la necesidad de defecar puede sobrevenir á cualquier hora, no está al arbitrio del enfermo evitar ó suspender esta manifestación. Comúnmente, pues, la defecación se efectuará sin la intervención del cirujano. Si se trata de una perineorrafia por ruptura del esfínter

solamente, el inconveniente no es de gran importancia. Apoyado por los puntos de sutura el esfínter resistirá á la rasgadura; pero las cosas cambian si se trata de una perineorrafia por ruptura del esfínter y del tabique. Resistiendo el esfínter y no pudiendo las materias salir fácilmente por el ano, la parte inferior del recto se dilatará y el tabique sufrirá enérgica distensión, y como que éste es delgado, con seguridad cederá, se rasgará sobre los hilos, y las materias no pudiendo salir por el ano saldrán por la vagina. El periné habrá resistido, pero se habrá producido una fisura recto-vaginal más extensa, es decir, la operación no habrá dado ningún resultado. Para tales casos desecho la sutura de Emmet, considerada por algunos como un gran progreso.

En una perineorrafia completa hay que reunir dos partes distintas: el tabique recto-vaginal, siempre bastante delgado, y la parte perineal, que forma un triángulo cuya base está en el periné y el vértice en el tabique con el cual se continúa. Por lo que respecta al tabique recto, vaginal, todos los procedimientos son análogos; pues lo mismo cuando se aplica uno solo, que cuando se aplican dos ó tres planos de sutura (vaginal, media y rectal), los hilos son siempre colocados transversalmente de derecha á izquierda. Pero no sucede lo mismo respecto del triángulo perineal: los unos, como Hegar y Kaltentbach, colocan por el lado de la vagina suturas transversales y análogas suturas en el periné, al paso que los otros, como lo hice yo en mi procedimiento de 1868, colocan por el lado de la vagina algunas suturas transversales, y en el periné suturas transversales superficiales y además dos ó tres suturas á la vez ántero-posteriores y transversales, en el sentido de que, aunque corriendo de derecha á izquierda, una de ellas sobre todo llegan hasta el tabique aproximándolo á la superficie perineal, y otros, en fin, como Emmet é Hildebrand no colocan en el periné más que suturas ántero-posteriores, algunas de ellas llegando hasta el tabique (Emmet), ó dejando todas su asa al descubierto por el lado de la vagina. No he visto aplicadas las suturas del procedimiento de Hildebrand; no obstante me parece que la coaptación debe ser menos perfecta y menos sólida. En cambio conozco perfectamente los efectos de la sutura principal del procedimiento de Emmet, de la que va desde el periné al tabique, por cuanto mucho antes que Emmet, quien ni siquiera habla de ella en su libro de 1879, la practiqué yo en 1868 y la describí en 1869. Pues bien, he de declarar aquí que, tratándose de rasgaduras completas, cedo á Emmet mi procedimiento de sutura, porque en estos casos, por un mecanismo que explicaré más adelante, este hilo resulta más perjudicial que útil. Únicamente es bueno y útil en las rasgaduras que no van más allá del esfínter. Esto me conduce á hablar de las incisiones liberatrices de Dieffenbach y de los hilos

transversales destinados á sustituirlas. Estas incisiones están hoy día casi completamente abandonadas, lo cual es un error. Cuando para poner en mutuo contacto los dos lados del periné, á veces separados desde muchos años (he operado enfermas cuya rasgadura databa de seis, siete y hasta diez años atrás), se hace necesario ejercer cierta tracción con los hilos, es de temer que el periné se rasgue sobre éstos, aunque hayan sido colocados á gran profundidad lejos de la superficie refrescada, y no se puede tener seguridad del éxito sino aflojando los tejidos por medio de dos incisiones laterales, una á cada lado del periné, incisiones que, para el objeto á que están destinadas, no es necesario que sean profundas. No siempre son útiles, y por consiguiente muchas veces puede prescindirse de ellas, pero otras veces son indispensables.

Se ha tratado de sustituirlas por hilos de plata penetrando á 1, 2 y hasta 3 centímetros de la línea media, pasados profundamente hasta cerca del tabique con una gruesa aguja curva con mango y apoyados al exterior en una chapa de plomo, sonda ó tubo de Galli. También yo he apelado á este medio, pero no me ha satisfecho, lo he abandonado, lo tengo por inaceptable y voy á decir por qué. Este hilo, corriendo de la superficie de la piel hacia las partes profundas, describe una curva cuyo vértice convexo corresponde al tabique y la concavidad mira al periné; si conserva la forma cóncava, á pesar de la tracción que se opera por sus extremos, es por la resistencia de los tejidos; pero la tumefacción inflamatoria que inevitablemente se desarrolla, separa más las chapas y éstas, tirando de los cabos del hilo, aumentan su tensión, y por otra parte la ligera inflamación de los tejidos los hace friables y se dejan dividir por la tensión del propio hilo. Cuando los tejidos profundos resisten suficientemente, la piel se ulcera y hasta á veces se mortifica debajo de las chapas. Pudiera objetarse á todo esto que, al sujetar los hilos, arrastran hacia adelante los tejidos que atraviesan y por consiguiente aquéllos quedan en una dirección perfectamente rectilínea. Esto quizás sea cierto, pero en este caso los tejidos así dislocados tienden á recobrar su primitiva posición y por un mecanismo idéntico son divididos por el hilo. Lo que principalmente importa es aproximar el periné al tabique, que se ha retraído hacia arriba, y por esto tuve la idea de que al menos uno de los hilos del periné llegase hasta el tabique, y en este mismo sentido obran las incisiones liberatrices, permitiendo al periné ascender hacia el tabique, y tienen ventajas sobre el hilo, porque éste tiende á dividir los tejidos que rodea.

En resumen, después de haber practicado muchas perineorrafias, no me cansaré de aconsejar el procedimiento que describí en 1869 y en mi anterior edición de 1877, modificado, como he dicho ya, por la supresión del hilo que va del periné al tabique á

través de las partes refrescadas. No obstante, me siento dispuesto á emplear, para la rasgadura completa, el hilo que Emmet aplica en la rasgadura incompleta, y el cual, atravesando los grandes labios por encima del refrescamiento (fig. 756), aparece libre dentro de la vagina y atraviesa la parte sana é intacta del tabique á uno ó dos centímetros de la parte refrescada y suturada.

Por bien hecha que sea una perineorrafia, no puede dar buen resultado sin el concurso de ciertas precauciones, y con este motivo hemos de examinar aquí algunos puntos que no dejan de tener su importancia. El primero se refiere á la conducta que debe observarse con respecto á las deposiciones. ¿Conviene evitar que el enfermo evacúe? Muchos cirujanos, después de haber administrado purgantes antes de la operación, después de ella dan el opio con el fin de evitar toda evacuación ventral. Esta es la práctica que yo he seguido durante mucho tiempo, pero hoy la he abandonado, porque de todos modos es muy incierto el resultado.

Indudablemente esto sería lo mejor siuviésemos la seguridad de evitar toda deposición durante los diez primeros días; pero desgraciadamente no la tenemos y frecuentemente al sexto ú octavo día los deseos de obrar se hacen imperiosos é irresistibles. A causa de la astricción artificial, no se presentan al ano materias más ó menos blandas, sino una masa cilíndrica, á veces voluminosa y dura, que vence todas las resistencias y rompe el periné ó el tabique y á veces los dos á la vez. Considero, pues, preferible dejar que las cosas sigan su curso normal y aún mejor procurar que las deposiciones sean blandas, aunque no diarreicas, usando algunos laxantes suaves. La herida rectal, se dirá, quedará bañada de líquido; esto es cierto, pero lo mismo sucede en la operación de la fistula véstico-vaginal con la parte vesical de la herida aunque se deje colocada la sonda. Por lo demás, si se han aplicado algunos puntos de sutura rectal, será mayor la resistencia de los tejidos.

Otra circunstancia atendible es la presencia de los gases y la necesidad de expulsarlos. Para que sea posible su evacuación, es necesario que el ano no esté demasiado cerrado, lo cual sucede con la sutura esfinteriana de Emmet, asimismo peligrosa bajo este punto de vista cuando ha sido necesario reconstituir el tabique hasta cierta altura. A este fin, se ha aconsejado la aplicación de una cánula dentro del recto; pero es un medio peligroso por diferentes conceptos. En primer lugar, la cánula excita las contracciones del esfínter, y luego, si es expulsada, podrá suceder que el que cuida al enfermo, al tratar de reaplicarla por falta de destreza, desgarré el tabique. Es, pues, preferible prescindir de este recurso.

Las opiniones son también diversas tocante á la emisión de la orina. ¿Conviene dejar que la enferma orine libremente? ¿será mejor practicar el cateterismo cada vez ó dejar la sonda colocada? Si la

enferma puede orinar libremente, es preferible permitírsele así, pero á veces no le es posible. No me gusta la aplicación de la sonda permanente, porque á veces provoca irritación, y únicamente apelo á este recurso cuando ninguna de las personas que asisten al enfermo sabe practicar el cateterismo.

Igualmente aconsejo abstenerse de todo lavado exterior, de practicar inyecciones vaginales y de aplicar enemas, pues todos estos medios tienen más inconvenientes que ventajas, porque lo que principalmente importa es que nada venga á interrumpir las exactas relaciones de las partes suturadas; únicamente se echará mano de estos recursos cuando se consideren de absoluta necesidad.

Al sexto día pueden quitarse los hilos perineales, y los demás se quitarán después del octavo. Durante todo el tiempo que tarde en hacerse la cicatrización, será conveniente mantener los muslos aproximados por medio de una toalla colocada alrededor de las rodillas.

Mucho se ha debatido la cuestión de si puede operarse inmediatamente después del parto. Roux quería que se aguardase la cicatrización completa de las superficies de la rasgadura; Nélaton aconsejaba retardar la operación á lo menos algunos días, hasta que la herida estuviese cubierta de mamelones carnosos. Es necesario proceder así cuando existen escaras, y será bueno recordar que la sutura ha sido eficaz sin refrescamiento hasta el oncenno y el duodécimo día.

Cuando la rasgadura es reciente, dos ó tres puntos de sutura, pues que el refrescamiento es entonces inútil, son casi siempre suficientes; pero si el cirujano es llamado á intervenir cuando los labios de la rasgadura se han cicatrizado ya separadamente y es indispensable hacer el refrescamiento y operar una verdadera perineorrafia, es conveniente, como diré al hablar de la fistula véstico-vaginal, esperar que las partes dejen de estar bajo la influencia de las modificaciones propias del estado puerperal.

#### X. — Fistulas recto-vaginales

Como acabamos de ver, estas fistulas son á menudo la consecuencia de ciertas operaciones de perineorrafia; algunas veces sucede también que el tabique se desgarró aisladamente durante los esfuerzos del parto, y, finalmente, esta fistula puede ser consecuencia de un absceso.

J. Cloquet dice haber curado con P. Dubois una fistula de 15 milímetros de diámetro, á beneficio de muchas aplicaciones sucesivas

del cauterio actual. También Amussat alcanzó buen éxito del empleo de los cáusticos en una fistula por la cual podía penetrar una pluma de ave; pero los hechos de esta naturaleza son excepcionales y, al contrario, casi siempre la sutura es indispensable.

La sutura simple ha sido empleada por Saucerotte y Plácido Portal. La operación del primero se frustró por completo; el segundo se vió obligado á completar el tratamiento á beneficio de siete cauterizaciones. En su consecuencia se ha creído necesario añadir á la sutura algunas incisiones destinadas á evitar la tirantez de las partes.

*Procedimiento de Jobert.*—Colocada la enferma como se ha dicho, un ayudante armado de un espéculum acanalado levanta la pared superior de la vagina. Si la fistula queda con esto suficientemente á la vista, basta coger sus bordes con unas pinzas dentadas, para poderlos refrescar con las tijeras ó el bisturí. Cuando está situada á demasiada profundidad, se hace necesario atraer el tabique recto-vaginal al exterior, ya sirviéndose de erinas ó pinzas, ya, lo cual es preferible, haciendo que un ayudante introduzca un dedo en el recto, y encorvándolo en forma de gancho conduzca el tabique hacia la vulva. Después de refrescados los bordes, se los reune por sutura entrecortada, armando cada hilo con dos agujas curvas, que, introducidas por el recto tomando por guía dos dedos colocados en el interior del mismo para protegerlo, van á atravesar los labios de la herida. Finalmente, después de bien cerrada la sutura, el operador practica á los lados de la vagina dos incisiones verticales, dirigiendo el bisturí hacia afuera y atrás para evitar la herida del recto. Estas incisiones deben ser un poco más prolongadas que la fistula misma, y su efecto consiste en destruir la tensión de sus bordes. En caso necesario, podríamos practicar incisiones transversales por encima y por debajo de la fistula.

*Apreciación.*—Las fistulas recto-vaginales se han operado por tres procedimientos diferentes: por la vagina, por el recto y dividiendo el periné. La operación por el recto es mucho más difícil por la poca dilatabilidad del esfínter y la mayor vascularidad de la mucosa rectal, que al mismo tiempo es menos resistente que la de la vagina, y por consiguiente es un procedimiento que no debe emplearse.

La sección del periné se ha practicado algunas veces, particularmente por Simon, para facilitar el refrescamiento y la reunión de la fistula. Unicamente es aceptable cuando el periné está más ó menos rasgado ó cuando no han dado resultado anteriores tentativas de reunión. Tenemos, pues, que conviene operar por la vagina. Es necesario practicar un refrescamiento bastante ex-

tenso á expensas de la mucosa vaginal, haciendo correr los hilos por el espesor del tabique, pero sin penetrar hasta el recto. Conviene no olvidar que la vagina se desliza mucho en sentido vertical, y por consiguiente si la forma de la fistula lo permite, se pasarán los hilos paralelamente al eje de la vagina para que resulte transversal la línea de reunión.

#### XI. — Fistulas véscico-vaginales

Las fistulas véscico-vaginales pueden provenir de muchas causas, entre las cuales hemos hecho notar ya la talla vaginal; pero las más de las veces suceden á un parto laborioso durante el cual la cabeza del feto ha permanecido mucho tiempo comprimiendo la vejiga contra el pubis. Están generalmente situadas en la línea media, algunas veces existen dos, una en el centro y otra en uno de los lados, ó bien una en cada lado. Su forma es muy variable, más lo es todavía su extensión: desde una aberturita imperceptible, hasta una enorme cloaca que puede llegar á comprender todo el tabique véscico-vaginal.

Una grave complicación consiste en que uno de los uréteres ó los dos se abran en el borde del labio superior. Sería de desear que se pudiese conocer previamente esta circunstancia; pero la retracción de la vejiga, cuando no desempeña en toda su integridad las funciones de reservorio, aproxima los uréteres al cuello vesical y altera las nociones que habrán podido deducirse de su distancia normal. En un caso en que la fistula media de amplitud 3 centímetros y de altura 2 y empezaba á 3 centímetros del meato urinario, Collin encontró en la autopsia que el uréter derecho se abría enteramente en el borde de la lesión, y el izquierdo un poco más arriba hacia la vejiga.

Esta retracción de la vejiga lleva consigo otro fenómeno muy útil para el éxito de la operación, el cual consiste en el engruesamiento de la pared véscico-vaginal, que llega hasta 6 y 8 milímetros en donde no ha sufrido alteración por cicatrices.

Por último, es un dato anatómico importante para el tratamiento de las fistulas con pérdida de sustancia, el de que la vejiga esté en relación con la cara anterior de la matriz en la altura de más de 3 centímetros entre el punto más elevado de la vagina y el fondo de saco del peritoneo. Dividiendo la pared de la vagina al nivel de su unión con la pared anterior del cuello uterino, se penetra primero en un tejido celular bastante apretado que une entre sí la vejiga y la matriz, y un poco más arriba se encuentra un tejido celular laxo, que fácilmente se despega con el dedo y permite

inclinan la vejiga hacia adelante ó atraerla hacia abajo para cerrar la pérdida de sustancia. En esto consiste lo que Jobert llama *cistoplastia por deslizamiento*.

Muchos son los medios que se han ensayado contra las fistulas véstico-vaginales. No hay que hablar de la *confrontación* simple, operada por Desault con un tapón y por otros con aparatos más ó menos complicados; la *cauterización*, empleada contra las fistulas más pequeñas, quizá jamás ha conseguido cerrar ninguna. La *sutura*, que estaba destinada á desempeñar aquí un brillante papel, comenzó por una serie tal de fracasos, que Vidal (de Cassis) llegó á proponer la *obliteración de la vagina*, y el mismo Jobert llegó á creer necesario cerrar la fistula por medio de un colgajo tomado del grande labio y de la nalga, procedimiento al cual dió el nombre de *elitroplastia*. Más tarde, viendo que los fracasos excedían todavía á los buenos éxitos, volvió á la sutura directa, pero procurando en las fistulas más anchas reparar la pérdida de sustancia por medio de la *cistoplastia* por deslizamiento, y para las fistulas menores, prevenir la tirantez de los tejidos por diversas incisiones practicadas cerca de la sutura, nueva aplicación del método de Celso. Aquí nació verdaderamente una nueva era para las fistulas véstico-vaginales, tanto que pudieron ser colocadas desde luego en la categoría de las lesiones curables. Finalmente, estos mismos éxitos han originado la duda de si estas incisiones serían siempre indispensables, y los cirujanos americanos, después de haber impreso notables modificaciones al procedimiento, han acabado por emplear exclusivamente la sutura simple. Voy á describir, pues: 1.º *el procedimiento de Jobert*; 2.º *la sutura por el procedimiento americano*; 3.º me ocuparé sucintamente de la *obliteración de la vagina*, recurso extremo tan sólo aplicable á las fistulas absolutamente incurables.

*Procedimiento de Jobert.*—Echada la enferma en su cama transversalmente con los muslos doblados y separados, el cirujano introduce la canal que sirve para deprimir la pared posterior de la vagina, y después de haber deslizado el índice izquierdo á lo largo de la pared anterior, entre este dedo y la canal, conduce hasta el cuello uterino unas largas pinzas de Museux. Se implantan éstas en el cuello en dirección opuesta al diámetro mayor de la fistula, es decir, á los lados si ésta es longitudinal y por delante y por detrás si es transversal; pero procurando siempre que quede enteramente libre la inserción anterior y lateral de la vagina al cuello del útero. Hecho esto, se retira la canal, y después, á beneficio de regulares tracciones, se atrae el cuello todo lo posible hacia abajo hasta que la fistula aparece á la vista del operador.

Desde este momento, se puede proceder al refrescamiento de la

fistula. Para esto, se coge uno de sus labios con las pinzas de diente de ratón, y con el bisturi agudo ú obtuso, ó con las tijeras, se le refresca en el grado conveniente; este refrescamiento debe alcanzar todo el espesor de la pared véstico-vaginal, escindiendo toda la porción de tejidos callosos á fin de que resulten dilatadas superficies cruentas en buenas condiciones de vitalidad.

Con esponjas se quita la sangre, ó bien se practican inyecciones de agua fría por la uretra y por la vagina para cohibir la hemorragia, y se pasa desde luego á la aplicación de los puntos de sutura.

Siempre y cuando haya sido posible conducir la fistula al borde de la vulva, se introducirá la aguja de lleno por la cara vaginal, y después de haber penetrado en la vejiga, atacará al otro labio por la cara vesical para salir nuevamente por la vagina.

De este modo se aplican algunos puntos de sutura sin multiplicarlos demasiado; en general se los puede colocar á un centímetro de intervalo. Se los cierra moderadamente de manera que los labios de la herida lleguen á estar simplemente en contacto; y por lo demás, antes de practicar los nudos, será bueno aproximar los labios de la fistula tirando de los cabos de los hilos desde el exterior. Para asegurarse de que es suficiente el número de suturas aplicadas, basta tomar una sonda de mujer y ver si pasa por alguno de sus intervalos; al mismo tiempo se puede ensayar si una inyección introducida en la vejiga sale por la vagina; después de esto, se sujetan los hilos á beneficio de un nudo doble y se acaba cortándolos cerca de los nudos. Una inyección practicada en la vejiga debe salir por completo por la sonda. Después de este ensayo se retiran las pinzas de Museux, se aplican inyecciones frías en la vagina para hacer salir la sangre que en ella se haya derramado, y con esto queda terminada la operación propiamente dicha. Falta tan sólo colocar en la vejiga una sonda permanente, procurando no chocar con la pared que se acaba de suturar, y se concluye introduciendo en la vagina un tapón de yesca, á fin de que absorba la sangre que pueda derramarse después de la operación.

Otros cirujanos habían ensayado el colocar la mujer en decúbito prono, y también sobre los codos y las rodillas, reemplazando los hilos vegetales por otros metálicos. Estas tentativas, que durante mucho tiempo fueron consideradas como simples frivolidades, han renacido en el procedimiento americano.

Este procedimiento se distingue, en parte, por otras innovaciones más importantes: así, por ejemplo, los hilos de las suturas en los otros procederes pasaban por el interior de la vejiga, y Hayward ha establecido el precepto de dejar la mucosa vesical fuera de la sutura; asimismo se aplicaban generalmente gruesos hilos dobles,

y Hayward ha insistido en sustituirlos por hilos tan finos como la seda de dentista, y Marion Sims ha introducido el empleo de hilos de plata cuyo volumen no exceda del de una crin de caballo. Finalmente, Bozeman ha aproximado las suturas dejando menos de 5 milímetros de intervalo. Cada operador ha añadido pequeñas

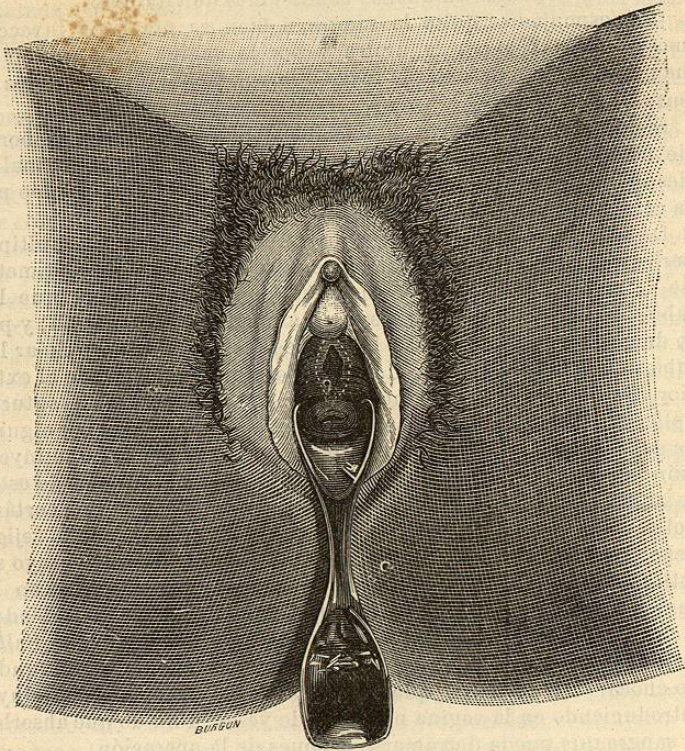


FIG. 760

Fistula véscico-vaginal.—Aplicación del espéculum americano

modificaciones personales á estos puntos esenciales de la operación, pero el procedimiento mejor combinado hasta el presente parece ser el de Bozeman.

2.º *Procedimiento de Bozeman.*—Los instrumentos que se necesitan son muchos; á cada tiempo de la operación indicaré los que le corresponden.

La enferma debe colocarse apoyada en los codos y las rodillas, con la pelvis elevada y la cabeza inclinada y más baja que aquélla. La pared posterior de la vagina será sostenida y rechazada hacia atrás por medio de un espéculum metálico en forma de canal profunda, provista de un mango encorvado y muy largo, y confiado á un ayudante, que lo coge con toda la mano, tomando punto de apoyo en el dorso de la mujer. Esta canal es de cobre plateado, para que refleje toda la cantidad de luz posible sobre la pared anterior y por consiguiente sobre la fistula; á favor de esta luz, se procede inmediatamente al refrescamiento.

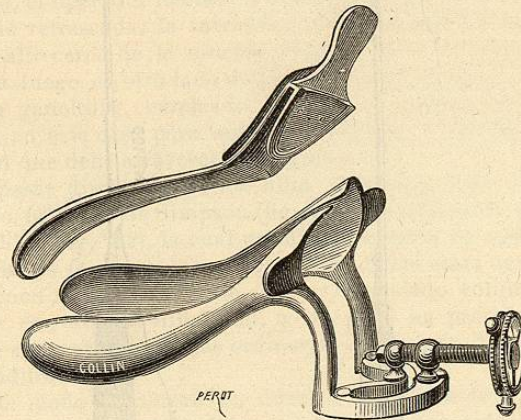


FIG. 761

Espéculum trivalvo de Bozeman

Después de 1861, Bozeman introdujo algunas modificaciones á su procedimiento. Cuando se trata de una fistula extensa, empieza por dilatar la vagina durante muchas semanas seguidas, aplicando tapones cuyo volumen aumenta de un modo progresivo, y sustituye un espéculum univalvo (fig. 760) por otro trivalvo, que puede quedar reducido á sus dos valvas laterales, las cuales se separan considerablemente por la acción de un tornillo (fig. 761).

El refrescamiento se opera levantando los tejidos por medio de las pinzas de diente de ratón, y en donde no es posible aplicarlas, con un pequeño ganchillo agudo; para la disección y escisión, nos servimos de bisturíes finos de mango largo, encorvados por el borde, y de largas tijeras curvas por el plano y por el filo á la vez, y con las ramas acodadas para que se las pueda poner en acción sin ocultar las partes á la vista del operador.

El refrescamiento no debe llegar hasta la mucosa vesical; pero en cambio, se le da bastante extensión sobre la mucosa vaginal, de la cual se llega á escindir á veces hasta una zona de 10 milímetros y más todavía todo alrededor de la fistula. Se empieza por



FIG. 762  
Aguja pasador



FIG. 763  
Aguja de Simpson

refrescar la parte de cicatriz más inmediata á la vejiga, procediendo lentamente, por pequeños cortes, cogiendo uno después de otro cada punto de la cicatriz, recogiendo con la esponja la sangre que fluye y levantando alguna que otra vez los tejidos con una pequeña espátula curva para hacernos bien cargo de la extensión del refrescamiento; cuando éste comprende por completo el fondo

de la fistula, se pasa á la escisión de la mucosa vaginal. Los detalles de esta descripción indican que se trata en realidad de una operación minuciosa, y de la perfecta ejecución de ésta depende todo el éxito; así es que á veces se emplea en ella una hora y aún más.

Para colocar los puntos de sutura, nos servimos de la aguja curva ordinaria; pero los hilos metálicos no se pasan directamente. Cada aguja lleva un hilo doble de seda, en cuya asa, que queda al exterior, se fija el hilo de plata para ser conducido por el primero á su sitio correspondiente. Colocada la aguja en un porta-agujas ordinario, el operador la clava á unos 5 milímetros del borde de la superficie refrescada, la introduce oblicuamente de manera que vaya á salir cerca de la mucosa vesical, pero sin llegar á ella, y atraviesa luego el otro lado de la división en sentido inverso. El pequeño ganchillo, empleado ya para el refrescamiento, sirve también en este caso para sujetar el tabique vésico-vaginal en el punto en que debe atravesarlo la aguja.

Para pasar directamente los hilos metálicos, hase propuesto y ensayado la aguja de Simpson (fig. 763), últimamente modificada por Mathieu (fig. 762), la cual permite el empleo de agujas de las más variadas formas y corvaduras. Pero todas estas agujas tubulares tienen el inconveniente de ser demasiado voluminosas, de penetrar con alguna dificultad, y por esto ha prevalecido en la práctica el empleo de agujas ordinarias cortas y en diversos grados de corvadura.

De este modo se colocan un número suficiente de hilos de seda á intervalos de 4 y 5 milímetros, procurando que estas distancias sean iguales para todos, y que todos se encuentren también á igual distancia de los bordes de la herida, á fin de que los esfuerzos de tracción recaigan por igual sobre todos los puntos. Estos preceptos son las reglas generales de toda sutura bien practicada.

A medida que queda pasado cada uno de los hilos de seda, se confían los cabos á un ayudante, y una vez colocados todos, se procede á sujetar en sus asas respectivas los hilos metálicos, que son conducidos uno tras otro en su lugar correspondiente, retirando los de seda.

Sólo falta ya cerrar las suturas. En primer lugar, para aproximar los bordes de la herida, Bozeman tiene un instrumento especial llamado *ajustador de la sutura*, que consiste en una larga varilla de acero que termina en un pequeño disco aplanado y agujereado en el centro.

En este agujero introduce el cirujano los dos cabos de cada hilo, y mientras que con la mano izquierda los sujeta, con la otra mano hace deslizar el disco hasta la herida, procurando así la confrontación exacta de sus bordes, é imprimiendo al mismo tiempo á los