

CAPÍTULO X.

FÍSTULAS DE LOS ÓRGANOS GENITALES DE LA MUJER.

Definición.—Como resultado de ciertos procesos traumáticos y morbosos, puede destruirse la continuidad de las paredes vaginales y uterinas, estableciéndose una comunicacion anormal con las vísceras adyacentes. A los conductos abiertos de este modo se ha dado el nombre de fistulas.

Variedades.—Estas fistulas ponen á la vagina ó al útero en comunicacion con alguna víscera inmediata, haciendo las veces del canal escrotor de esta, ó con alguna parte vecina, como el peritóneo, la vulva, ó el tejido areolar de la pélvis. Sus variedades han recibido las siguientes denominaciones :—

Fistulas urinarias.

- Fístula vésico-vaginal ;
- Fístula uretro-vaginal ;
- Fístula vésico-útero-vaginal ;
- Fístula vésico-uterina ;
- Fístula uretro-uterina ;
- Fístula uretro-vaginal.

Fistulas fecales.

- Fístula recto-vaginal ;
- Fístula entero-vaginal ;
- Fístula recto-labial.

Fistulas vaginales simples.

- Fístula peritóneo-vaginal ;
- Fístula períneo-vaginal ;
- Fístula vaginal ciega.

Fístulas Urinarias.

Las fistulas urinarias pueden presentarse en cualquier parte de la superficie anterior del conducto genital, intermedio entre la vulva y el

fondo del útero. La Fig. 42 representa los puntos en que se observan comunmente.

Fístula vésico-vaginal (2).—Esta comunicacion entre la vagina y la vejiga, bien sea en el trigono de esta, ó en su base inferior, ora interesa los tejidos en tan corta estension que apénas puede introducirse en ella un estilete fino, ora destruye por completo el tabique vésico-vaginal. La abertura puede afectar una forma oval, angular, lineal ó elíptica ; y sus bordes pueden ser gruesos ó delgados, blandos ó duros, lisos ó ásperos, pálidos ó vasculares.

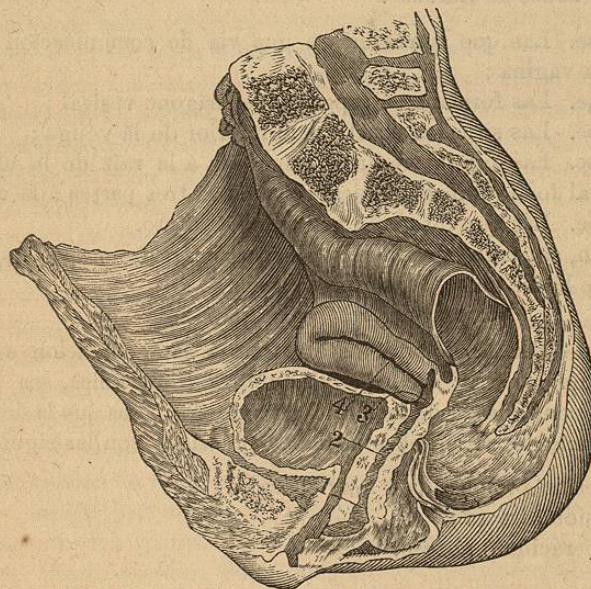


FIG. 42.—Variedades de fistulas urinarias: 1. Fístula uretro-vaginal ; 2. Fístula vésico-vaginal ; 3. Fístula vésico-útero-vaginal ; 4. Fístula vésico-uterina.

Fístula uretro-vaginal (1).—Esta se parece á la anterior, con la particularidad de que la destruccion de tejido que la ha determinada interesa la pared de la uretra, y no la de la vejiga.

Fistulas vésico-uterinas (4).—Son aquellas en que existe una comunicacion directa entre la vejiga y el útero, mas arriba del punto de union con la vagina.—De consiguiente, esta última no se halla interesada, y la orina, entrando en el útero, se escapa por el orificio del cuello.

Fistulas vésico-útero-vaginales (3).—Son aquellas en cuya produccion hay lesion del útero y de la vagina, como se ve imperfectamente en el número 3 de la Fig. 42. En el punto de union vaginal hay una perforacion de la vejiga, pero no penetra hasta la cavidad del útero.

Fórmase en la pared de este último un canal, por el cual la orina llega á la vagina. Jobert fué el primero que describió correctamente las dos últimas formas de fistulas; dividiendo la vésico-útero-vaginal en dos clases; superficial, y profunda. En la primera se forma un canalículo en la superficie vesical del cuello uterino; y en la segunda, la orina se escapa á través del cuello, el cual ha sido destruido, en mayor ó menor estension, por el desprendimiento de escaras. En la forma primera la lesion es principalmente vesical y uterina, estendiéndose apénas á la vagina; miéntras que en la otra, afecta á tres órganos: la vagina, el útero, y la vejiga. El Dr. Bozeman ha clasificado como sigue todas estas variedades de fistulas:—

- 1ª Clase. Las que consisten en una via de comunicacion entre la uretra y la vagina;
 - 2ª Clase. Las formadas á espensas del trígono vesical;
 - 3ª Clase. Las situadas en el fondo inferior de la vejiga;
 - 4ª Clase. Las que interesan al trígono y á la raíz de la uretra; al trígono y al fondo inferior vesical; ó á estas tres partes á la vez;
 - 5ª Clase. Las que interesan el cuello del útero.
- Existen, sin embargo, en algunos casos fistulas múltiples, sin que sea posible hacer una clasificacion especial.

CAUSAS.—Dará evidentemente origen á esta condicion cualquiera influencia que, por su accion vital, química ó mecánica, sea capaz de destruir la continuidad de las paredes vaginales. Las que la determinan mas comunmente, segun observaciones prácticas, son las siguientes:—

- 1ª. Presion prolongada ó muy enérgica;
- 2ª. Lesion directa;
- 3ª. Ulceracion ó abceso.

La *presion*, que es mas comun que las otras dos causas mencionadas, se produce generalmente por la cabeza del niño, cuando permanece demasiado tiempo en la pélvis durante el parto. Esta es, sin duda alguna, la causa mas fecunda del accidente, el cual, sin embargo, puede ser consecutivo á un parto rápido en que la vagina haya experimentado una presion muy violenta contra algun punto de la pélvis. Semejante presion causa la necrosis de la parte del canal interesada, en donde hay en lo sucesivo una falta de tejido que constituye una fistula. La presion ejercida por la cabeza del niño da lugar al proceso necrósico, de la misma manera que se producen las escaras por decúbito en una persona que se mantiene demasiado tiempo en la misma posicion, sucediéndose los fenómenos en el órden siguiente: trastorno y retardo de la circulacion, nutricion defectuosa, y muerte local. O bien se establece una vaginitis puerperal que sigue una marcha violenta, y despues de algunas semanas de duracion termina por la gangrena.

La existencia de una fistula suele manifestarse por un flujo involuntario de orina tres ó cuatro dias despues del parto; ó inmediatamente despues de este, si la lesion ha sido ocasionada por el uso de instrumentos. Por el contrario, puede suceder que la eliminacion de la escara, que es causa directa de la falta de tejido y los resultados de esta, no se verifique hasta mucho mas tarde, cuando, disipado todo temor tal vez, se crea que el caso sigue lo mejor del mundo. En un caso observado por Jean Louis Petit, los síntomas de fistula se presentaron al cabo de un mes; en otro, referido por Jobert, se encontró la escara á la entrada de la vagina veinte y dos dias despues del parto; en otro, segun Adler, de Iowa, á los veinte y nueve dias el desprendimiento de la escara aun no se había efectuado por completo; y Agnew, de Filadelfia, vió otro en que tuvo lugar á los veinte y un dias.

Los pesarios, los cálculos vesicales, las acumulaciones fecales, etc., pueden convertirse, aunque rara vez, en causas productoras de fistulas.

Lesion directa.—Puede determinar la fistula una rasgadura ó contusion de las paredes vaginales, ocasionada por el empleo del forceps, ó durante la craneotomía. Si es innegable que estas operaciones, practicadas inhábilmente ó con descuido, pueden producir una fistula, no lo es ménos que no pocas desgracias se les han atribuido que en realidad han sido acarreadas por el retardo de su empleo, segun las pruebas que de ello poseemos actualmente. En muchas ocasiones en que, despues de haber permitido la prolongacion del segundo tiempo del parto, hasta hallarse irremediamente consumida la vitalidad de ciertas partes de la vagina, é inaugurado el proceso gangrenoso, se recurrió al forceps ó la craneotomía, se creyó ver en estos la causa de una fistula. Perdiéndose de vista, en tales casos, la verdadera influencia morbífica,—la presion prolongada y violenta,—los instrumentos empleados, siendo agentes mas patentes y palpables, pasan por haber determinado la lesion. Todo práctico debe comprender perfectamente la verdad respecto á este asunto, pues de lo contrario cualquier ignorante podría ponerse á salvo de una merecida reprobacion, echando la culpa al médico consultor mediante cuyos esfuerzos se salvó la vida de la madre y la de su niño; ó bien un operador esperto puede ser víctima de un fallo injusto en un tribunal.

En una memoria sobre este asunto, comunicada por Mr. I. Baker Brown¹ á la *London Obstetrical Society*, en 1863, se encuentran los datos siguientes: “Respecto de las causas de la fistula vésico-vaginal, en 47 de las 58 mujeres recibidas en el *London Surgical Home*, el parto duró mas de 24 horas, y en 39, como 36 horas, ó mas; en 7, dos dias; en 16, tres; en 3, cuatro dias; en 2, cinco; en 2, seis, y en 1, siete dias.

“En solo 29, ó sea cabalmente la mitad del número total, de los casos se emplearon los instrumentos; en solo 4 de los 29 duró el parto ménos de veinte y cuatro horas; y, si se exceptúan 7 casos, hacía cuan-

¹ *Obstet. Trans.*, vol. v., p. 23.

BIBLIOTECA
DE MED. U. N. B.

do ménos 36 horas qua había empezado el parto cuando se usaron los instrumentos.

“En solo 24 de los 58 ocurrió la lesion durante el primer parto; en 7, durante el segundo; en 5, durante el tercero; en 4, durante el cuarto; en 6, durante el quinto; en 2, durante el sexto; en 5, durante el octavo; en 1, durante el noveno; en 1, durante el décimo tercio; en 1, durante el décimo quinto; y de 2, no se halla mencion.”

“La estadística que precede prueba que es la prolongacion del parto la que causa la lesion, y no el uso de instrumentos, ni las deformidades de la pélvis.”

“De lo dicho se deduce necesariamente, que la fistula véstico-vaginal muy rara vez, ó quizás nunca, ocurriría, si se impidiese la prolongacion del parto, cuya circunstancia merece la atenta consideracion del partero práctico.” La esperiencia de los doctores Sims,¹ Emmet, y Bozeman,² viene al apoyo de la de Mr. Brown, y puede aceptarse como concluyente la comprobacion de estos cuatro prácticos, puesto que su campo de observacion ha sido probablemente tan vasto como el de cualquiera otra autoridad contemporánea.

Es un hecho notable que cuando se ha establecido de propósito una fistula véstico-vaginal con el bisturí, con el fin de procurar alivio en los casos de cistitis crónica rebelde, es difícil mantener aquella abierta. Aun á pesar de la introduccion de cuando en cuando de la sonda, estas aberturas tienden tan obstinadamente á cerrarse por sí mismas, que es necesario poner en ellas una especie de boton, con objeto de impedir un resultado que en semejantes circunstancias no es de desear. Este caso parece semejante al de la perforacion del tímpano, la cual, cuando es causada por un instrumento, se cierra con rapidez; al paso que muchas veces es imposible conseguir igual resultado si la abertura ha sido producida por una enfermedad.

Dieffenbach³ observó, hace como treinta años, un caso de fistula véstico-vaginal debido á la presencia de un cálculo vesical que complicaba el parto; y Baker Brown⁴ menciona otro ejemplo de la misma naturaleza en 1861.

Ulceracion, ó abceso.—Una ulceracion cancerosa, sífilítica, ó fagedénica es capaz de destruir las paredes vaginales; ó la abertura de un abceso en la vagina y otra víscera ó parte inmediata, puede establecer una comunicacion entre ellas. Una vez, en la autopsia de una mujer que había muerto de una diarrea profusa, en que las materias fecales habían pasado por la vagina, descubrí una comunicacion entre el *caput coli* y aquel canal.

El tabique véstico-vaginal se vé frecuentemente destruido por una enfermedad cancerosa; pero estas fistulas apenas llaman la atencion,

¹ Gardner's Notes to Scanzoni, p. 503.

² Agnew, Vesico-Vaginal Fistula.

³ Med. Record, t. i., p. 321.

⁴ Ob. cit.

por cuanto son irremediables y acompañan una afeccion que termina rápidamente por la muerte. Por último, ciertas enfermedades que dan lugar á una nutricion defectuosa, como, por ejemplo, las fiebres continuas, pueden ocasionar gangrena de las paredes vaginales ó una ulceracion fagedénica.

SÍNTOMAS.—Los síntomas y signos prominentes de las fistulas urinarias pueden reunirse en tres categorías: 1ª, los que se manifiestan por un flujo característico; 2ª, los que provienen de la irritacion producida por dicho flujo en la parte sobre que pasa, y 3ª, los revelados por el exámen físico.

A veces es tan escesivo el derrame de la orina, que anula la necesidad de su salida por las vias naturales; y otras la secrecion se evacúa parte por el conducto excretor, y parte por la abertura anormal. Este síntoma suele presentar variaciones estrañas. Cuando la uretra es el asiento de la fistula, la vejiga puede llenarse sin que ocurra pérdida alguna, efectuándose esta por la vagina en el acto de orinar. En algunos casos el paso de la orina cesa en la posicion horizontal, porque la presion de los intestinos sobre la pared anterior de la vejiga, estrechándola contra el fondo, determina el cerramiento de la abertura; y en otros casos, situada la fistula por encima del orificio de los uréteres, tiene lugar el derrame cuando se acuesta la enferma, y cesa cuando esta se pone de pié.

El paso de las materias fecales por un canal y sobre una superficie que la naturaleza no ha destinado para tolerarlo, produce una accion inflamatoria, prurito, erupciones, y una irritabilidad escesiva. En casos de fistulas urinarias, la vulva y los muslos presentan generalmente rubicundez y escoriaciones, y están cubiertos de una erupcion vesicular. La vagina se encuentra algunas veces cubierta de concreciones urinarias, y el cuerpo de la enferma despiden un olor estremadamente desagradable.

Es de presumirse que, andando el tiempo, se deteriorará la salud general, presentándose el histerismo, la clorosis, ú otras perturbaciones.

SIGNOS FÍSICOS.—Cuando el orificio de la fistula es grande, la naturaleza y estension del mal se revelarán por lo regular mediante un exámen superficial por el tacto, colocada la enferma en el decúbito dorsal; pero sucede lo contrario con las fistulas muy pequeñas, las que suelen burlar la investigacion mas atenta. Para descubrirlas debe emplearse el spéculum de Sims, y en muchos casos será conveniente, ántes de introducirlo, colocar á la mujer sobre las rodillas y el pecho, (*knee-elbow position*), en vez de disponerla en la posicion lateral, y hacer que los ayudantes separen con las manos las nalgas y los labios. Si la abertura es sumamente pequeña, no se descubrirá, aun por este método, y entónces se inyecta agua en la vejiga, observando atentamente el derrame del líquido en la vagina. De este modo se logra descubrir á veces

BIBLIOTECA
MUSEO DE MEDICINA

un orificio capilar precisamente en el punto de union de aquel conducto con el cuello del útero. Con este objeto Kiwisch, Meyer, Veit, y otros, han usado agua teñida con sustancias que le den un color vivo, pudiendo emplearse una infusion de añil, de rubia, ó de grana. Una vez descubierta la abertura, la sonda y el dedo revelan fácilmente el curso, estension y embocadura de la fistula.

COMPLICACIONES.—Las complicaciones que estas fistulas desarrollan son: la vaginitis, la vulvitis, las estrecheces de la uretra y de la vagina, y algunas veces la metritis catarral, ó una flegmasía peri-uterina; pero la mas constante é importante es la formacion de bridas que contraen la vagina y que con frecuencia es necesario dividir ántes de hacer ninguna tentativa operatoria.

PRONÓSTICO.—Antes del año de 1852, era eminentemente desfavorable el pronóstico de todos los casos en que, como sucede en las fistulas véstico-vaginales, recto-vaginales, y véstico-útero-vaginales, el conducto genital hacía las veces de canal escretor; pues es muy raro que en aquellas tenga lugar la curacion espontánea, y los métodos de tratamiento hasta entónces conocidos, desanimaban por su ineficacia. En 1860 el Dr. Sims¹ refirió lo siguiente: “De 261 casos de fistulas vaginales (vesicales y rectales), se ha efectuado en 216 una curacion permanente por medio de la sutura con hilos de plata; 36 son susceptibles de curacion, y 9 incurables. Es curable todo caso en que la operacion es practicable y no existe vicio alguno constitucional que impida la reunion. El buen éxito es la regla, y el malo la escepcion.”

Este dictámen, emitido hace catorce años, ha sido plenamente confirmado por la esperiencia adquirida desde entónces por los médicos; y puede hoy aceptarse como esacto relativamente al pronóstico de todas las fistulas de los órganos genitales de la mujer, ménos las véstico-uterinas, en que la solucion de continuidad se halla fuera del alcance de la intervencion quirúrgica.

HISTORIA.—No data sino del siglo XVI la historia de este asunto, al cual Ambrosio Paré llamó entónces la atencion de los médicos, proponiendo un método curativo. Antes del descubrimiento del fórceps, debe haber sido muy comun el accidente, puesto que en aquellos tiempos los partos laboriosos no se hallaban bajo el imperio del facultativo, cuyo único recurso consistía en unos instrumentos de craneotomía mal confeccionados y por sí mismos muy á propósito para causar dislaceraciones. Son tan palpables y penosos los síntomas que caracterizan su existencia, que no se necesita ser médico para diagnosticarla, ni era posible que un solo caso de alguna gravedad escapara á la observacion. Y, sin embargo, es curioso de referir, que de muy pocas de las

¹ Gardner's Notes to Scanzoni, p. 515.

enfermedades de las mujeres, hicieron los antiguos ménos caso que de esta. Aun el flemon del tejido celular de la pélvis, y otras afecciones que no llamaron la atencion de los médicos de nuestros dias sino poco tiempo há, se hallan citados con toda claridad por los autores de la escuela griega; y esta, á la vez tan molesta, tan enemiga del bienestar y tan imperiosa en exigir alivio, apénas ha sido mencionada. Es verdad que Hipócrates alude de paso al flujo involuntario de orina que sigue á los partos laboriosos, pero sus observaciones sobre la materia son escasas y carecen de interés.

No pretendo haber hecho un estudio profundo de las obras de los griegos y de los romanos, y baso las observaciones que preceden principalmente en el hecho de que Aecio y Pablo de Egina, los dos grandes compiladores de aquellos tiempos, no traen mención del asunto. La obra de Aecio sobre las enfermedades de las mujeres (Tetrabiblos IV) está compuesta de citas tomadas de Sorano, Leonidas, Rufus, Filagrio, Asclepiades, y de todos los autores célebres cuyas obras se hallaban en la biblioteca de Alejandría, teatro de sus trabajos. Ninguno de ellos se contrae á la afeccion; nada respecto á ella contienen las obras de Pablo Egineta, aunque enriquecidas con abundantes anotaciones por el Dr. Adams, su traductor; y tampoco han encontrado nada sobre ella los que han examinado las obras de los árabes. Es indudable, pues, que tocante al tratamiento de la lesion, nada se debe á los autores de las escuelas griega, árabe, ó romana.

Empezando por el siglo XVII, citaré únicamente á los que hayan hecho adelantos en el tratamiento, sin esforzarme en consignar los nombres de aquellos que han publicado curaciones, ó recomendado métodos de cura que mas tarde no se encontraron eficaces.

Antes de entrar en la reseña histórica que sigue, llamaré la atencion del lector sobre dos hechos interesantes que allí se demuestran. Se observará, que durante algunos siglos se han venido haciendo esfuerzos sistemáticos, continuos y perseverantes para hacer enteramente curable tan repugnante enfermedad, y que, como ha sucedido tantas veces con otros grandes descubrimientos, diferentes investigadores han seguido el mismo plan hasta obtener finalmente el buen éxito. Despues que se ha hecho un descubrimiento, siempre es fácil indicar los elementos que constituyen su buen éxito, y aun seguir el órden de los racionios que han conducido á la aplicacion de cada uno de aquellos respectivamente. Ahora bien, los elementos necesarios al buen resultado del tratamiento de la lesion que nos ocupa eran, á no dudarlo, los tres siguientes:—

- 1º. El modo de poner la fistula al alcance de la vista y de la manipulacion;
- 2º. Una sutura que permaneciese fija sin causar inflamacion;
- 3º. El modo de evacuar la orina durante la cura.

Se verá cómo, desde el momento en que Paré sugirió un método de tratamiento, los cirujanos se valieron para su ayuda de esos tres medios

BIBLIOTECA
DE MED. U. M. P.

de cura, pero separadamente, empleando quien uno, quien otro, y quien dos de ellos en combinacion, sin que ninguno aplicara los tres al mismo tiempo, hasta la época de Gosset, en 1834.

En 1570 Ambrosio Paré aconsejó cerrar la fistula véscico-vaginal por medio de un *retináculo*. En 1660, Roonhuysen, de Amsterdam, empleó un *spéculum*, con cuyo auxilio avivaba los bordes de las fistulas, uniéndolos con una aguja. En 1720, Voelter, de Wurtemberg, recomendó una aguja, porta-aguja, sutura con hilo de cáñamo ó de seda, y una algalia. En 1792, Fatio, de Basilea, practicó con la sutura entortillada, colocando á las enfermas en la posicion de litotomía. En 1804, Dessault usó un tapon vaginal, manteniendo una algalia en la vejiga. En 1812, Naegelé, de Wurtemberg, escarificó con tijeras los bordes, y empleó agujas y la sutura entrecortada para aproximarlos. En 1825, Lallemand, de Francia, aplicó el nitrato de plata á los bordes de la fistula, verificando su aproximacion por medio de una sonda erina introducida por la vejiga; con cuyo método, de quince casos curó cuatro. En 1829, Roux, tambien de Francia, ensayó la sutura entortillada, con barritas metálicas é hilo comun. En 1834, Gosset, de Lóndres, combinó la posicion sobre las rodillas y el pecho, el *spéculum* elevador del periné, las suturas metálicas, y la sonda mantenida permanentemente en la vejiga. En 1836, Beaumont usó la sutura enclavijada.¹ En 1837, Jobert (de Lamballe) recurrió á la autoplastia, trasplantando un colgajo de los labios, las nalgas, ó los muslos. En 1838, Wutzer, de Bonn, colocó á sus enfermas en el decúbito abdominal, refrescando las paredes de la fistula, aproximándolas por medio de alfileres de insectos, y la sutura en figura de un 8; y para esponer á la vista la fistula, el periné fué sostenido con un gancho, y separados los labios por los ayudantes. En 1839 y 1840, Hayward, de Boston, (Estados Unidos,) citó tres casos curados por la avivacion de los bordes y reunion por la sutura de hilo de seda. Este cirujano, al avivar no solamente los bordes de la fistula, sino tambien las superficies vaginales inmediatas, introdujo un adelanto notable que ha contribuido no poco al buen éxito final. En 1844, Chelius² colocó á sus enfermas en la posicion sobre las rodillas y el pecho. En 1846, Metzler,³ de Praga, empleó el *spéculum* elevador del periné, unas bolitas perforadas, del tamaño de perdigones, la posicion sobre las rodillas y el pecho, agujas doradas, y una algalia permanente. En 1847, Mettauer, de Virginia, empleó la algalia, y la sutura de plomo, con tanta felicidad que no pudo ménos de afirmar: "Soy decididamente de parecer que todos los casos de fistula véscico-vaginal son curables, y fundo esta opinion en el buen éxito que yo tengo." En 1852, Jobert (de Lamballe) adoptó su método, llamado "*réunion autoplastique par glissement*," que consistía en proporcionarse tejido vaginal suficiente para la

¹ Med. Gaz., diciembre 3, de 1836, p. 355.

² Agnew, ob. cit., p. 15.

³ Schuppert, Vesico-Vag. Fistula, p. 41.

union, cortando oblicuamente á traves de la vagina, donde se une al útero, y en la misma línea de la fistula. En 1852, Marion Sims,¹ de los Estados Unidos, combinó el *spéculum*, la sutura, y la algalia, esto es, los tres elementos necesarios al buen éxito, y puso el procedimiento á la disposicion de la facultad.

Hé aquí los descubrimientos que dió por ser especialmente suyos:

1º. Un método por el cual se podia dilatar y explorar la vagina;

2º. Una sutura que no escitaba inflamacion ni ulceracion;

3º. Un método para mantener vacía la vejiga durante la cura.

Poco despues de Sims, se dió á conocer Simon, de Alemania, por su eficaz cooperacion en sistematizar la operacion, sin que ninguno le haya aventajado en perfeccionarla.

En la literatura de este asunto, consta con toda la claridad con que lo escrito puede comprobar un hecho histórico, no solamente que varios investigadores combinaron en sus operaciones dos de estos elementos del buen éxito, sino que positivamente los tres fueron combinados por Gosset, en Inglaterra, y, doce años despues de él, por Metzler, en Alemania. No ménos claro es que, ó ellos dejaron de comprender la importancia de lo que habían alcanzado, ó no lo hicieron conocer para bien de la humanidad. El Dr. Gosset describe su procedimiento como sigue, en el primer volumen del *Lancet*, de Lóndres, pág. 346:

"Habiendo colocado á la enferma de modo que descansase sobre los codos y las rodillas, sobre una mesa sólida, de altura conveniente y cubierta con una frazada doblada, dos ayudantes separaron las partes externas tanto como posible, para que se pudiese ver la fistula, situada inmediatamente por encima del cuello de la vejiga. Cogí con una erina la parte superior del borde engrosado de la vejiga, que circundaba la abertura, y acto continuo practiqué, con una cuchilla en forma de lanza, la escision de una porcion elíptica de tejido, que comprendía la totalidad del borde endurecido de la fistula, hallándose en sentido trasversal el ángulo largo de la elipse. Esto se ejecutó sin dificultad; pero no así lo restante de la operacion, á consecuencia de la gran estrechez de las partes; y no habría podido pasar las suturas, á no haber empleado agujas muy corvas y un porta-aguja que se desprendía á voluntad, estrayendo aquellas con unas pinzas de disecar, despues de desprendido el porta-aguja. De este modo pasé tres suturas, y torciendo luego los hilos metálicos, se pusieron en contacto los bordes avivados, y se mantuvieron perfectamente unidos hasta que se efectuó la cicatrizacion. A los nueve dias se quitó uno de los hilos; otro á los doce; y el último despues de trascurridas tres semanas. Concluida la operacion, fué puesta en cama la enferma, con encargo de mantenerse boca abajo; habiéndose introducido una algalia de goma elástica, provista de una vejiga en su estremidad exterior, para recibir la orina, y sujetada con cintas. No hubo el menor derrame de orina por la vagina despues de

¹ Amer. Journ. Med. Sci., 1852.

BIBLIOTECA
MUSEO DE MEDICINA

la operacion, la cual tuvo por resultado restablecer las funciones normales de la parte. Hé aquí las ventajas de la sutura con hilos metálicos dorados: no escita la menor irritacion, y al parecer no da lugar á la ulceracion con tanta rapidez como el hilo de seda ó de cualquier otra sustancia que yo conozco, pudiendo decirse que casi nunca produce este último resultado, á no ser que las partes unidas esperimenten una gran tension. Luego, no hay inconveniente en mantener los bordes de una herida en contacto íntimo por tiempo indefinido, con lo cual se multiplican las probabilidades de reunion. Hasta ahora la he empleado en muchas operaciones: por ejemplo, despues de la amputacion de las mamas, la estirpacion de varias clases de tumores, y para unir los labios despues de la escision de vegetaciones cancerosas, siempre con resultados satisfactorios."

El método de Metzler se publicó en el *Prague Viertel Jahresschrift* de 1846, bajo el título de "Patología y Tratamiento de las Fístulas Urinarias y Vésico-Vaginales, con un método curativo perfectamente seguro, y de fácil ejecucion." Trascrito á continuacion su artículo del opúsculo de Schuppert, á que hemos aludido.

"Para poder llevar la operacion á feliz término, es importantísimo tener, 1º, un spéculum que haga las veces de dilatador vaginal. Este instrumento consiste en una hoja cónica acanalada, de cinco y media pulgadas de longitud, tres de ancho en su parte anterior, y media pulgada de ancho en la posterior. La estremidad del instrumento está encorvada hacia abajo en ángulo recto, y cubierta de madera para que sirva de mango. Siempre es mejor que sea el spéculum de plata, bruñida de modo que refleje la luz sobre las partes en que se ha de operar. 2º, un aparato que comprende unos *clamps* (nombre inglés) perforados, agujas doradas, y un instrumento llamado *Rosenkranzwerkzeug*, que consiste en unas bolitas perforadas, del tamaño de granos de municion grande, por cuyo medio se mantienen las lañas en contacto. Despues de colocada la paciente sobre los codos y las rodillas, se introduce en la vagina el dilatador y un ayudante lo mantiene en posicion, estrechándolo contra el recto. En seguida se recortan los bordes de la fístula con unas tijeras corvas. Hay que cortar línea y media de la mucosa vaginal, y media línea del borde de la vejiga; se aplican luego las agujas y se mantiene la herida en coaptacion por medio de los clamps; se introduce en la vejiga una algalia de mujer, pasándola por la uretra y asegurándola con un vendaje de T."

En vista de lo que precede, se diría que el Dr. Sims fué precedido por otros en todos los detalles del descubrimiento por cuyo medio ha hecho curables las fístulas vaginales. Esto es, hasta cierto punto, positivo, pero solo respecto de la teoría. Antes de las publicaciones de Sims, el estado de las desgraciadas que llevaban una triste existencia acibarada por fístulas vaginales, era en efecto casi tan sin remedio como ántes de la época de Gosset y de Metzler.

En 1839, Velpeau,¹ refiriéndose á la cura de estas fístulas, habla así: "Refrescar los bordes de una abertura cuando no sabemos dónde agarrarlos; reunirlos por medio de agujas ó hilos cuando al parecer carecemos de un punto dónde asegurarlos; operar en un tabique movable, situado entre dos cavidades, oculto á nuestra vista, y que apénas nos suministra un punto de apoyo; todo esto, en mi sentir, no debe tener otro resultado que el de hacer padecer innecesariamente á la enferma." Vidal de Cassis² dice: "No creo que los anales de la cirujía contengan un caso bien auténtico de curacion completa de una fístula vésico-vaginal." Malgaigne³ decía en 1854: "Pero el método verdaderamente racional, que mayor facilidad y ventaja ofrece hoy, y el único que debe aplicarse á todas las fístulas grandes, es la sutura por el procedimiento de Jobert."

Wutzer ha publicado los siguientes datos estadísticos reunidos por él:⁴ "¡De 20 casos de fístulas vésico-vaginales que fueron sometidas á 48 operaciones, entre las cuales se contaban las de elitroplastia, episiorrafia, cauterizacion, y suturas (ya entortilladas, ya entrecortadas, ya una y otra), solo dos curaron!"

Tal era el verdadero estado de la ciencia con respecto á este *opprobrium chirurgie*, cuando Marion Sims, combinando y utilizando los tres elementos indispensables al buen éxito, obtuvo la victoria y colocó la operacion al alcance de cualquier cirujano. Y no se crea que se hubo de aprovechar de los resultados obtenidos por sus predecesores; todo fué el fruto de trabajos asiduos y originales. Nadie puede leer su discurso sobre "*Silver Sutures in Surgery*," pronunciado ante la Academia de Medicina de Nueva York en 1857, sin ser sorprendido por su escaso conocimiento de la literatura del asunto de que hablaba.

No querría se imaginase que en esto yo pretendo dar á la América mas gloria de la que en realidad le corresponde,—es decir, la de haber establecido sobre bases sólidas y seguras este método de cura. Exigir mas, sería desconocer los hechos que la historia nos enseña claramente. A Francia le pertenece la iniciativa; á Inglaterra, la gloria de haber hecho positivamente el descubrimiento, si bien dejó de conocer la importancia de este; y, despues de la América, Alemania tiene el honor de haber desarrollado de un modo especial y perfeccionado unos procedimientos operatorios eficaces. En este último país, con el método de Sims, el buen éxito ha llegado, aun en los casos mas graves, á ser hoy una regla que raramente padece escepcion.

Desde que se publicó por primera vez, el método de Sims ha sufrido numerosas modificaciones, tanto aquí como en Europa, y el mismo Dr. Sims ha cambiado notablemente su modo de operar; pero el principio por él demostrado queda el mismo, y solo tienden á desarrollarlo todas las modificaciones de la operacion.

¹ Medicina operatoria.

² Manuel de Méd. Opérat.

³ Pathologie Externe.

⁴ Med. Record, t. i., p. 322.

BIBLIOTECA
MUSEO DE MEDICINA