

para el rectocele¹ consistía en una colpo-perineorrafia fundada en ese hecho, y todo el que desde entónces ha curado rasgaduras del periné sin limitarse á una mera episiorrafia, ha practicado aquella operacion.

A Baker Brown le siguió pronto Savage, á quien se debe el adjunto diagrama.

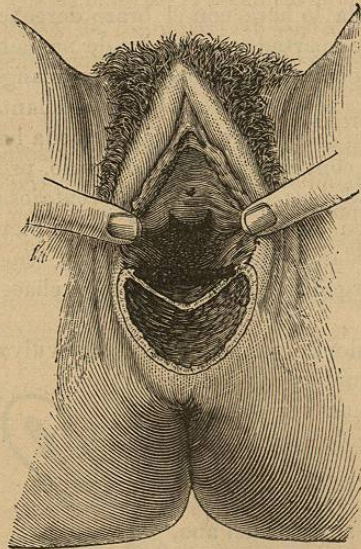


FIG. 231.—Denudación para reunir el periné, rasgado. (Savage.)

Savage dice que su método consiste "en la reseccion de toda la parte sobrante de la vagina en su márgen ano-vulvar, y luégo en quitar una porcion triangular de la mucosa vaginal, estendiéndose el ángulo medio, alguna distancia y hácia arriba, á lo largo de la pared posterior de la vagina," etc. Despues añade que eso "hace que el segmento posterior de la vagina se acerque al púbis, de modo que oponga un verdadero obstáculo al prolapso de la parte." Este proceder era resultado natural é inevitable de querer reemplazar el cuerpo perineal, y todo operador que intentaba eso practicaba mas ó ménos perfectamente la colpo-perineorrafia.

Con respecto al origen de la presente operacion de la perineorrafia, ó por lo ménos en cuanto á sus caractéres esenciales, puede decirse que se debe á Baker Brown el haberla convertido en colpo-perineorrafia y en remedio para el rectocele, como lo prueba en su obra al llamar "Operacion del rectocele" á ese procedimiento representado en una de las figuras descriptivas. Su proceder reunia todo lo esencial del que ahora se adopta generalmente, con pocas modificaciones. Desde que se dió á conocer no se le ha hecho sufrir cambio de gran importancia, si se esceptúa la supresion, hecha por Marion Sims, de ciertas superfuidades, como la incision del esfínter y el uso de cañones de pluma, que á mas de no ofrecer ninguna ventaja eran positivamente dañosos.

Despues de haber formado lo que ha de ser base y línea de union de dos triángulos, que se juntan en el surco artificial, se coge el tejido del lado interno de uno de los labios

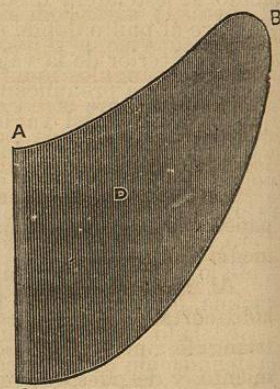


FIG. 232.—Uno de los triángulos de denudación.

¹ "Surg. Dis. of Women," 3d Eng. ed., p. 94.

mayores, como en el punto medio entre el meato urinario y el ano; se practica una incision estendida hácia abajo hasta el punto donde principia cerca del ano el otro surco avivado; y otra incision se dirige, desde el punto elegido en el labio, hácia atrás hasta el extremo superior ó vaginal del surco avivado que forma la base del triángulo. Entónces quedará un espacio triangular, Fig. 232, cubierto de membrana mucosa y limitado por tres incisiones ó surcos avivados.

En esa figura, C A representa el surco que se estiende desde el ano y hácia arriba por la vagina (lado rectal del triángulo); C B, el surco estendido desde el ano hasta el punto indicado del labio mayor (lado cutáneo); y B A, el surco desde ese punto del labio hasta el extremo vaginal del surco rectal (lado vaginal). Luégo se denuda con tenáculo

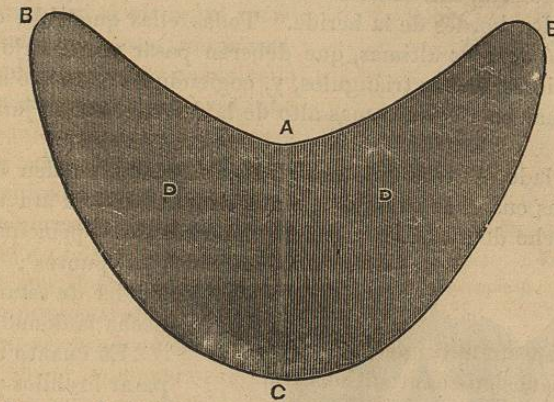


FIG. 233.—Los dos triángulos de denudación que han de reunirse.

y tijeras la parte comprendida en el triángulo D; quitando la menor porcion posible de tejido. Haciendo lo mismo en el otro lado resultarán dos triángulos iguales cuya base comun sea la línea C A. El doblarlos uno sobre otro y el asegurar su contacto por medio de la sutura, constituye la segunda parte de la operacion. La Fig. 233 representa la forma de ambos triángulos unidos por su base.

Esto puede representarse prácticamente cortando, de carton ó papel, una figura semejante á la adjunta y doblándola por su línea media A C.

Al hacer la primera parte de la operacion suelo principiar por un lado cortando tiras sucesivas de tejido hasta dejar denudado todo el triángulo; pero el método que ántes he indicado simplifica el procedimiento, y despues de seguirlo una vez para comprender enteramente la operacion, podrá el práctico adoptar otro.

Para esa parte de la operacion puede usarse el bisturí, pero con las tijeras se hace ántes y se ocasiona ménos hemorragia, como tan acertadamente lo ha indicado Emmet. Un profesor de Chicago, el Dr.

Jenks, ha propuesto otro método para la denudacion, descrito por él en un interesante artículo.¹ Consiste en introducir por debajo de la membrana mucosa unas tijeras de puntas agudas, y, sin sacarlas un momento, ir separando rápidamente la membrana de los demas tejidos, con lo cual se hace pronto y con poca pérdida de sangre toda la denudacion necesaria.

El Dr. A. Smith ha usado en estos casos una especie de legra cónica ó de piñon con estrias cortantes,² como la que emplean los dentistas haciéndola girar rápidamente por medio del torno. De ese modo la parte queda pronto y bien denudada, sin pérdida de sangre.

43. Pasadas las suturas de seda, por medio de las mismas se pasarán inmediatamente las de plata, como á un tercio de pulgada de distancia una de otra, introducidas como á un cuarto de pulgada ó media pulgada de los bordes de la herida. Todas ellas quedarán escondidas ménos una ó dos, las últimas, que deberán pasar por debajo de los ángulos superiores de los triángulos, y, cogiendo la sutura ó suturas del tejido vaginal en el punto mas alto de la denudacion, se juntarán esos ángulos.

Á cada lado del triángulo perineal así formado, pueden quedar dos bolsas en las cuales se acumulen materias pútridas. Para evitarlo, se cuidará mucho de que las suturas queden escondidas principalmente en

esos puntos; y tambien ahí ha de estar muy bien hecha la denudacion.

En cuanto al modo de pasar los hilos y torcerlos, véase lo espuesto acerca de la operacion de la fístula vaginal. Despues de proceder como en ese capítulo se esplica, se tuercen una á una las suturas empezando por las inferiores. Si se considera necesario, podrán pasarse suturas superficiales por entre las profundas, á fin de asegurar mejor la aproximacion de la superficie cutánea.

La Fig. 234 presenta de perfil las suturas en

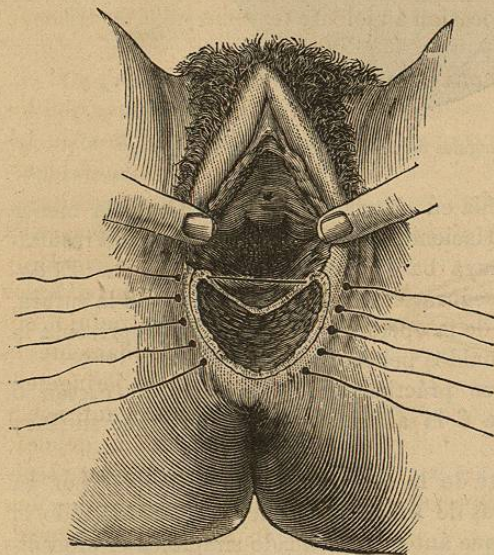


Fig. 234.—Superficie avivada, y suturas y en posicion.

¹ Am. Journ. Obstet., vol. xii., No. 11, Ap., 1879.

² Este instrumento fué usado primeramente por mí en la operacion de la fístula vesicovaginal, y el Dr. Smith, sin saber esto, lo empleó poco despues como queda dicho.

posicion y sujetando los ángulos uno contra otro. Las suturas se dirigen hácia atras y pasan por la pared vaginal posterior, llevándola adelante para que sirva de base á los dos triángulos opuestos que han de constituir el nuevo cuerpo perineal.

Las suturas no se dejarán cortas, sino como de dos pulgadas de largo, para torcerlas luégo juntas y sujetarlas con un trozo de tubo de goma, segun lo sugiere Emmet y lo manifiesta las Figs. 235 y 236.

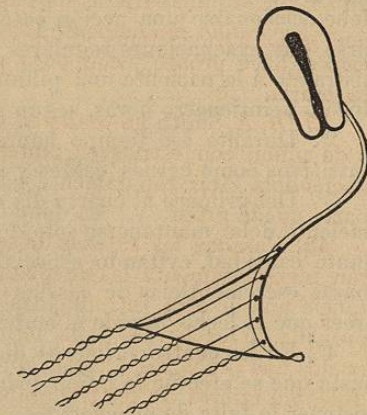


Fig. 235.—Vista de perfil del periné recién cerrado; suturas en posicion.

44. En mi larga esperiencia, dice el autor, cuatro veces me ha resultado desfavorablemente esta operacion. Como el hallar tropiezos es lo que nos enseña á evitarlos más tarde, he de comunicar á mis comprofesores lo que en mi práctica he hallado.

De esos cuatro casos, en dos obtuve la union perfecta de la parte rasgada; pero, aunque en ambas enfermas se habia sostenido la catarsis por espacio de una semana, el recto se llenó de grandes masas de excrementos endurecidos, dando ocasion á violento tenesmo y á la destruccion del periné recién formado.

En el tercer caso, quedó una masa ó tapon bulboso rectal, y al eliminarle se rasgaron los extremos unidos de los músculos, dejando abierto el periné.

En el cuarto caso, la enfermera encargada de hacer las inyecciones rectales, introdujo sin duda repetidamente la cánula de la jeringa entre la sutura inferior y la inmediata, dejando una abertura en el periné, la cual formó una fístula recto-perineal,

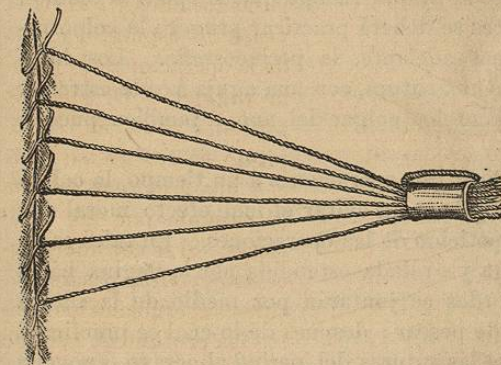


Fig. 236.—Modo de asegurar los extremos de las suturas. (Emmet.)

pues la union en el esfínter se habia efectuado perfectamente.

Estos ejemplos me hacen ahora observar escrupulosamente y recomendar con interés lo que sigue:

1°. Cuando se vaya á operar en los casos de rasgadura completa del periné, procúrese ántes por el espacio de *dos semanas enteras* la eva-

cuacion completa de todas las masas escrementicias que pueda haber en el tubo intestinal, considerando que éste tiene gran longitud y pueden quedar acumuladas en él masas fecales por espacio de meses. No debe ocasionarse una accion catártica escesiva; pero sí han de producirse dos evacuaciones regulares diarias, lo cual puede lograrse administrando á la paciente una píldora de ruibarbo compuesta, cada ocho, doce ó veinticuatro horas, segun sea menester.

2°. Durante ese tiempo han de darse á la enferma alimentos muy nutritivos como carnes, caldos y legumbres.

3°. Del primero al cuarto día despues de practicada la operacion, la paciente debe mantenerse sólo de caldos muy sustanciosos y en abundante cantidad, evitando especialmente la leche, que hace se formen masas escrementicias de caseina endurecida. Es una equivocacion el creer que la leche impide el endurecimiento de las heces.

4°. En los cuatro primeros días siguientes al de la operacion, ó sea hasta que se efectúe la union primaria de las partes rasgadas, se ha de sostener la falta de evacuaciones, que despues de ese tiempo se facilitarán por medio de laxantes ligeros ó de enemas.

5°. En caso de usar tubo rectal, éste deberá ser pequeño.

6°. Si hay que administrar enemas, convendrá que lo haga el médico, á menos que esté fuera de duda la capacidad de la enfermera.

Ha de tenerse presente que la atencion del profesor es necesaria hasta en los mas sencillos pormenores, porque de ello puede depender el éxito final de todo el procedimiento.

Como ya se ha dicho, en algunos casos es tan grande la lesion vaginal, que no pueda remediarse al propio tiempo que se opera la reunion del periné rasgado. Entónces se deberá practicar primero la colporrafia, é inmediatamente, ó mas adelante, la perineorrafia. Los hilos pueden pasarse por medio de una sutura, con una aguja á cada extremo, desde la vagina al recto, dejándolos colgar del ano, ó tambien pueden dejarse en la vagina.

Suele ser necesario practicar dos operaciones á un tiempo, la colpo-rrafia posterior y la perineorrafia, para evitar el mal efecto moral que produce en la paciente la repeticion de las operaciones. En tales casos se hará una denudacion larga y ovalada estendida por la vagina hácia el cuello del útero, y los bordes se juntarán por medio de la sutura con cuerda de tripa ó sedal de pescar; despues de lo cual se practicará la perineorrafia. Quitándose las suturas del periné al octavo ó noveno día, las de la vagina pueden dejarse hasta que se reabsorban. Esto evita que se haya de forzar el periné, como sucederia al haber de extraer las suturas metálicas ó las de seda.

Con ese objeto Jenks, despues de denudar hácia arriba la pared posterior de la vagina, une la parte denudada por medio de suturas de cuerda de tripa, pasa por cada una de éstas un perdigon agujereado y luégo un trozo de tubo de goma de dos pulgadas y media de largo, y

al extremo del tubo ajusta otro perdigon apretándolo bien. Al quitar el perdigon comprimido, pueden retirarse fácilmente el tubo de goma, el otro perdigon y la sutura. La Fig. 237 representa esa parte del ingenioso procedimiento adoptado por Jenks.

Cuando se haya cerrado el periné, y si la paciente lo tolera, podrá

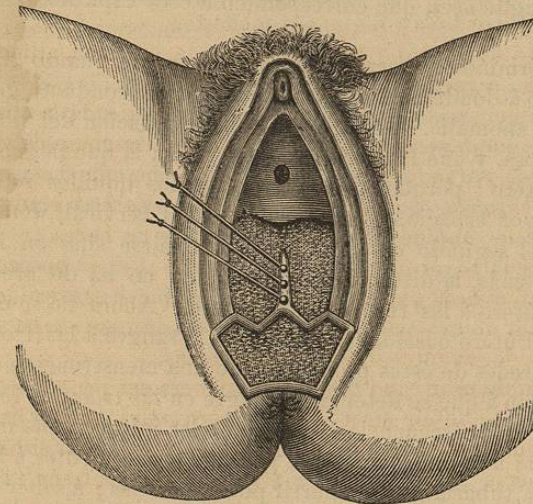


FIG. 237.—Operacion de Jenks para la colpo-perineorrafia.

aplicarse de cuando en cuando un tubo rectal para dar salida á los gases, ó en lugar de esto mantener en el recto una algalia grande; por mas que no es necesario.

Aun despues de haberse reunido perfectamente los labios de la herida hay gran peligro de que vuelvan á separarse al efectuarse la primera evacuacion, pues puede suceder que las heces endurecidas, á su paso por el esfínter produzcan nueva rasgadura de la parte operada. Ya he manifestado que en mi práctica he visto dos veces eso mismo. Para evitarlo, algunos profesores procuran que la enferma evacue diariamente desde que se la opera. Antes preferia impedir las evacuaciones hasta que se quitaran las suturas; pero ahora, en vista los casos aludidos, adopto el plan que Granville Bantock recomienda en una excelente monografía de esta operacion;¹ esto es, procurar que la paciente no evacue en los tres ó cuatro días que sigan al de la operacion, y administrar luego enemas laxantes que promuevan la accion intestinal.

En la actualidad son várias las sustancias empleadas como suturas en esta operacion. Los profesores alemanes, siguiendo á Simon, continúan usando la seda; entre los de Inglaterra y de los Estados Unidos, generalmente se emplea el hilo de plata de Sims, aunque algunos pre-

¹ On Rupture of the Female Perineum, Lóndres, 1878.

fieren la cuerda de tripa segun lo recomienda Lister, y otros el hilo de pescar, muy encomiado por Bantock.

45. En la nueva edicion inglesa no se ha limitado el autor á considerar la atresia de la vagina, sino que lo ha estendido para tratar tambien del estado atrésico de todo el conducto genital, segun se espone en las notas siguientes, que corresponden á este capítulo.

46. En términos generales puede decirse que cuanto mas alto se halle el punto á donde alcance la obliteracion del conducto genital, mas grave será la anomalía. De ahí que la imperforacion del hímen sea la menos peligrosa, y que la atresia mas grave sea la que llegue al orificio interno del útero; porque en el primer caso los líquidos retenidos encuentran mayor espacio, la vagina y el canal cervical, donde acumularse; y en el segundo caso no pueden reunirse sino en la cavidad uterina. Además, la distension de la vagina no ha de afectar tanto como la del útero á las trompas de Falopio. Ahora no se cree que la distension del útero ocasione el reflujo de la sangre á las trompas, sino que en las paredes de éstas produce como una menstruacion supletoria. Esto da ocasion á que se detenga la sangre en las trompas, lo cual suele producir con tanta frecuencia la rotura de las mismas, que merece considerarse como uno de los mayores peligros consiguientes á la atresia.

Esa rotura tubaria puede ocurrir por dos causas; á saber: ó porque al vaciarse de pronto la matriz y producirse la contraccion de sus tejidos, se estienda ésta á las fibras musculares de las trompas; ó porque hallándose en posición fija las trompas por efecto de una peritonitis, al bajar el útero ejerza tan fuerte traccion de ellas que tambien las rompa, ó desgarré las falsas membranas que las sujeten.

Sin embargo, no debe olvidarse que, si bien sea en casos escepcionales, la atresia vaginal puede ocasionar la distension del útero y de las trompas al producir la dilatacion gradual del conducto uterino; y esto debe tenerse en cuenta al haber de practicar la operacion.

ATRESIA DEL ÚTERO.

Definicion y frecuencia.—Es la obliteracion del conducto cervical de modo que imposibilite la salida de los líquidos acumulados en la cavidad del cuerpo uterino. La atresia parcial, la estenosis, no es rara; la obliteracion completa sí lo es.

Varietades.—La atresia del útero puede ser congénita ó adquirida. La congénita afecta al orificio interno, al esterno, ó á todo el conducto cervical. En algunos casos el cuello uterino es sumamente pequeño mientras el cuerpo de la matriz se halla muy distendido por los líquidos.

Cuando la atresia es adquirida puede tambien limitarse á uno de los orificios cervicales, ó á los dos, ó estenderse á todo el conducto. Las causas que mas comunmente producen la atresia, son:

El uso de cáusticos.
La endometritis cervical.
La irritacion ocasionada por neoplasmas en el canal.
La atrofia senil.
Las escaras despues del parto.
La amputacion del cuello uterino.
El uso de la cuchareta de acero.

La aplicación de los cáusticos es frecuente causa de estenosis graves, y algunas veces produce hasta la atresia completa. Interesando la endometritis cervical los folículos de Naboth, en algunos casos acaba en inflamacion adherente. La atresia por irritacion del canal la he visto producirse en tres casos. La atresia senil es tan frecuente, que segun Hennig la hay en un 28 por 100 de las mujeres que pasan de los cincuenta años de edad. En algunos casos, no raros, la atresia es ocasionada por escaras ó por la amputacion del cuello; y en mi práctica la he visto producirse á consecuencia de haberse usado la cuchareta de acero.

Resultados.—A primera vista parecerá que la atresia uterina que ocurra despues de la menopausia, es cosa de poca importancia, como suele suceder cuando existe antes de la pubertad. Eso es cierto en la generalidad de los casos, pero hay escepciones. En la mujer anciana se produce algunas veces una secrecion uterina acuosa que da origen á la hidrómetra; tambien puede haber supuracion, formando la piómetra; y, aunque muy raras veces, el líquido aprisionado da ocasion al desarrollo de gases, ó sea la fisómetra. En casos muy contados se produce la hidrómetra ántes de la pubertad y la hematómetra despues de la menopausia.

Los males resultantes de la atresia uterina, son:

Hematómetra.
Hematosalpingis.
Hidrómetra.

Y las consecuencias de éstas, pueden ser:

Peritonitis.
Hematocele pelviano.
Rasgadura de la vagina, del útero ó de las trompas.
Septicemia.

Pronóstico.—Cualquiera que sea el proceder que se adopte en un caso de atresia uterina con retencion de la sangre menstrual, el pronóstico es necesariamente grave. Si se deja el caso á sí propio, lo probable será que tarde ó temprano sobrevenga alguno de los males enumerados; y si se recurre á los medios quirúrgicos, se presentan peligros como la rasgadura de las trompas, la laceracion de las falsas adheren-

cias membranosas, y la septicemia ocasionada por la entrada del aire en la cavidad uterina distendida.

Diagnóstico diferencial.—En algunos casos resulta sumamente dificultoso el diferenciar entre la retencion de la sangre menstrual y los tumores fibrosos, escrescencias malignas, quistes ováricos, hematocele y embarazo. Los signos racionales que sirvan para la diferenciacion serán estos: ménos en caso de embarazo, en el cual falta el flujo catamenial, generalmente hay aumento de menstruacion; el tumor es puramente uterino, y no ovárico, retrouterino ni anteuterino; se ha ido formando con lentitud en vez de hacerlo rápidamente como el hematocele, y en cada período menstrual ocasiona mayor incomodidad. Los signos físicos nos dan resultados mas importantes, pues por la introduccion de la sonda uterina podremos cerciorarnos de que la atresia existe ó no en el conducto cervical.

Las Figs. 238 y 239 representan las variedades de la hematómetra consiguiente á la atresia del cuello uterino.

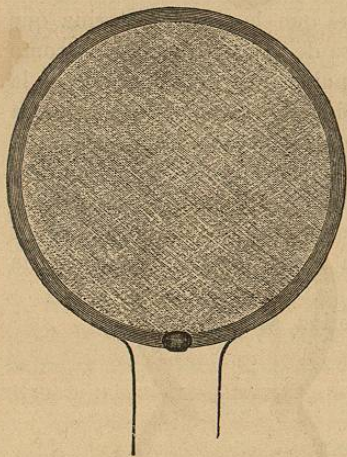


FIG. 238.—Atresia uterina, en el orificio externo.

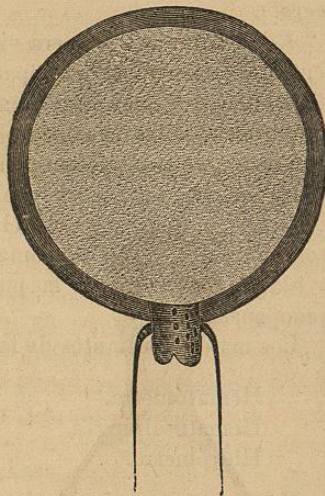


FIG. 239.—Atresia uterina, en el orificio interno.

La Fig. 240 presenta ejemplo de la atresia de uno de los úteros en un caso de matriz doble.

En este último caso la menstruacion será regular; se podrá reconocer el útero por la palpacion y el tacto combinados é introduccion de la sonda hasta el fondo de la matriz, al propio tiempo que exista un gran tumor en otro útero desarrollado anormalmente. Entonces el diagnóstico no será posible sino haciendo con cuidado la palpacion y el tacto combinados.

Variedades de la atresia vaginal.—Dependiendo la formacion de

la vagina del modo como se efectúe la union de los conductos de Müller en el feto, las anomalías producidas por la falta de buen desarrollo podrán ser muy variadas; pero las principales son aquellas en que la vagina resulta doble, unilateral, diminuta, ó rudimentaria. Otras veces la vagina no existe, ó su canal se halla cerrado en algun punto y en mayor ó menor estension de su trayecto. Pero la anomalía mas frecuente es la imperforacion del hímen, Figs. 241, 242, que tambien es la mas fácil de remediar por medio de la operacion, á la cual no acompañan los peligros que ofrecen los procedimientos necesarios en los demás casos de atresia.

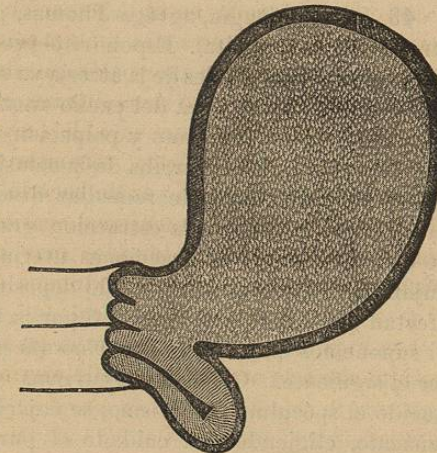


FIG. 240.—Atresia en una de las mitades de un útero doble.

47. El autor cree que por regla general no se debe practicar operacion alguna en caso de atresia vaginal congénita, ó de ausencia de la vagina, sino cuando haya sangre

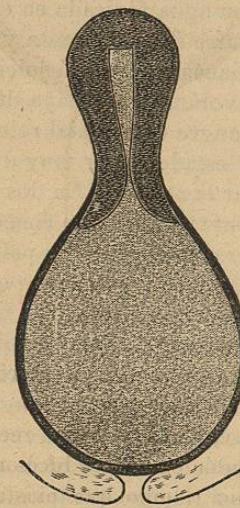


FIG. 241.—Vagina distendida por la sangre, á consecuencia de la imperforacion del hímen.

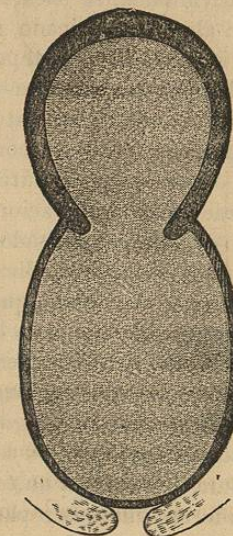


FIG. 242.—Vagina y útero distendidos por la sangre, á causa de la imperforacion del hímen.

menstrual aprisionada; ó cuando se pueda distinguir bien el útero y la

enferma padezca por falta de las reglas ; ó cuando alguna razon muy poderosa exija que se facilite la union sexual.

48. Sólo la cirugía, agrega Thomas, puede facilitar el remedio de la atresia del canal genital. Espondré el procedimiento en cuanto es aplicable á todas las variedades de la atresia ya sea uterina, vaginal, ó del hímen.

Cuando la atresia sea del cuello uterino, el operador deberá cerciorarse, por medio del tacto y palpacion combinados, del grado de distension que exista mas arriba de la oclusion cervical. Si esta es de poca consideracion se la puede remediar desde luégo ; pero si es muy marcada deberá preferirse la extraccion gradual del líquido retenido, á fin de evitar violentas contracciones uterinas que, como dice Barnes, empujan hácia las trompas el flúido depositado en la cavidad uterina, ó las afectan por relacion simpática ó por la traccion repentina hácia abajo. Si suponemos que el tumor uterino sea grande, el procedimiento deberá ser el siguiente. Colocada la enferma en la posicion de Sims, é introducido el spéculum del mismo, se cojerá el cuello de la matriz con un tenáculo, eligiendo con cuidado el punto en que haya de practicarse la puncion ; luégo se rociará la vagina, por medio del pulverizador, con la disolucion fenicada, é inmediatamente se introducirá en el útero la aguja mas pequeña del aspirador de Dienlafoy, unida á su tubo y fijada de antemano en el punto elegido, estrayendo por succion la sangre retenida. Cuando el tumor haya disminuido como una tercera parte de su volúmen, se sacará rápidamente la aguja y se taponará la vagina con algodón fenicado, saturándolo con agua fenicada en el momento de ir á usarlo. El tapon podrá quitarse á las cuarenta y ocho horas, repitiendo la operacion una ó dos semanas despues, á juicio del profesor, hasta que el útero esté reducido de volúmen y se haya descargado gradualmente casi por completo, de la sangre catamenial retenida. Entónces, ó en el acto si el útero no hubiera estado ántes muy distendido, se practicará la operacion para remediar la atresia. En dos casos he logrado excelentes resultados por el siguiente método, que conceptuo recomendable por su sencillez y porque no ofrece grandes peligros. Dispuesta la paciente como queda explicado, y al mismo tiempo que se hace un rociamiento fenicado ligero que no impida la vista, de la region operada, se fijará el cuello uterino con un tenáculo, y se introducirá en la cavidad de la matriz una larga aguja de exploracion. La cesacion de la resistencia al paso de la aguja y la salida de una gota de sangre indicarán que se ha llegado á la cavidad buscada. Llevando entónces por la ranura de la aguja un tenótomo fino, se le empujará hácia arriba hasta donde sea menester para abrir el canal ; luégo se repite la seccion en los otros tres lados ; se inyecta la cavidad del útero, muy suavemente, con agua fenicada y una jeringa pequeña ; se introduce en el cuello un pequeño émbolo de cristal, y se hace el taponamiento de la vagina como despues de haber usado el aspirador.

Si la atresia vaginal consiste en la oclusion por un diafragma ó por el hímen, se seguirá la misma regla de conducta y se tomarán iguales precauciones antisépticas. Cuando se recurra á la evacuacion gradual y empiece á desarrollarse fiebre séptica, se adoptará desde luégo el método espeditivo. La evacuacion gradual debe hacerse exactamente lo mismo que en la atresia uterina, pues siempre será mas acertado suponer que habiendo distension vaginal haya de haberla tambien uterina probablemente. Cuando el hímen está imperforado, la operacion puede practicarse de dos maneras : pasada la aguja exploradora, guiando por su canal un bisturí, é incindiendo en cruz la membrana ; ó cogiendo la membrana, como lo recomienda Puesch, y cortando un trozo circular bastante grande. Despues de abierto el tabique membranoso deberá inyectarse bien la vagina con agua fenicada, introduciendo entónces el émbolo de cristal de Sims.

Cuando hay oclusion completa de la vagina, la posicion de ésta la indica un cordón fibroso duro ; pero en los casos en que falta la vagina misma no se notará indicio alguno de ella al hacer el reconocimiento, y se habrá de formar un canal entre el recto y la vejiga por medio de una masa de tejido areolar. Si existiere acumulacion de sangre menstrual, la operación será mucho mas fácil que en el caso contrario, pues la mayor dificultad que ofrece es la de hallar el cuello de la matriz, y esto se logra pronto cuando haya líquido retenido en ella. Las demas operaciones en los casos de atresia son insignificantes si se las compara con ésta, para la cual se requiere habilidad y prudencia.

49. Otro de los medios para combatir el prolapso y las hernias de la vagina, dice Thomas, consiste en desarrollar la fuerza retentiva del abdomen, ó mas bien en evitar todo lo que tienda á reducirla, como lo es la perniciosa costumbre de apretarse la cintura y usar ropa muy pesada que oprima la region abdominal.

50. El Dr. Baker,¹ de Boston, da cuenta de un interesante caso de fístula urétero-uterina cuya curacion se logró disecando el uréter que terminaba cerca del meato urinario, haciendo una abertura en un punto próximo al cuello de la vejiga, introduciendo en ella el uréter, y cerrando luégo la herida vaginal. Tambien el Dr. Campbell,² de Georgia, ha notificado un caso de fístula urétero-vaginal que él curó por esta sencilla operación : introduciendo un bisturí pequeño hasta el uréter, incindió su pared anterior, haciendo que el instrumento penetrara en la vejiga ; y luégo cerró la incision vaginal, por medio de la sutura con hilo de plata. La enferma se restableció pronta y enteramente.

Otro caso notable de fístula de esta especie ha citado Zweifel, de Erlangen, quien estirpó el riñon del lado correspondiente. El éxito

¹ N. Y. Med. Journal, Dic., 1878.

² Amer. Journ. Med. Sciences, Jan., 1880.