

Practicase esta en los Estados Unidos, no solo por los especialistas, sino por todos los médicos en general; y merced á la suma sencillez del procedimiento de Sims, ya no se la mira como tarea difícil que exija una habilidad y esperiencia especiales. No deja de ser muy incomprendible, en estos tiempos que alcanzamos, el dictámen de un médico¹ de Irlanda, de que, "había tenido la ocasion de observar un gran número de fístulas y un gran número de operaciones, y que, segun su esperiencia, la grandísima mayoría de estas últimas resultaban ineficaces."

Método para obtener la curacion natural.—En general, pocos dias despues del parto, una destilacion continua é involuntaria de orina da á conocer al partero la presencia de una fístula vésico-vaginal. Hecho el descubrimiento, se coloca desde luego en la vejiga una algalia permanente de Sims, dando inyecciones intra-vaginales de agua caliente, repetidas con frecuencia, á fin de disminuir la inflamacion; y se mantiene la enferma en el decúbito abdominal, con la esperanza de que los esfuerzos de la naturaleza verifiquen la curacion. Esto es cuanto puede hacerse entónces, pues es demasiado temprano para recurrir á la sutura, y el flujo de los loquios impide emplear el tapon para ayudar la curacion. No debe emprenderse la operacion por la sutura ántes que hayan desaparecido los resultados inmediatos del parto, y la fístula haya adquirido un carácter y dimensiones permanentes.

Tratamiento.

Los métodos que poseemos para la curacion, ó cuando esta no es posible, para obviar los inconvenientes debidos á las fístulas del aparato urinario de la mujer, son:—

- 1º, La cauterizacion;
- 2º, La sutura;
- 3º, La elitroplastia;
- 4º, La oclusion de la vagina ó del útero.

Cauterizacion.

Este método de curacion, que fué en un tiempo el favorito para todas las variedades de estas fístulas, ha caido casi completamente en desuso, bajo la influencia de los métodos perfeccionados de la sutura. Anduvo Malgaigne acertado tal vez al decir de la cauterizacion, que solo debia emplearse en aquellas fístulas que apenas son perceptibles. Pero aun en estos casos el método de Sims es muy preferible, debiéndose recurrir á la cauterizacion únicamente cuando, por alguna circunstancia especial, como la impericia ó la falta de los instrumentos necesarios, el operador se vea precisado á ello. El modo de practicarla es

¹ Observaciones del Dr. Cronyn leidas en la Surgical Society de Irlanda, marzo 15, 1872.

muy sencillo. Habiendo introducido el spéculum de Sims para esponer á la vista el punto fistuloso, se tocan bien sus bordes con una barrita puntiaguda de nitrato de plata, ó con el cauterio actual. Esto no debe repetirse miéntras la escara formada no se haya desprendido, á fin de dar lugar á que las granulaciones cierren la abertura.

Para contener el flujo de orina por la fístula, y proporcionar apoyo á las paredes vaginales y vesicales durante el proceso de granulacion, debe mantenerse en la vagina un pequeño tapon de algodón, un pesario de aire de Gariel, ó un dilatador de cristal, como el que va representado por la Fig. 38, y permanentemente en la vejiga una sonda sigmóides, para impedir la distension de esta víscera.

Sutura.

Preparacion de la enferma.—Ningun procedimiento quirúrgico requiere con mas urgencia que este el buen estado constitucional, como elemento del buen éxito. Si la salud de la enferma no es buena y existe un estado anormal de la sangre, un viaje al campo, ejercicio, y aire puro, unido al uso de tónicos vegetales y minerales, contribuirán en gran manera á impedir que fracase la operacion. Deben tambien emplearse con regularidad inyecciones vaginales de agua caliente, para combatir la inflamacion local y mantener el aseo. Si la enfermedad que causó la destruccion de la pared vaginal ha determinado la complicacion de bridas cicatriciales, debe incindírselas de vez en cuando, y dejar que se cicatricen de nuevo sobre un dilatador de cristal; y si hay estrechez de la uretra, se combatirá con el empleo de las sondas. Antes de la operacion, se evacuarán perfectamente los intestinos por medio de un purgante; y el mismo dia en que ha de practicarse, comerá la enferma muy poco, por temor de que el uso prolongado del anestésico cause vómitos que determinen el desgarro de las suturas.

Procedimiento de Sims.—Esta operacion puede dividirse en tres tiempos:—

- 1º, Avivacion de los bordes de la fístula;
- 2º, Aplicacion de la sutura;
- 3º, Afrontamiento de los bordes, y torsion de los hilos.

Colocada la enferma sobre una mesa de dos piés y medio de ancho, y cuatro de largo, cubierta con frazadas dobladas, se la somete á la anestesia, y se la dispone como sigue. Se la hace acostar sobre el lado izquierdo, doblados los muslos casi en ángulo recto con la pélvis, y el derecho en flexion mas pronunciada que el izquierdo. El brazo izquierdo se retira detras del cuerpo, de modo que el pecho venga á descansar sobre la mesa y quede el esternon en contacto con ella. Introdúcese entónces el spéculum, y lo mantiene un ayudante con la mano derecha, miéntras eleva con la otra la nalga derecha. Se colocará la mesa de

BIBLIOTECA
DE LA
UNIVERSIDAD
DE
MÉDICO Y
FARMACIA

modo que una luz continua é intensa dé de lleno sobre la vagina, la que, dilatada hasta donde se pueda, quedará visible en toda su estension, ménos en la parte cubierta por el spéculum.

El operador, teniendo á su alcance todos los instrumentos necesarios, dispone á sus ayudantes de la manera siguiente : uno de ellos sostiene el spéculum ; otro administra el anestésico ; y el tercero se coloca á la derecha del operador, pronto á separar la sangre que se acumule en la vagina, con esponjas en los porta-esponjas (Fig. 47), lavándolas rápidamente, en una vasija de agua que se tendrá colocada á su lado, ántes de usarlas otra vez. Un cuarto ayudante que hubiera, podría ocuparse útilmente en alcánzar los instrumentos segun se fuesen necesitando. Estando ya todo listo, el operador procede al primer tiempo de la operacion.

Avivacion de los bordes de la fistula.—El borde de la fistula, en el punto que se considere como mas difícil de acceso y de manipulacion, se aferra con una erina, ó con las pinzas dentadas de la Fig. 25, que me parecen muy preferibles. En seguida, con unas tijeras de mango largo



Fig. 43.—Tijeras curvas.



Fig. 44.—Bisturí para refrescar los bordes de las fístulas.

(Fig. 43), ó un bisturí (Fig. 44), se recorta un colgajo que se estienda desde la mucosa de la vejiga hasta la de la vagina, cuidando de no herir aquella víscera.

Luego se coge otra parte del borde, cortándola como la anterior. Las paredes de la herida practicada afectan la forma de un embudo estando su parte estrecha en la vejiga (Fig. 46), debiendo cuidarse mucho de no dejar la mas mínima porcion del borde, pues de esto depende el buen éxito.

Es muy importante cortar una porcion suficiente de tejido, y que dicha ablacion sea mayor en la superficie vaginal que cerca de la vesical. Las siguientes direcciones del Profesor Simpson¹ aclaran notablemente este punto : “Se introduce la punta del cuchillo en la mucosa vaginal, á alguna distancia de la fistula ; se atraviesa entónces el borde de esta hasta donde quiera removérsele, haciendo salir el cuchillo por el borde vesical, y llevándolo de derecha á izquierda alrededor de la

¹ Diseases of Women.

abertura, á fin de eliminar, si fuese posible, un círculo completo de tejido.”

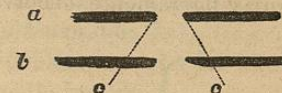
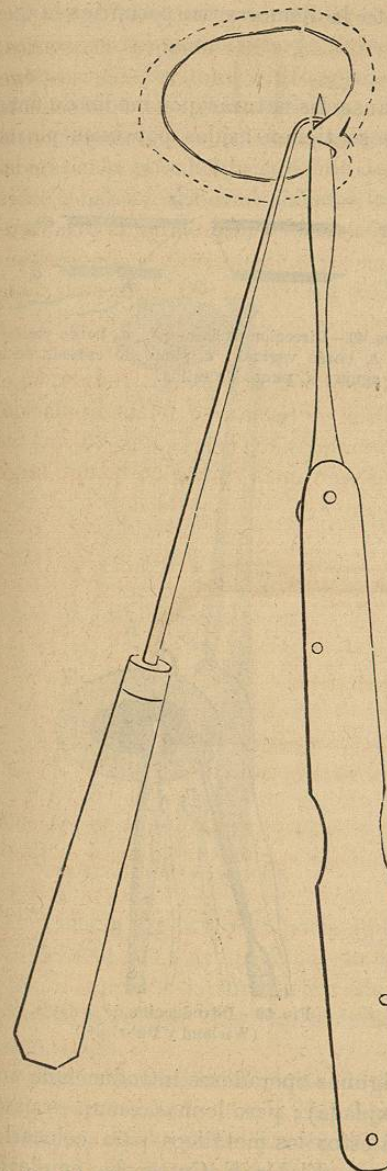


Fig. 46.—Direccion de las paredes de la herida. a, borde vesical ; b, borde vaginal ; c c, incision.

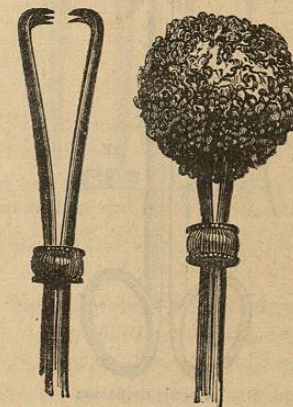


Fig. 47.—Porta-esponja de Sims con mango de 9 pulgadas de largo. (Sims.)

Fig. 45.—Avivacion de los bordes. (Wieland, y Dubrisay.)

La superficie denudada debe medir por lo ménos cuatro líneas, desde el borde de la fistula hasta el punto de incision vaginal, llegando en su parte superior solo hasta el borde vesical, cuya membrana mucosa se

BIBLIOTECA
MUSEO DE MEDICINA Y FARMACIA

respeto (Fig. 46). Durante este tiempo de la operacion habrá que servirse constantemente de las esponjas, sujetadas por porta-esponjas de mango largo; pero suele cesar pronto la hemorragia, permitiendo que se proceda al segundo tiempo.

Aplicacion de las suturas.—Pásanse las suturas por medio de unas agujas ligeramente encorvadas, que se tienen asidas por unas pinzas

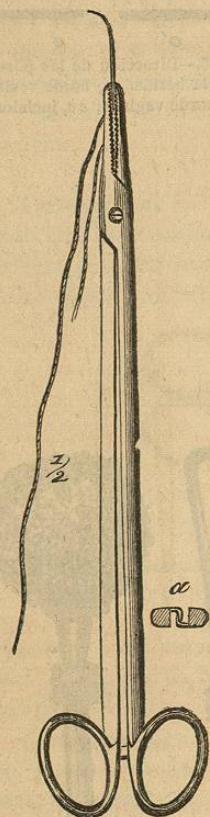


Fig. 48.—La aguja asida con el porta-aguja.

hechas para el efecto (Fig. 48). Algunos operadores introducen de una vez los hilos metálicos (de plata templada); pero lo mas comun es pasar primero hilos de seda, uniéndose á estos los metálicos para colocarlos en posicion por medio de la traccion. El Dr. E. Cutter ha empleado últimamente un método muy ingenioso que escusa la necesidad de enhebrar la aguja, y al mismo tiempo el inconveniente de doblarse el cabo del hilo de plata, lo cual dificulta su paso á través de los tejidos. Este médico se sirve de agujas á que está soldado el hilo metálico, tan perfec-

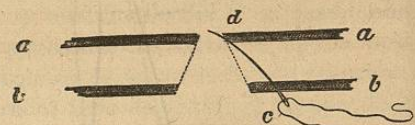


Fig. 49.—Direccion de la aguja. a, borde vesical; b, borde vaginal; c, punto de entrada de la aguja; d, punto de salida.

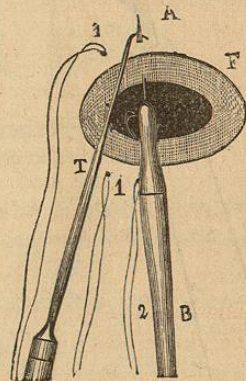


Fig. 50.—Introduccion de la aguja. (Wieland y Dubrisay.)

tamente que no ofrece la menor desigualdad en el punto de union. Para cada operacion tiene cierto número de agujas dispuestas de esta manera.

En el Hospital para Mujeres empleamos agujas redondas, de tres cuartos de pulgada de largo, ligeramente encorvadas, y sin aristas cortantes. El Dr. John T. Hodgen, de St. Louis (Estado de Misuri), ha inventado una aguja utilísima. Muy fina, derecha y corta, con punta semejante á la de un trocar, se desliza fácilmente á través de los tejidos; se la enhebra con un trocar, se desliza fácilmente á través de los tejidos; se la enhebra con hilo de seda muy ténue, que lleva tras sí al hilo de plata. El abultamiento formado al doblarse el cabo del hilo se frota con papel de lija, á fin de adelgazarlo en lo posible.

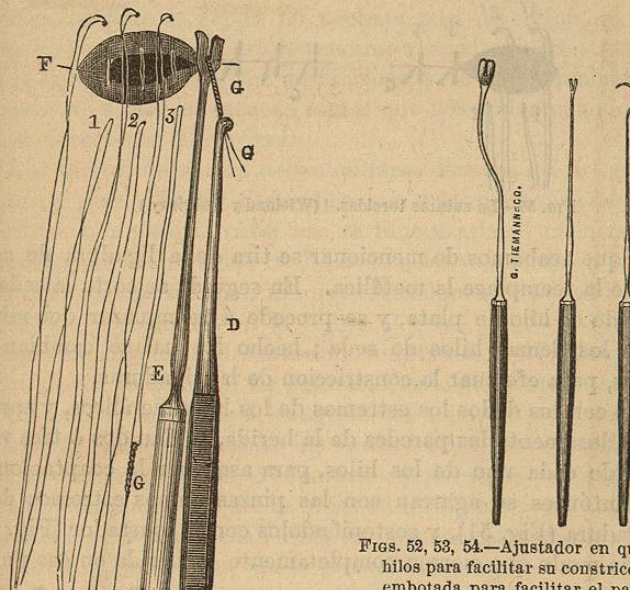


Fig. 51.—Torsion de los hilos.

Figs. 52, 53, 54.—Ajustador en que se pasan los hilos para facilitar su constriccion. Horquilla embotada para facilitar el paso de los hilos. Gancho para sujetar la punta de la aguja.

Asida la aguja con el porta-aguja, se la hace penetrar por el ángulo de la herida de mas difícil acceso, á media pulgada del borde de la incision, y salir por la superficie vesical, pero sin comprender el tapiz mucoso de la vejiga. La Fig. 49 indica el punto de entrada y el de salida de la aguja.

Habiendo salido la punta de la aguja, se la sujeta con el gancho como representado por la Fig. 54, hasta poder agarrarla y acabarla de sacar con las pinzas. En seguida se la introduce en el otro borde, sacándola á media pulgada de la márgen de la incision. El ayudante que sostiene el spéculum se encarga entónces de los extremos del hilo de seda, y se pasa otra sutura del mismo modo que la primera, y distante $\frac{1}{4}$ de pulgada de esta. De esta manera se pasa un número suficiente para cerrar la fistula (Fig. 51).

BIBLIOTECA DE MED. Y ANAT.

Durante este tiempo de la operacion, el borde fistuloso se mantiene fijo con el tenáculo, y por medio de este puede darse al tejido la firmeza y resistencia necesarias para facilitar la penetracion de la aguja.

Cuando, aferrada la aguja con las pinzas, se la tira para que le siga el hilo, es preciso oponer alguna resistencia para impedir que el hilo corte los tejidos, y puede obtenérsela por medio de una horquilla (Fig. 53), que, colocada por debajo del hilo donde sale, le sirve de punto de apoyo hasta que se le acaba de sacar.

Un hilo de plata de doce pulgadas de largo se fija, doblando uno de sus extremos, al hilo de seda que se introdujo primero, y por medio de

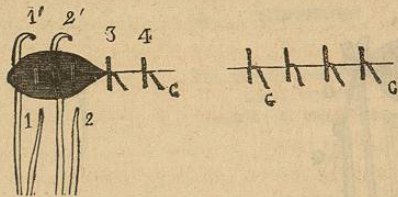


Fig. 55.—Las suturas torcidas. (Wieland y Dubrisay.)

la horquilla que acabamos de mencionar se tira de la ligadura de seda, haciendo que la reemplace la metálica. En seguida se corta la seda, se pone á un lado el hilo de plata, y se procede á reemplazar del mismo modo todos los demas hilos de seda; hecho lo cual se cambian los instrumentos, para efectuar la constriccion de las ligaduras.

Juntando con los dedos los extremos de los hilos metálicos, y aproximando cuidadosamente las paredes de la herida, se dan dos ó tres vueltas al cabo de cada uno de los hilos, para asegurar la coaptacion de aquellas. Entónces se agarran con las pinzas ámbos extremos de la primera ligadura (Fig. 51), y sosteniéndolos con el ajustador (Fig. 52), se tuercen de modo que cierren completamente la herida en ese punto.



Fig. 56.—A, Cáteter sigmóides de Sims. B, Modificado.

Así se van torciendo los hilos uno por uno, cuidando no llegue la torsion al punto de estrangular los tejidos abarcados por el asa constrictora. En seguida se corta con tijeras cada ligadura, como á media pulgada del borde de la fistula, y con unas pinzas se doblan de plano sobre la pared vaginal, de modo que no se claven en la superficie opuesta.

Se lavará despues la vejiga á fin de hacer salir toda la sangre que se haya acumulado en ella; pues si quedara en esta viscera un coágulo grande, podría causar un tenesmo vesical violento, y los pequeños podrían obturar el orificio de la sonda y hacer necesario que se quitase á

menudo este instrumento, el cual debe mantenerse permanentemente en la vejiga.

Concluida la operacion, los ayudantes trasladan á la enferma á su cama; se le administra una dosis de opio, y se le introduce un cáteter sigmóides de Sims, que debe permanecer en la vejiga. El extremo exterior de este tubo sale fuera de la vulva, y debajo de él puede colocarse una vasija de porcelana para recoger la orina.

La enfermera debe examinar la sonda cada dos ó tres horas, para asegurarse de su permeabilidad, y separar la orina que haya en la vasija.

Cada veinte y cuatro horas se usarán inyecciones vaginales de agua tibia, á la que podrá añadirse jabon de Castilla blanco, ú otro deterativo semejante; pero la vejiga no necesita mas inyeccion que la ya mencionada, excepto en el caso de tenesmo vesical. Se constipará el vientre con el opio; y la dieta será sustanciosa, pero no estimulante, observando respecto á ella las mismas reglas que nos guian cuando se trata de otras operaciones quirúrgicas.

Los puntos de sutura deben quitarse despues del trascurso de ocho á quince dias. El Dr. Sims dice que "la permanencia de los hilos metálicos por mas de ocho dias es innecesaria;" miéntras que otros, contando con la inocuidad de las sustancias metálicas en los tejidos, los dejan mucho mas tiempo. En dos casos operados por el Dr. Schuppert, al hacerse inyecciones en la vejiga al sexto y sétimo dia, se descubrió un derrame, que había desaparecido enteramente á los doce dias, al cabo de los cuales se quitaron las suturas, siendo completa la curacion.

Para quitar las suturas, se agarra con unas pinzas el extremo torcido de una de ellas, ejecutando un movimiento suave de traccion, á fin de separar un poco el asa de la superficie en que se ha profundizado; introduciendo entónces una de las hojas de las tijeras en el asa, se corta uno de sus lados; hecho lo cual, basta un pequeño esfuerzo para sacar el hilo.

Quitadas las suturas, puede procederse con precaucion á un exámen que tenga por objeto averiguar si es bueno ó malo el resultado; para lo cual suele bastar la inspeccion. Mas, si, relativamente al cerramiento completo de la fistula, existe la menor duda, se la hace disipar llenando poco á poco de agua tibia la vejiga. No es raro que con la primera operacion solo se consiga reducir notablemente las dimensiones de la fistula, siendo entónces preciso recurrir á operaciones posteriores para obtener la curacion radical. Puede haber que repetir las muchas veces ántes de alcanzarse un feliz éxito.

Háse modificado de diferentes maneras la operacion del Dr. Sims, en cada uno de sus tiempos; y han llegado á ser tan numerosas las modificaciones, que sería intempestiva su enumeracion detallada en una obra como la presente. En sus primeras operaciones el Dr. Sims empleó la sutura enclavijada, llamándola *clamp suture*; pero la tendencia de las barritas metálicas, de que se sirvió en lugar de cañones de plumas, á ulcerar los tejidos, le decidió á recurrir á la sutura de puntos separados.

BIBLIOTECA
DE LA
UNIVERSIDAD
DE
MADRID

Otros métodos han sido adoptados con buen éxito por Bozeman, Agnew, Baker Brown, Simpson, Simon, etc.: para evitar una inútil prolijidad, me limitaré á citar el de Simon.

Entre otros perfeccionamientos que se han ensayado, mencionemos las agujas inventadas por el Dr. Startin, y M. Matthieu, de Paris, á través de las cuales se pasan los hilos metálicos, sin ayuda del hilo de seda preliminar. La experiencia adquirida por el uso de las agujas tubulosas durante mucho tiempo, me ha convencido de que son á la vez los instrumentos mas ingeniosos y mas inútiles que pueden emplearse.

Operacion de Simon.—Si se exceptúa al mismo Dr. Sims, nadie se ha ocupado con mas ahinco ó mas provecho que el Profesor Gustavo Simon, de Heidelberg, en el perfeccionamiento de esta operacion. Sucesor de Dieffenbach, de Wutzer, y de Metzler, quienes habían contribuido no poco al desarrollo de la operacion practicada con suturas, trabajó incansablemente con los medios que tenia á su disposicion, y aun ántes de conocer los adelantos introducidos por Sims, adquirió mucha habilidad en el tratamiento de las fistulas véstico-vaginales. Luego, sería injusto calificarlo de imitador: sin duda alguna, coincidió con otro en los mismos descubrimientos.

He aquí las principales circunstancias características de la operacion de Simon:—

- 1ª, Niega que los hilos metálicos sean superiores á los finos de seda.
- 2ª, Emplea, con cierta exageracion, la posicion de litotomía, en vez de la media pronacion izquierda.
- 3ª, En vez de respetar la mucosa vesical, de propósito la comprende en la avivacion.
- 4ª, No emplea el cáterter permanente, ni estrae la orina sino durante las primeras veinte y cuatro horas, y eso no siempre.
- 5ª, Deja á cargo de la naturaleza la exoneracion del vientre; ni impone dieta, ni exige la estancia en cama; y en los casos favorables permite á veces el ejercicio al aire libre, veinte cuatro horas despues de practicada la operacion.

Como prefiero describir, hasta donde sea posible, su método con sus propias palabras, doy el siguiente resumen extractado de su obra sobre *La operacion para la Fístula véstico-vaginal*, publicada en 1862.

Posicion de la enferma.—Tres son las posiciones en que, segun el uso general, se puede colocar á la enferma al practicar la operacion para la fistula véstico-vaginal. 1ª, El decúbito dorsal, ó sea la posicion para la litotomía; 2ª, Sobre las rodillas y los codos, y 3ª, La de Sims, que es una modificacion de la segunda. “Ninguna de estas empleo yo, pues prefiero la pelvi ó sacro-dorsal (*Steiss-Rückenlage*), la cual presenta todas las ventajas, sin ninguno de los inconvenientes, de las anteriores. Consiste en que, colocada de espaldas la enferma, se la dispone de una manera casi enteramente análoga á la posicion de rodillas y co-

dos. Se elevan las nalgas algo encima del nivel del abdomen y el pecho; los muslos se doblan sobre el vientre, y hácia los lados del pecho, á fin de que sean las nalgas el punto mas elevado; las piernas, ó bien se ponen en flexion, ó se estienden á los lados del pecho; la vulva viene á quedar al frente y hácia arriba; y la cabeza está sostenida por una almohada. Si la fistula está situada muy arriba en la vagina, se elevarán los muslos tanto como sea posible; mas si se halla muy cerca de la entrada de aquel conducto, no es necesario elevar mucho la pélvis ni doblar con tanta violencia los muslos. He nombrado *Steiss-Rückenlage* esta posicion, para distinguirla de la ordinaria de espaldas; porque en ella la parte mas de manifesto son las nalgas (*Steiss*), presentándose esta de un modo que recuerda la presentacion pelviana del feto.

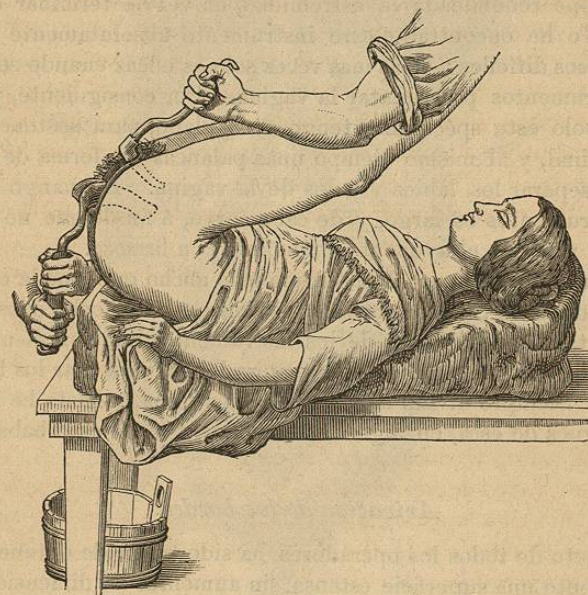


FIG. 57.—Posicion de Simon para la fistula véstico-vaginal. (Simon.)

He aquí las ventajas de esta posicion:—

- 1ª, Hállase espedito el campo de la operacion, sin que los muslos ofrezcan estorbo alguno al cirujano.
 - 2ª, Puede prestarse desde los lados toda la asistencia, sin embarazar los movimientos del operador.
 - 3ª, Pueden emplearse varios spéculums y los retractores laterales, para dilatar la vagina en todos sentidos.
 - 4ª, No cansa mas esta posicion que la dorsal ordinaria.
 - 5ª, Permite la cloroformizacion.
- Cuando es posible traer con facilidad la fistula hácia abajo, la

espongo directamente á la vista ; pero si, como sucede en la mayoría de los casos, experimento la menor dificultad al querer moverla, opero con los spéculums y los retractores, dejando la fístula en su sitio. Antes de servirme de estos instrumentos, me aseguro siempre del grado de movilidad, aferrando el útero con unas pinzas puntiagudas, corvas (Museux), y tratando de atraerlo suavemente hácia abajo. En vez de coger con las pinzas el cuello del útero, como lo hace Jobert, tengo un método perfeccionado, que consiste en asegurar aquel por medio de dos hilos pasados por sus tejidos, desembarazándome así de un instrumento que estorba mucho. Sims construyó, para dilatar la fístula, un spéculum en forma acanalada que es superior á todos los demas aparatos de esta clase. Los empleaba de cuatro tamaños. En la forma, es parecido al de Neugebauer (1856), del cual, sin embargo, se diferencia en que tiene redondeada la estremidad, en vez de terminar en punta aguda. Yo he encontrado este instrumento absolutamente inútil en muchos casos difíciles ; y las mas veces solo es eficaz cuando se emplean otros instrumentos para dilatar la vagina. Por consiguiente, yo no me sirvo de solo este spéculum ; tengo otro, plano, para sostener la otra pared vaginal, y al mismo tiempo unas palancas (en forma de retractores) para separar los labios y lados de la vagina. El mango de todos estos instrumentos es largo, y de cabo corvo, á fin de que no presente obstáculo, y pueda el ayudante empuñarlo con firmeza.

Debe usarse siempre el spéculum mas ancho que pueda obtenerse. No teniendo el de Sims la anchura suficiente, yo he hecho construir dos de mayor tamaño. Además de los instrumentos que van mencionados, empleo con frecuencia ganchos de mango largo, para fijar los bordes de la fístula. Siempre divido las bridas de la vagina, y hasta he incidido los repliegues de esta, en algunas ocasiones, porque estorbaban la operacion.

Avivacion de los bordes.

El objeto de todos los operadores ha sido tratar de obtener para el afrontamiento una superficie estensa, sin aumentar las dimensiones de la herida, y lo han efectuado cortando á espensas de la vagina, y respetando el borde vesical. Mi experiencia y observaciones me hacen preferir una incision profunda de los bordes fistulosos, en figura de embudo, semejante á la que se practica en las operaciones plásticas en otras partes del cuerpo. La incision debe estenderse hasta el tejido sano, estirpando toda la parte cicatricial, y prolongarse á traves de las paredes del septo, hasta la mucosa vesical, comprendiendo á veces á esta última. De este modo se habrá hecho una herida en forma de embudo, estando la parte mas angosta en la vejiga, y la mas ancha en la vagina, y teniendo sus bordes de 6 á 8 milímetros de espesor.

Aunque otros autores se empeñan en evitar hasta donde sea posible el ensanchar la lesion, es aquí precisamente, donde la union puede veri-

ficarse por primera intencion, que yo me esfuerzo en desembarazar los bordes de todo tejido cicatricial, y en dejarlos lo mejor dispuestos que sea posible para la reunion. Aun en las fistulas mas grandes, no me abstengo de recortar repetidamente los bordes, por mas que se haya de aumentar la pérdida de tejido, hasta que se efectúe la union. Y si, á pesar de la mas perfecta preparacion, los bordes no se reunen, resultando absolutamente ineficaces nuestros esfuerzos, no por ello ha de ser mayor el flujo involuntario de orina que ántes de la operacion.

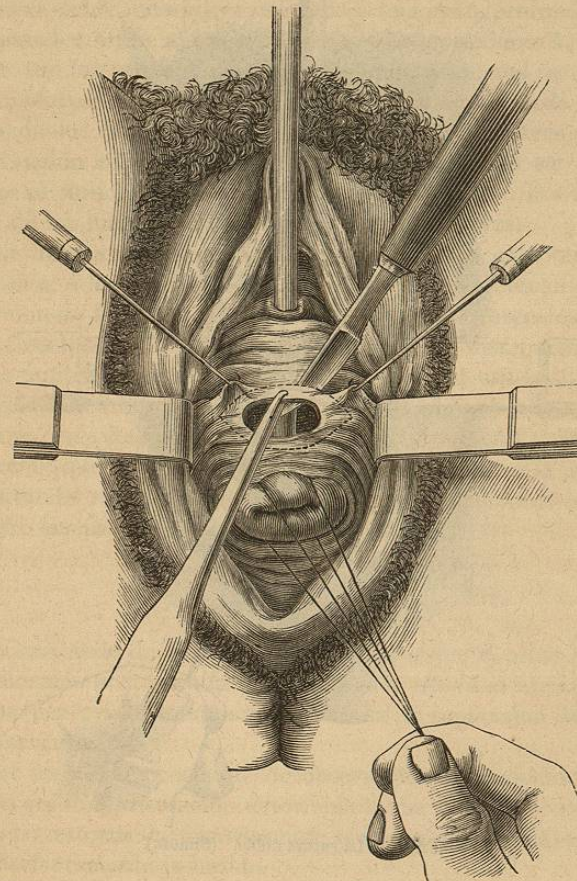


FIG. 58.—Avivacion de los bordes de la fístula. (Simon.)

Algunas veces incindo la mucosa vesical, y otras la evito ; pero cosa es esta de poca importancia.

Las ventajas de este método son ;—

1^o, Por medio de la incision profunda en forma de embudo, se elimina con seguridad todo tejido cicatricial.

BIBLIOTECA
DE MED. U. N. B.