

2ª, Los bordes son mas susceptibles de reunion, pues se adhieren de un modo natural, borde con borde, y los nervios, vasos, etc., siguen su curso normal.

3ª, El borde muy ancho es innecesario, siendo en todos los casos los bordes superiores los únicos que se unen.

4ª, Si no se efectúa la union despues de la primera operacion, la

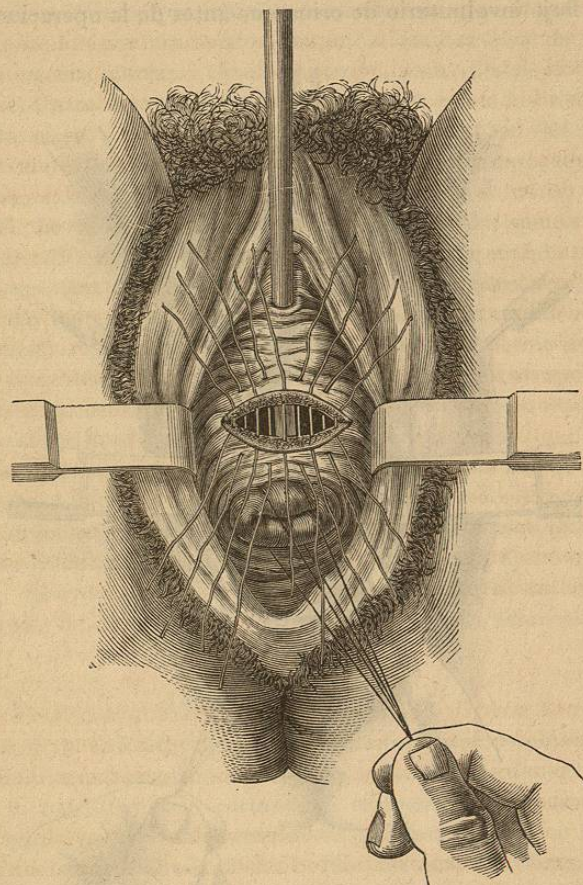


FIG. 59.—La sutura doble. (Simon.)

segunda promete mas con los bordes espesos, que con los finos que hay que adelgazar aun mas al repetir el procedimiento.

5ª, Es infundado el aserto de ser mas probable la ocurrencia del catarro despues de esta forma de incision.

Afrontamiento de los bordes de la herida.—Existe un gran número de métodos para reunir los bordes, y por todos se obtiene lo que de ellos se desea; pero son mas complicados que el método que publiqué

en 1854 y que, con algunas modificaciones, he empleado desde entonces.

Para efectuar la union yo acostumbro emplear una ó dos hileras de ligaduras finas de seda que anudo del modo ordinario. Cuando la fistula es grande y el ajuste perfecto de sus bordes requiere una relajacion escesiva de las partes, me sirvo de la sutura mia, que llamo *doble*, y que consiste en dos hileras de hilos, una de las cuales sirve para relajar los bordes y la otra para reunirlos.

Si es pequeña la fistula, empleo solamente la hilera "de reunion." En la sutura doble, una hilera colocada á una gran profundidad y bastante separados entre sí los hilos, sirve para aproximar á la línea de union los tejidos alrededor de la fistula, con lo cual se relajan los bordes; miéntras que la otra, colocada entre los puntos de la primera, manteniendo los bordes esactamente en contacto, favorece su perfecta union. Cuando se emplea una sola hilera, esta debe ser la "de reunion," y se aplica del modo que hemos indicado. Por de contado, cada una de las hileras sirve de complemento á la otra.

Ambas hileras se colocan bien profundas, aun comprendiendo, en muchos casos, á la mucosa vesical. De este modo efectúan la mas perfecta reunion de los bordes de la herida en toda su estension, y resisten mejor la tirantez que si comprendieran solamente una parte de los bordes. Los puntos de sutura distan de 1 línea á $1\frac{1}{2}$ entre sí. El punto de entrada de los hilos "de relajar" se halla algo apartado de los bordes; y muy cerca de ellos, el de los hilos "de reunion." En mi sentir, es indiferente que los puntos de sutura atraviesen ó no la mucosa vesical, importando solamente cuidar de que esta membrana no se introduzca entre las paredes de la herida.

Tratamiento consecutivo.

1º, De una serie de observaciones deduzco, que la orina no ejerce la menor influencia nociva en la herida ni en la nueva cicatriz; no impide la reunion por primera intencion, ni causa la separacion de la cicatriz una vez formada.

2º, Por medio de otra serie de observaciones he podido reconocer, que cierto grado de distension determinado por el llenarse normalmente la vejiga, no estorba la cicatrizacion, toda vez que se haya avivado y reunido perfectamente la herida.

En la mayoría de los casos, la algalia permanente solo causa perjuicio.

Las deducciones que preceden, y cada una de las cuales se ha hecho segun la observacion de cierto número de casos correspondientes, sirven de base á mi sistema de tratamiento, el cual, sin embargo, no tiene importancia alguna hasta despues de sacados los puntos de sutura. Prescindimos de todas aquellas prevenciones minuciosas cuya observancia

es tan fastidiosa, así para el médico como para la enferma; permitiéndole á esta última que afecte el decúbito que mejor le convenga, y orine siempre que sea necesario, ya en bacínica de enfermos, ó si esto le repugna, poniéndose sobre las rodillas y los codos. Uso la sonda cada tres ó cuatro horas, pero solamente en ciertos casos, en que el estado de la enferma impide la emisión espontánea de la orina. A los cuatro ó cinco días se trata de quitar los hilos, repitiendo la tentativa en los días siguientes; y se permite que la enferma deje la cama á los ocho días, aun cuando no se hayan quitado todas las ligaduras.

Es conveniente volver líquidas las materias fecales durante los primeros ocho días, á fin de evitar los esfuerzos al defecar. Si sobreviene irritación de la vejiga, se administra la morfina en dosis de 8 miligramos, ordenando inyecciones diarias de agua caliente para la vagina, y no para la vejiga.¹

Los datos que siguen han sido publicados por el Profesor Simon:² "De 118 fistulas en 105 mujeres, 104 en 92 enfermas se curaron completamente; 5 fistulas en 5 enfermas se habían cerrado casi del todo; 3 fistulas en dos mujeres se abandonaron como incurables, y 6 casos terminaron por la muerte."

En la descripción que antecede, del método de Simon, se han empleado sus propias palabras en cuanto ha sido posible.

Elitroplastia.—Jobert de Lamballe,³ en 1834, publicó por primera vez este procedimiento, que ha sido modificado y perfeccionado después por Velpeau, Gerdy, y Leroy d'Étiolles. Consiste en tomar un colgajo de una nalga, (Jobert,) ó bien de la pared posterior de la vagina, (Velpeau, y Leroy,) y fijarlo con puntos de sutura en el orificio de la fistula, cuyos bordes ya se han avivado. Esta operación se asemeja á las de la rinoplastia que se practican en la cara; pero desgraciadamente es aun más difícil de ejecutar que estas, y exige tanta destreza manual que no se recurre á ella con frecuencia. Velpeau practicaba dos incisiones longitudinales y paralelas en la vagina, separaba el tejido intermedio, y lo aseguraba á los bordes de la fistula; mientras que Leroy prolongaba las incisiones hasta la vulva, disecaba el colgajo intermedio, y torciéndolo, aplicaba á la fistula la superficie cruenta.

La elitroplastia suele usarse todavía hoy, en los casos en que ha ocurrido una gran destrucción de tejido en el fondo de la vejiga; pero siendo un procedimiento dificultoso é incierto, y teniendo, como tenemos, métodos operatorios más simples y más eficaces para el tratamiento de esta clase de casos, muy raramente se emplea.

El que careciese de práctica en el tratamiento de las fistulas, creería

¹ Este resumen ha sido extractado de la obra del Profesor Simon, por el Dr. M. D. Mann.

² Amer. Journ. of Obstet., t. ii., p. 241.

³ Bull. de l'Acad. de Méd. de Paris, t. ii., p. 145.

que mientras más grandes fuesen estas, más difícil sería la curación; pero no es así. Entre los casos más dificultosos se cuentan algunos en que el orificio es tan pequeño que apenas se percibe. Para estos últimos recomiendo mucho el siguiente método: Introdúzcase en la vejiga una sonda gruesa de acero, empújese con su estremidad la fistula hácia la vagina, y practíquese la escisión de los tejidos alrededor de la fistula, á fin de que pueda pasar libremente por ella la sonda á la vagina. Aumentadas así las dimensiones de la fistula, puede aplicársele la sutura, obteniendo la curación.

Oclusión de la Vagina.

Cuando se desespera de conseguir la curación de la fistula, recurrese al siguiente procedimiento con la esperanza de aliviar á la enferma, poniendo fin á la desazon intolerable ocasionada por el paso involuntario y continuo de la orina. Léjos está, naturalmente, de igualar en eficacia á la obliteración de la fistula, ya que hace inevitable en el conducto vaginal la retención de la orina cuya presencia le es nociva; y sólo se propone para los casos en que ha sido demasiado considerable la pérdida de tejido para poderse obtener buen éxito por medio de la sutura ó la elitroplastia. Esta operación convierte la vagina y la vejiga en un receptáculo común para la orina y la sangre menstrual, y no reporta más ventaja que la de permitir se puedan retener estas secreciones para ser espulsadas á voluntad por la uretra, que permanece espedita.

Dos son las operaciones por medio de las cuales se puede efectuar la oclusión de la vagina, á saber: la episiorrafia, y la obliteración del canal. La primera, que consiste en avivar las superficies internas de los grandes labios y unirlos por la sutura, á fin de lograr su adhesión completa, se debe á Vidal de Cassis, quien la practicó en 1833. Es operación muy simple; pero suele quedar, inmediatamente por debajo del meato, una abertura diminutísima que da paso á un poco de orina; cuya circunstancia destruye, ó poco ménos, la eficacia del método, porque el derrame, por insignificante que sea, molesta á la enferma.

La segunda operación consiste en refrescar las paredes vaginales, en vez de los labios. Eliminados así colgajos de la membrana mucosa, se unen por la sutura las superficies cruentas, y se mantiene la vejiga en estado de vacuidad hasta efectuarse la curación. Esta operación, mucho más valiosa y eficaz que la de Vidal, fué practicada por primera vez en 1855, por el Profesor Simon, quien le dió el nombre de *Kolpo-kleisis*, ó obliteración trasversal. Desde aquella época, dice este médico, se ha practicado ventajosamente en Alemania en más de cincuenta casos; y se ha podido por su medio proporcionar alivio permanente á muchas enfermas, en quienes una pérdida considerable de tejido en el fondo de la vejiga había determinado la incontinencia de orina. La

alta importancia que atribuye Simon á esta operacion, se deja ver en el siguiente extracto de una carta dirigida por él al Dr. Bozeman, de esta ciudad:—

“He probado con tanta prolijidad la validez de mi pretension de ser autor del *kolpokleisis*, porque yo juzgo que es la operacion plástica mas importante que un solo hombre haya inventado durante la última década. La operacion para la union de los bordes de la fistula véstico-vaginal es, atendida la perfeccion y precision con que hoy se practica, de mas valia que el *kolpokleisis*, y

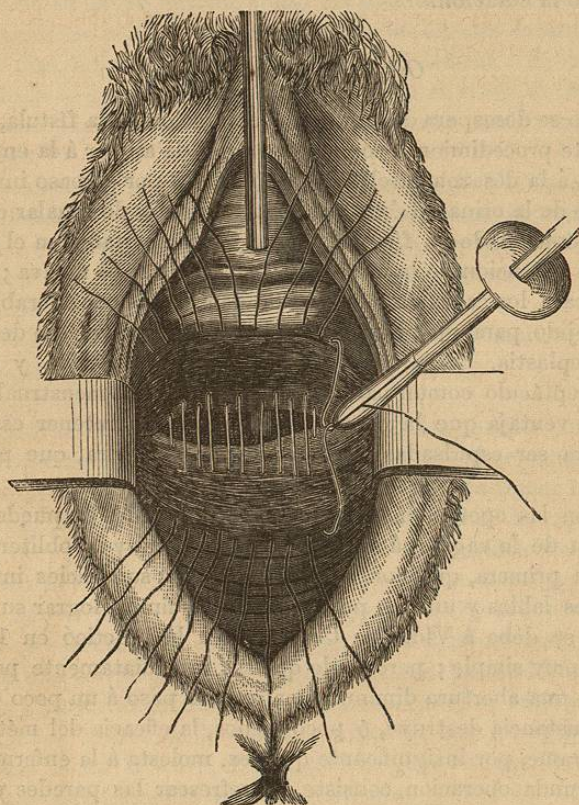


Fig. 60.—Obliteracion de la vagina. (Simon.)

quizá la mas brillante conquista que la cirujía plástica ha hecho en lo que va de este siglo; pero esa perfeccion no ha sido obra de un solo hombre, ya que á ella han contribuido, cual mas, cual ménos, operadores de todas las naciones. Sólo la *uranoplastia*, de nuestro ingenioso compatriota von Langenbeck, es digna de igualarse con el *kolpokleisis*, en cuanto á la seguridad de ejecucion y las ventajas inmediatas; y la sobrepujara si, en todos ó en la mayoría de los casos, proporcionase la ventaja de mejorar el timbre de la voz. Mas, como en muchos casos no se obtiene este resultado, y en otros sólo se obtiene de una manera incompleta, debe considerarse el *kolpokleisis* como operacion mas importante,

puesto que produce siempre el deseado efecto. Esta operacion, que yo inventé cuando se reconoció la ineficacia de la obliteracion de la vulva, propuesta por Vidal para restablecer la continencia de orina, ha sido practicada mas de cincuenta veces con el mejor éxito. Por medio de ella se ha puesto fin, en numerosas enfermas que tenían lesiones incurables de la vejiga, al mas intolerable de los padecimientos—la incontinencia de orina. Yo mismo he conseguido la obliteracion absoluta en diez y ocho casos; y no hay cirujano aleman, de los que ejercen el arte de curar la fistula véstico-vaginal, que no cuente uno ó mas triunfos de esta especie.”

En sus primeras operaciones, el Profesor Simon limitaba el procedimiento á la parte inferior de la vagina; pero ya en el dia, cierra el canal precisamente por debajo de la solucion de continuidad.

Fístulas urinarias que requieren un tratamiento especial.

En la gran mayoría de los casos no se necesita mas tratamiento que la sutura. Esta, con todo, no deja de ser difícil y aun imposible de aplicar en algunas fístulas urinarias, tales como las que pasaremos á estudiar ahora.

Fístulas véstico-uterinas.

Jobert fué el primero en indicar los medios propios para hacerlas accesibles. No se emplea ya su método; pero no es mas que una modificacion de este el que hoy dia se considera como mas eficaz. Consiste en incidir el labio anterior del útero desde su borde hasta el sitio de la fistula, avivar las márgenes cruentas, y pasar las suturas directamente por el cuello (Fig. 61), á fin de aproximar las paredes de este último y los labios de la fistula.

En caso de hallarse tan apartado el orificio fistuloso que parezca inaccesible, no queda ya mas recurso que la obliteracion del orificio uterino esterno por la sutura, dejando que la menstruacion se verifique por la vejiga.

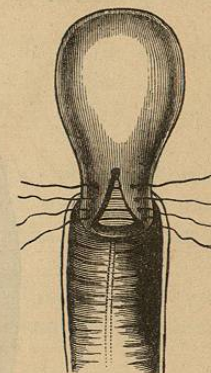


Fig. 61.—Está dividido el cuello para esponer la fistula por arriba, y colocadas las suturas.

Fístulas véstico-útero-vaginales.

Para estas es particularmente adecuado el método de avivar el labio anterior del hocico de tenca, utilizando así el tejido uterino para la oclusion de la fistula. La operacion, representada por la Fig. 62, es semejante á la que se practica para la fistula véstico-vaginal ordinaria, con la sola diferencia de formarse del cuello uterino avivado uno de los labios de la fistula.

Si se halla destruido el labio cervical anterior en términos de no

poder suministrar el tejido suficiente, reténase la vagina al labio posterior, aprisionando el cuello en la vejiga. En lo sucesivo la menstruación se verificará por esta víscera, saliendo la sangre con la orina.

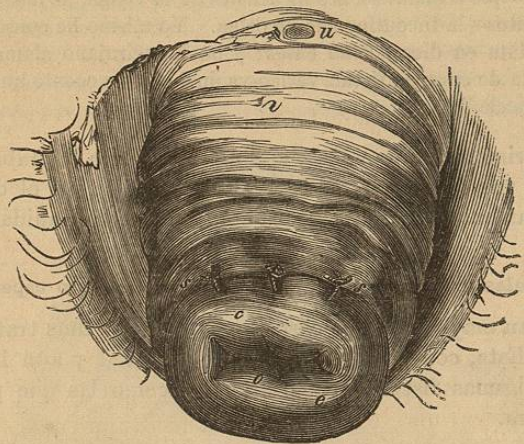


FIG. 62.—Labio anterior de la fistula unido al anterior del cuello. (Simon.)

Fístulas con notable destruccion de la base de la vejiga.

Hemos dicho ya, que para estas se puede recurrir á la elitroplastia y al *kolpopleisis*. Al Dr. Bozeman, sin embargo, se le debe aun otro



FIG. 63.—Labio anterior de la fistula unido al posterior del cuello. (Simon.)

procedimiento, cuya parte preliminar consiste en deprimir el útero, por medio de tentativas repetidas diariamente por espacio de algunas semanas. Aferrando con pinzas el cuello, se le imprime una fuerza de trac-

cion, y de este modo se consigue la aproximacion del útero á la vulva. Avivado entónces uno de los labios del cuello, se pone en contacto con el vestigio del tabique véstico-vaginal, afirmando la union por la sutura.

Para facilitar este procedimiento se puede con ventaja incidir de ámbos lados el cuello, hasta su union con la vagina, denudar la mitad de su superficie, y trayéndolo hácia adelante hacerlo ocupar el espacio ahuecado por el desprendimiento de la escara vaginal.

Además de las variedades de fístulas urinarias que dejamos mencionadas, cítanse ciertos casos raros de comunicacion entre los uréteres y la vagina ó el útero. En el tomo XXX del *Dictionnaire de Médecine* ha descrito M. Bérard un ejemplo notable de fístula urétero-uterina; cuya descripcion es interesante bajo el doble punto de vista del caso en sí y del medio por el cual se puede establecer el diagnóstico. Había creído primeramente que se trataba de una fístula véstico-uterina, porque salía la orina por el útero; pero le suministraron los elementos de otro diagnóstico los hechos siguientes:—

1°. El paso continuo de la orina por el cuello, aun cuando se hallaba vacía la vejiga.

2°. Era clara y cristalina la orina que salía así, y no como la de la vejiga.

3°. Sentada la enferma por espacio de dos horas sobre una vasija destinada á recoger toda la orina espelida por la vagina, y colocada una algalia en la vejiga, se sacó de esta una cantidad exactamente igual á la que pasó por el conducto anormal.

4°. Habiéndose inyectado en la vejiga un líquido teñido con añil, conservó su carácter cristalino la orina espelida por la vagina.

5°. Introducida una sonda en el útero y otra en la vejiga, no pudo efectuarse el contacto de sus extremos.

Es poco comun la fístula urétero-uterina. Díceme el Dr. Bozeman no haberla observado sino raras veces; y en la obra sobre las fístulas publicada últimamente por el Dr. Emmet, no se halla mencion, de un solo caso.

M. Robert,¹ de Paris, cita un caso interesante de fístula urétero-vaginal que se presentó consecutivamente á una operacion practicada en el *Hôtel-Dieu* por el Dr. Bozeman (50).

Existen algunas formas raras de fístulas que no he admitido en mi enumeracion. Por ejemplo, he observado un caso de fístula véstico-abdominal. Ocho dias despues de la operacion de ovariectomía, empezó á salir diariamente como medio litro de orina por la abertura abdomi-

¹ Bozeman on Fistulae, N. O. Med. and Surg. Journal, marzo y mayo, de 1860. El Dr. Bozeman reconoce plenamente esta especie de fístulas como resultado de la operacion ordinaria para la fístula véstico-vaginal; explica el modo cómo se forma, y describe "su método usual para superar este obstáculo," cuando tiene motivo para temer sea producido por la incision del uréter.

BIBLIOTECA
MUSEO DE MED. Y ANAT.

nal, cuyo extremo inferior se mantenía abierto para poder lavar el peritoneo. La salida por la herida abdominal de un líquido teñido que había sido inyectado en la vejiga, probó que la comunicacion era con esta víscera y no con el uréter. Restablecióse la enferma, cerrándose espontáneamente la fístula.

Al requerir mayor estension de superficie desnuda de la que podía obtenerse avivando los bordes fistulosos, Langenbeck y Collis han dividido los bordes de la fístula, separando los dos colgajos así formados y reuniendo por la sutura las superficies cruentas (51).

CAPÍTULO XI.

FÍSTULAS FECALES.

Definicion.—Estas fístulas, que se observan con ménos frecuencia que las urinarias, consisten en una comunicacion entre la vagina ó la vulva y alguna parte del conducto intestinal.

Variedades.—Pueden ser recto-vaginales, entero-vaginales, ó recto-labiales, siendo la primera forma la mas comun, y la segunda la mas rara de las tres.

Causas.—Son casi idénticas á las que producen las fístulas urinarias, á saber :—

Presion prolongada ;
Lesiones traumáticas ;
Ulceracion ó absceso.

La primera de estas puede producir dichas fístulas, lo mismo que las que se presentan en la pared vaginal anterior, dando lugar á una flegmasía intensa que determina la formacion de escaras, ó bien la intensidad de la presion puede ser tal que destruya rápidamente la vitalidad de la parte. A los partos laboriosos se debe con mas frecuencia esta presion ; pero en algunos casos raros puede ser producida por pesarios mal ajustados ó la presencia en el recto de materias fecales endurecidas.

Es evidente que estas fístulas pueden provenir de lesiones traumáticas, causadas por los instrumentos empleados en el parto ó por los que sirven para la extraccion de masas fecales endurecidas.

Las ulceraciones ó los absesos producen mucho mas á menudo las fístulas fecales que las urinarias. De la variedad recto-vaginal son causa fecunda las estrecheces del recto, las cuales, determinando la retencion de las materias estercolares, escitan una ulceracion que puede extenderse á la vagina. Un absceso entre esta última y el recto, puede ponerlos comunicantes, ó ir á abrirse en uno de los labios, formando un trayecto que conexe dicho labio con el recto. De la misma manera

BIBLIOTECA
DE MED. U. N. B.