

hilos la forma de un anillo que sólo falta cerrar. Entonces se necesita ya un nuevo instrumento: antes de la operación se habrá procurado preparar dos ó tres pequeñas planchitas de plomo de un milímetro de espesor, de la extensión y forma que deberá ofrecer la herida después de coaptada, y deprimidas en el centro á fin de no hacer presión sobre los labios de la herida; Bozeman llama á esta pieza *botón*. En el momento á que hemos llegado de la operación, el cirujano practica con un taladro en esta planchita tantos agujeros como puntos de sutura haya aplicado, hace pasar por cada agujero los dos cabos de cada asa, y empuja la planchita hasta ponerla en contacto con la pared vaginal, á la cual la adapta

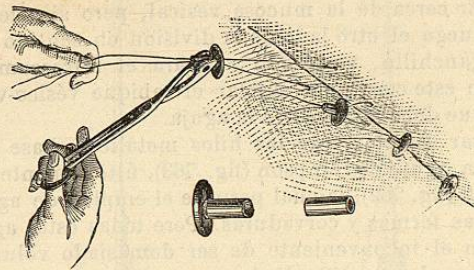


FIG. 764

Modo de aplicar y cerrar los tubos de Galli (modificados por L. Le Fort)

por medio de un pequeño ganchillo especial denominado por Bozeman, *ajustador del botón*.

Por último, aplicando á estos hilos tubos de plomo análogos á los de Galli, los empuja hasta la planchita y los aplasta con un gatillo; recoge en seguida los hilos de cada lado y los corta, con lo cual queda terminada la operación. Se vuelve la enferma á su cama y se deja en la vejiga una sonda permanente de metal en forma de S itálica, provista de muchos agujeros en su extremidad vesical y terminada en canal por la exterior.

No se deben quitar los hilos hasta pasados nueve ó diez días. Para esto, se coloca de nuevo la enferma apoyada en los codos y las rodillas, y una vez elevada la pared vaginal posterior como en el momento de la operación, con unas largas tijeras curvas, se cortan los hilos más allá del anillo de plomo. Desde este momento será fácil retirar la planchita y después de haber enderezado con largas pinzas planas los cabos salientes de los hilos, se los atrae suavemente al exterior. Todavía la enferma debe permanecer en cama con la sonda colocada unos doce días, después de los cuales podrá levantarse.

*Apreciación.*—Aunque en cierta época muchos cirujanos quisieron poner en duda las curaciones completas obtenidas por Jobert, no obstante no puede negarse que las obtenía con bastante frecuencia. Sin embargo, este procedimiento es tan inferior al americano, que hoy día está completamente abandonado, y si he conservado la descripción, ha sido más bien para evidenciar la diferencia que existe entre los dos modos operatorios, que no para inducir á los cirujanos á ponerlo en práctica.

Bajo el importante punto de vista de la mortalidad, el procedimiento de Jobert, con su refrescamiento que llega hasta la vejiga y sus incisiones liberatrices, era mucho más expuesto que el procedimiento americano. En 147 operaciones practicadas desde 1835 hasta 1860, Jobert cuenta 26 casos de muerte; resulta una mortali-

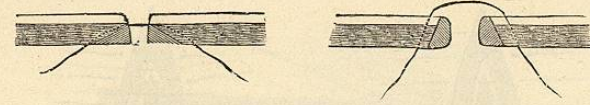


FIG. 765

FIG. 766

PARTES INTERESADAS POR EL REFRESCAMIENTO

Procedimiento americano

Procedimiento de Jobert

dad de 17 por 100, mientras que la del procedimiento actual parece que no pasa de 3 á 4 por 100.

Respecto de los casos sin resultado, son incomparablemente menos frecuentes que empleando el procedimiento ordinario. La curación es la regla; se la obtiene frecuentemente con la primera operación y son pocas las fistulas, por complicadas que sean, que no curen con operaciones repetidas.

Así es como he podido curar una, después de seis operaciones, faltándole casi toda la parte anterior de la vagina hasta el cuello uterino, siendo así que debía empezar por rehacer el conducto de la uretra. El procedimiento de *Jobert* sería insuficiente ante tales desperfectos.

La principal diferencia que existe entre los dos métodos la constituye el modo como se practica el refrescamiento. En el procedimiento de Jobert (fig. 766), el refrescamiento comprende á la vez la mucosa vaginal (teñida de gris en la esquema) y la mucosa vesical (representada por el espacio blanco de la figura), de manera que el asa del hilo corresponde al interior de la vejiga. Pues bien, por una parte, la mucosa vesical, que da sangre con suma facilidad y es muy irritable, es interesada; y por otra, en caso de división de los tejidos comprendidos por la sutura, como que ésta penetra hasta el interior de la vejiga, se establece una pequeña fistula que



reproduce la enfermedad; éste es el resultado más común de este accidente. En el procedimiento americano, el refrescamiento interesa únicamente y en una extensa superficie la mucosa vaginal, pero la mucosa vesical es y debe ser absolutamente respetada, con lo cual se evitan, por consiguiente, la hemorragia y la inflamación de la vejiga, consecuencias demasiado frecuentes de la herida de la mucosa, y por fin, si los hilos dividen los tejidos que comprenden, es mucho menos probable la reproducción de la fistula.

La posición que se da á la enferma en el procedimiento americano facilita mucho la operación.

La posición sobre los codos y las rodillas no es nueva, se había ensayado y fué desechada entre nosotros. Pone más claramente

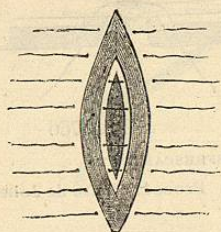


FIG. 767

Suturas simples

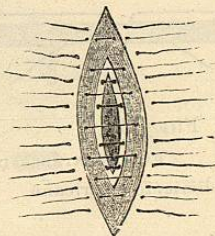


FIG. 768

Suturas en dos capas

de manifiesto las partes sobre las que se ha de operar, sobre todo si se emplea el espéculum reflector; es mucho menos molesto practicar la disección de arriba abajo que de abajo arriba, y el peso de las vísceras, inclinando la vejiga hacia el ombligo, hace que su pared anterior no se introduzca en la abertura de la fistula. Pero, por otra parte, esta posición es tan penosa para la operada, que Marion Sims no tiene inconveniente en que la mujer se eche de lado cuando se siente demasiado fatigada. La sustitución de los hilos de seda por los metálicos es también notablemente ventajosa, porque los tejidos soportan mucho mejor estos últimos, y por consiguiente, es mucho menos fácil la división de las partes comprendidas por los hilos; pero no puedo dejar de llamar la atención sobre un hecho que pasa desapercibido á pesar de su grande importancia. Cuando se colocan los puntos de sutura del modo ordinario (fig. 767), es decir, únicamente en la profundidad de la herida, y se cierran los hilos, el primer efecto de la constricción consiste en aproximar entre sí los dos bordes de cada lado de la herida, gracias al fruncimiento que sufre la superficie refres-

cada: de manera que, en vez de poner en contacto dos extensas superficies cruentas, resultan dos superficies muy estrechas. Lo que conviene es que las dos superficies refrescadas se pongan en mutuo contacto en toda su extensión, y que los dos labios de la herida se pongan en relación como las dos páginas opuestas de un libro cerrado. Para obtener este resultado, que en éste como en todos los casos es de la mayor importancia, coloco dos líneas de suturas, una profunda (fig. 768), que va hasta la circunferencia interior de la superficie refrescada, ó hasta cerca del borde profundo de la herida y sale en un punto relativamente apartado del borde exterior de cada labio de la misma (la figura 768 no indica esta disposición con la suficiente claridad). Esta línea de suturas está destinada á confrontar la porción profunda de la herida; para

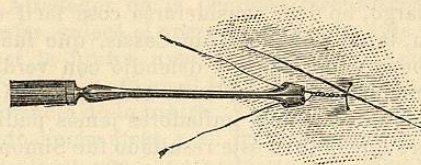


FIG. 769

Ajustador de Coghill

fijarlas, no podemos valernos de otro medio que de los tubos de Galli colocados en cada uno de los extremos de los hilos, á no ser que se prefiriese emplear la sutura enclavijada; porque, reunir juntos los dos extremos de un mismo hilo, sería exponernos al inconveniente que tratamos de evitar. Una vez colocadas y cerradas todas las suturas profundas, la herida toma una forma lineal, y las partes superficiales de sus dos labios quedan todavía separadas una de otra; por esto se las reúne á beneficio de una segunda línea de puntos de sutura que no comprende más que una delgada capa de tejidos colocada á lo largo de los bordes y no comprendiendo más que la parte superficial y circunferencial de la superficie refrescada. Las últimas suturas se fijan del modo ordinario por medio del tuerce-hilos de Coghill (fig. 769).

Una vez cerrados los hilos, ¿es necesario practicar un desbridamiento sobre la mucosa vaginal, como lo hacía Jobert en todos los casos?

Siempre y cuando la reunión pueda tener lugar sin tirantez, limitarse á la sutura es la práctica más racional; pero cuando esta tirantez resulte manifiesta, que nadie se oponga á ello, porque sería ponerse en manifiesta contradicción con los principios elementales de la cirugía. La indicación de suprimir la tirantez en la



confrontación de las heridas es una de las que sería más imprudente violar.

Con respecto á la aplicación de una sonda permanente, es bastante general la opinión de proscribirla, y por mi parte he renunciado á ella. Es inútil, porque no impide que la orina llegue á la vejiga, ya que no es posible dar salida á este líquido á medida que fluye de los uréteres, y es perjudicial, porque no puede dejar de serlo un cuerpo extraño colocado permanentemente dentro de una vejiga predispuesta á la inflamación. Prefiero practicar muchas veces al día el cateterismo, para evitar así la distensión de dicho reservorio.

3.º *Obliteración de la vagina.*—Esta operación, justamente excluida del tratamiento de las fistulas curables, viene á ser como un recurso extremo para aquellas que ninguna operación podría curar. Sin embargo, no debe considerarse cosa fácil el conseguir esta obliteración, tanto que Vidal de Cassis, que fué el primero que aconsejó, puso en práctica y defendió con verdadero entusiasmo esta operación, murió dudando todavía de la posibilidad del éxito, porque, ni él ni sus imitadores jamás pudieron conseguirlo. El primero que obtuvo este resultado fué Simon (de Darmstadt), en 1856, y después de él ya se multiplicaron los casos de buen resultado.

Puede ensayarse la obliteración en los casos de fistula véscico-uterina, obliterando el cuello del útero; de las fistulas véscico-útero-vaginales, suturando el labio anterior de la fistula vaginal con el posterior del útero, es decir, rechazar el cuello del útero dentro de la vejiga, y en los casos de fistulas véscico-vaginales inoperables, obliterando la vagina ó la vulva. Para producir las adherencias, podemos recurrir á la cauterización ó al instrumento cortante, es decir, al refrescamiento con sutura.

La cauterización, empleada por Vidal, Velpeau, Monod, Lenoir, Dieffenbach, Verneuil y Galliet para obliterar la vagina, ha fracasado constantemente; es, pues, un medio del que debemos prescindir, y que únicamente pudiera emplearse para obliterar pequeños orificios resultantes de una tentativa de oclusión vaginal ó vulvar que, después de las operaciones cruentas, hubiese quedado incompleta en algunos puntos.

A. *Obliteración del cuello uterino ó histero-kléisis.*—Se incide por cada lado el hocico de tenca á fin de obtener hacia los ángulos dos superficies cruentas; luego se escinde de las caras anterior y posterior un colgajo de mucosa y se practica la sutura por los procedimientos ordinarios.

B. *Oclusión de la vagina dejando el cuello uterino dentro de la*

*vejiga.*—Esta operación consiste en el refrescamiento del labio anterior ó vaginal de la fistula, refrescamiento del labio posterior del cuello cerca de la inserción de la vagina al nivel del fondo de saco posterior, y sutura consiguiente de los dos puntos refrescados. Por consiguiente el producto de la menstruación se derrama directamente dentro de la vejiga.

C. *Oclusión de la vagina á beneficio de colgajos autoplásticos.*—Bérard practicó todo alrededor de la vagina y por detrás de los pequeños labios una incisión circular; disecó y desprendió el labio posterior de esta incisión á fin de obtener un colgajo en forma de diafragma, colgajo que, invertido hacia atrás, su cara cruenta miraba al centro de la vagina, mientras que la epidérmica se correspondía con las paredes vaginales por detrás de la parte refrescada. Alrededor de la pequeña circunferencia libre de este colgajo circular, colocó el operador una sutura de puntos pasados, introdujo por la uretra una sonda de Belloc, cuyo botón vino á salir por la vagina, y ató en él los dos cabos de hilo para hacerlo salir por el orificio de la uretra. Tirando de estos hilos, el colgajo fué conducido hacia atrás y se frunció como la abertura de una bolsa, formando un cono hueco abierto por delante, mientras que hacia su vértice las superficies cruentas se pusieron en mutuo contacto. Las superficies de que fué desprendido el colgajo circular de mucosa, fueron mantenidas en mutuo contacto á beneficio de la sutura enclavijada. La enferma de Bérard sucumbió. Le Dentu, en vez de un colgajo circular, cortó dos laterales y semilunares, pero se gangrenaron. Courty, por el contrario, consiguió el objeto cortando los dos colgajos de las caras vesical y rectal de la vagina.

D. *Refrescamiento y sutura de las paredes vaginales.*—Simón refresca toda la circunferencia de la vagina en una altura de 2 á 3 centímetros, y reúne entre sí las paredes anterior y posterior por puntos de sutura bastante aproximados. En cuanto puede, refresca la cara vaginal del borde anterior de la fistula y la sutura con la pared posterior refrescada de la vagina. La sutura se practica en dirección transversal.

E. *Refrescamiento y sutura de la vulva.*—Esta operación consiste en practicar todo alrededor del anillo de la vulva y por dentro de los pequeños labios dos incisiones paralelas, que circunscriben un colgajo anular; se escinde este colgajo y se reúnen por sutura las superficies refrescadas.

F. *Sutura de la vulva y formación de una fistula recto-vesical.*—En



un caso de fistula véscico-vaginal y vagino-rectal, con obliteración casi completa de la vagina y extensa destrucción del cuello de la vejiga y de la uretra, Baker-Brown emprendió una serie de operaciones sucesivas con objeto de completar la obliteración de la vagina, haciendo de manera que la enferma expeliese por el ano las heces y las orinas. En 1851, Maisonneuve practicó expresamente una fistula recto-vaginal después de haber obliterado la vulva, esperando que el esfínter del ano retendría las orinas que debían salir por este orificio; pero la nueva fistula se obliteró espontáneamente, y la enferma sucumbió á consecuencia de una punción practicada con objeto de establecer una fistula perineal.

*Apreciación.*—La obliteración de la vagina ó de la vulva en casos de fistulas véscico-vaginales inoperables por los procedimientos ordinarios, está destinada á librar á la enferma de una deplorable deformidad. Sin duda que es muy penoso el tener que suprimir las funciones de la generación, pero serán pocas las mujeres que vacilen entre estas dos alternativas. La elección entre los procedimientos debe hacerse en vista de la naturaleza y profundidad de las lesiones, pero debemos hacer todo lo posible para que la reunión tenga lugar en el punto más posterior que permitan las circunstancias. La sutura vulvar no sólo tiene el inconveniente de suprimir toda posibilidad de copulación, sino que lleva consigo el más grave todavía de fracasar más á menudo que la oclusión vaginal. La intenté una vez, en 1872, en una enferma del hospital Lariboisière, y para conseguirlo, tuve necesidad de practicar tres operaciones parciales. En 13 casos reunidos por Le Double, se cuentan 3 sin resultado, 2 muertos y únicamente 8 curaciones. A esto debemos añadir que la oclusión de la vulva expone todavía más que la de la vagina á la formación de cálculos urinarios en el interior de este conducto. La oclusión vaginal no ha dado más que 3 casos sin resultado y 3 muertos en 78 operaciones. La reunión transversal es con mucho preferible á la vertical, lo cual tiene fácil explicación en el hecho de que las paredes anterior y posterior son las que en el estado normal están en mutuo contacto y no las laterales. Las seis tentativas de reunión por cauterización que se han practicado, todas han sido inútiles, con lo cual queda hecho el proceso de este procedimiento. Respecto de la creación de una fistula recto-vaginal, es un procedimiento que por mi parte lo rechazo, porque si la orina puede pasar desde la vagina al recto, es lógico temer que las materias fecales líquidas pasen á su vez á la vagina. Resulta de aquí que el procedimiento que merece la preferencia es la oclusión transversal de la vagina practicada en el punto más alto posible.

## XII.—Fistulas entero-vaginales

La comunicación del intestino delgado con la vagina, de cuyo accidente, aun siendo raro, Petit ha podido reunir en su Memoria de 1882, 31 casos, es casi siempre el resultado de una perforación del fondo de saco posterior de la vagina ó del conducto cervical durante el parto. Esta ruptura va seguida de la hernia de una asa intestinal, que, si no es reducida, puede gangrenarse y dar lugar á la formación de un ano anormal ó de una fisura estercorácea. En el caso de Gunzius, 1744, la hernia vaginal fué abierta por un cirujano que la tomó por un absceso. En el caso de Colman de Norwich, 1879, fué debida á la salida de un feto, producto de una preñez extra-uterina, por el fondo de saco posterior de la vagina. En el caso de Davey, 1835, la perforación de la vagina y del intestino fué consecutiva á una enteritis aguda y probablemente á una peritífilitis, porque la comunicación anormal existía en el ciego. En la observación de Ashwell, 1845, la abertura fué consecutiva á un flemón de la pequeña pelvis. Por lo anómalo citaré el caso referido, en 1845, por el *Dublin Journal*, de una mujer que sufrió la ruptura de la vagina en el acto del parto y un médico (!) atrajo al exterior diez y nueve pies de intestino, que luego otro médico los reseco. Pero lo más extraordinario del caso es que la mujer no murió hasta diez y siete días más tarde.

Diferentes veces Breitzmann, en 1844, ha observado la curación espontánea de las fistulas estercoráceas entero-vaginales, y cuatro meses después del accidente ha observado esto mismo Kiwisch, en 1843. Se ha podido conseguir esto á beneficio de simples cauterizaciones con el nitrato de plata hechas por Dahlmann. La curación del ano anormal es, al contrario, un hecho rarísimo, pero lo ha observado Mac Keever, en 1820, en muy singulares condiciones. La enferma, cinco días después del parto, vió salir de la vulva un metro y medio de intestino que se esfaceló produciéndose un ano anormal. No obstante, se produjo un nuevo embarazo, con el cual disminuyó gradualmente la cantidad de materias salidas por la vagina y finalmente tuvo lugar la curación.

Han intentado un tratamiento curativo Mac Keener, Dahlmann, Demarquay y Skinner, que consistía en taponar la vagina para obligar á las materias á pasar por el recto, pero el resultado fué nulo.

Bartels y Gussenbauer han ensayado, sin ningún resultado, la cauterización con el hierro candente.

La oclusión de la vagina por la sutura la practicó Jennings, pero el enfermo murió al quinto día.



En 1828, Roux, con intención de restablecer por sutura la continuidad del intestino, practicó la laparotomía, disecó las adherencias que sujetaban al intestino cerca de la abertura vaginal, suturó los dos cabos aislados, los reintrodujo en el vientre y cerró la herida. La enferma murió, y la autopsia demostró que Roux había seccionado el extremo estomacal del intestino delgado; pero en vez de seccionar el cabo rectal de este intestino, había seccionado el colon descendente. Además había unido el extremo estomacal del intestino delgado con el estomacal del colon, de modo que el extremo rectal ó periférico del intestino delgado continuaba abriéndose en la fistula, en donde desembocaba el contenido del extremo estomacal del ileon por el intermedio del colon y por un trayecto retrógrado, al paso que el extremo rectal del colon se abría libremente dentro del vientre.

En 1826, Casamayor, teniendo á su cuidado una mujer de 42 años, trató de establecer una comunicación directa del intestino delgado con el recto. A este fin mandó construir una pinza especial, de la cual una de las ramas se introdujo por la vagina en el extremo superior del intestino y la otra por el ano en el recto. Manteniendo aproximadas las dos ramas, determinaron la escarificación de los tejidos cogidos y las materias salieron á la vez por la vagina y el ano. Cuando era de esperar que se consiguiese la curación, desgraciadamente la enferma, no curada aún, murió de pleuro-pneumonía.

Verneuil y Otto Weber trataron este ano anormal como el que se abre al exterior. Verneuil introdujo en los dos extremos del intestino una pinza de pólipos obrando á manera de enterotomo; dejándola colocada durante once días. Por desgracia la inflamación determinó la oclusión del extremo inferior y la operación no dió ningún resultado.

Otto Weber fué más afortunado. Tratábase en su caso de una mujer de 23 años cuya vagina había sido desgarrada por la mano poca diestra de un comadrón, resultando de ello una hernia intestinal y un ano anormal. Weber aplicó á los dos extremos del intestino un enterotomo de Dupuytren modificado para seccionar el espolón. Al tercer día empezaron á pasar por el ano las materias. El enterotomo estuvo colocado durante seis días. El orificio se redujo poco á poco hasta un centímetro de diámetro. Weber no había obtenido, pues, más que un resultado parcial. Después de la muerte de este eminente cirujano, Heine continuó el tratamiento aplicando nuevamente el enterotomo, refrescando después los bordes de la herida vaginal, suturándola, con lo cual después de algunos incidentes obtuvo una curación completa.

Como se ve, los casos son poco numerosos, pero de ellos parece deducirse que en tales circunstancias el plan curativo preferible es la enterotomía primero y la sutura después.

## ARTÍCULO III

## DE LAS OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN EL ÚTERO Y SUS ANEXOS

## I.— Del cateterismo del útero

*Anatomía.*—Las dimensiones de la cavidad del útero, hasta en estado normal, son muy variables. Según Guyon, en las vírgenes ofrece en general de 45 á 50 milímetros de altura; en las mujeres que han usado del coito, de 48 á 55 milímetros; en las que han parido de 55 á 60 milímetros; pero durante las épocas menstruales esta altura aumenta de 5 á 10 milímetros. De la altura total corresponden á la cavidad del cuello de 26 á 29 milímetros en la edad de la pubertad, después de muchos embarazos, le corresponden de 21 á 28, para volver entre 14 y 24, después de la menopausia.

El orificio externo del cuello ú *hocico de tenca* en las vírgenes

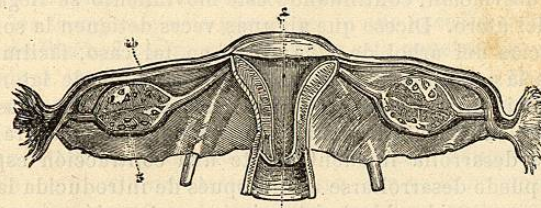


FIG. 770

## SECCIÓN DEL ÚTERO Y DE SUS ANEXOS

1, Cavidad del útero.—2, conducto de la trompa.—3, ovario.—4, cavidad del cuello uterino y vagina

ofrece una hendidura de 6 á 8 milímetros; el diámetro de ésta es doble en las mujeres que han tenido hijos, y vuelve á estrecharse en la vejez. Antes del embarazo, el orificio interno ofrece un estrechamiento de 3 á 4 milímetros de diámetro por 5 ó 6 de longitud; y en las que han tenido hijos, es siempre mucho más estrecho que el externo. Entre los dos se extiende la cavidad del cuello, que mide de 5 á 8 milímetros en diámetro transversal, mientras que sus paredes están en mutuo contacto de delante atrás. En estas dos paredes se percibe una eminencia vertical que tiene ramas