

---

---

## ACCIDENTES Y COMPLICACIONES

---

### I

#### HERIDA DE LA VEJIGA.

Es un accidente operatorio, por desgracia, bastante frecuente. Entre nosotros, en México, conozco varias observaciones de traumatismos operatorios del receptáculo de la orina.

La abertura consciente de la vejiga durante el ejercicio de la histerectomía, es menos frecuente. Yo personalmente tuve oportunidad de practicar una resección parcial de la vejiga en una señora de Tepic, M. L., á quien extirpé un sarcoma de la pelvis.

Sea voluntaria ó accidental la abertura de la vejiga, es menester suturarla inmediatamente.

Esta sutura comprenderá dos planos, y de preferencia se ejecutará con seda muy fina.

Un primer plano de puntos separados, hace el afrontamiento exacto y minucioso de los bordes de la sección. Es prudente comenzar y terminar la sutura en los ángulos, sobre tejidos no divididos por la lesión.

La aguja no debe comprender todo el espesor de la mucosa vesical, sino que penetrando por la cara externa del órgano, saldrá á tres ó cuatro milímetros del borde libre de la mucosa, recorriendo un camino inverso en el labio opuesto.

En rigor, no sería tan peligroso en la vejiga como en el intestino, que algunos hilos perforasen la totalidad de la mucosa.

Algunas incrustaciones tardías podrían ser la consecuencia de este accidente, si el hilo de la sutura no se disolviese.

Una vez realizado el perfecto y minucioso afrontamiento de los bordes de la herida, por este primer plano de suturas, se procede á colocar un segundo, por el método de LEMBERT.

La inversión de la línea primera de suturas, formando relieve en el interior de la vejiga, bajo la influencia del segundo plano á la LEMBERT, no causa grandes trastornos en el funcionamiento vesical.

Por poco que se haga sospechoso el estado de la mucosa, aplíquese una sonda á permanencia. El modelo de PEZZER es enteramente recomendable.

Si la mucosa está sana, límitase la acción del Cirujano á evacuar asépticamente cada tres horas la vejiga.

## II

### HERIDA DEL URACO.

Cuando el uraco ha quedado permeable y se le divide durante la operación, muy pocas veces ha causado fístulas.

Si se hiere y se reconoce su lesión, se le liga y fija sobre la pared abdominal. Para mayor seguridad, se le pueden poner dos ó tres ligaduras en diversos puntos de su trayecto.

Hay que vigilar que la vejiga no se distienda por exceso de orina, practicando á menudo el cateterismo.

## III

### HERIDA DEL URETER.

Desgraciadamente se observa con cierta frecuencia la lesión del uréter, durante el curso de las histerectomías.

Cuando se hace la hemostasis de los ligamentos anchos, por el método de forcipresión constante, ha sucedido al retirar las pinzas, ver la formación de una fístula vagino-ureteral.

Si la herida del uréter es una incisión pequeña y lateral, se tratará de cerrarla con una ligera sutura, hecha con seda muy fina.

VAN HOOCK aconseja que una vez hecha esta sutura y convencido el cirujano de que no filtra orina á su través, se le forme con el peritoneo cercano una autoplastia que la cubra á modo de un estuche. Se protege así tanto el resto de la serosa contra una invasión probable de orina, como la sutura misma contra los frotamientos directos de las asas intestinales.

Los hilos no deben ser perforantes: para asegurar esto DELAGENIÉRE coloca en el interior del uréter un catgut grueso. Por encima de él se pasan todos los hilos, y antes de anudar el último se retira el catgut: si viene sin ocasionar tracciones, es que ningún hilo de seda atravesó el canal.

La sección oblicua con pérdida de una porción de la pared, ó la sección transversal completa, son más frecuentes.

Si los dos cabos del conducto seccionado pueden ponerse aún en contacto, se puede al ejemplo de Pozzi, dilatar la extremidad inferior, invaginar en ella la superior, y fijarlas en esta situación por medio de una sutura circular muy fina.

VAN HOOCK recomienda la uretero-anastomosis lateral en estas circunstancias. La extremidad superior se implanta en una incisión lateral practicada en el segmento inferior, cuya extremidad ha sido previamente ligada.

Si la sección del uréter fuese lateral, pero con pérdida parcial de la pared, se recurrirá con ventaja á la sutura que describió CHAPUT en el Congreso de Cirugía de 1891, para la entero-anastomosis.

Más frecuente es que á la sección del uréter se acompañe el arrancamiento ó la resección de una porción de él y que, en consecuencia, las dos extremidades no puedan ponerse en contacto.

Parecería racional la práctica de la nefrectomía inmediata en estos casos, mas como la enferma sufre el accidente de su lesión ureteral en el transcurso de una intervención ya por sí misma muy grave, se ha creído más oportuno transferir la resección del riñón, colocando el uréter herido en condiciones de causar pocos perjuicios á la enferma.

Por medio de un trócar grueso se perforan las paredes abdominales en el punto más próximo al cabo central del uréter, que guiado al través de la cánula, se trae y fija sobre la piel, estableciéndose una fístula urétero-cutánea.

BAZY, en los casos que permiten al fragmento superior del uréter

venir en contacto con la vejiga, ejecuta la *urétero-cisto-neostomía*.

Consiste la urétero-cisto-neostomía en la implantación del uréter en algún punto de la vejiga.

Se divide la vejiga en una pequeña extensión y se introduce en su interior la extremidad del fragmento superior del uréter, fijándola con una sutura fina hecha con seda.

A semejanza de la operación de BAZY, ha propuesto SIMÓN la anastomosis del uréter con el recto, ó *uretero-procto-neostomía*.

A fin de facilitar la inserción rectal del uréter, se han ideado diversos botones anastomóticos, entre los cuales merecen la preferencia los de BOARI y CHALOT.

El recto queda así transformado en una especie de cloaca que podría retener la orina por la contracción de los esfínteres y expulsarla por descargas voluntarias.

Esta última operación es grave. Accidentes urémicos inmediatos y mortales se han observado, y las lesiones tardías de proctitis, hacen el pronóstico variable y reservado.

En la herida quirúrgica del uréter, cuando la anastomosis de los dos cabos no sea realizable, solamente la nefrectomía puede prestar reales servicios.

#### IV

##### HERIDA DEL INTESTINO.

Por lo regular es una desgarradura ó una pequeña incisión lateral, la que abre el conducto intestinal.

En la práctica de la histerectomía es un accidente raro, aunque posible, la herida del tubo digestivo.

En los casos de desgarraduras ó de heridas laterales, se coloca un plano de suturas sero-mucosas y otro de sero-serosas; el primero, según el estilo de WÖLFLER y CHAPUT, y el segundo según el de LEMBERT y CZERNY.

Si fuese menester reseca una porción de tubo intestinal, se harán las entero-anastomosis de SOULIGOUX, de CHAPUT ó de MURPHY.

## CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

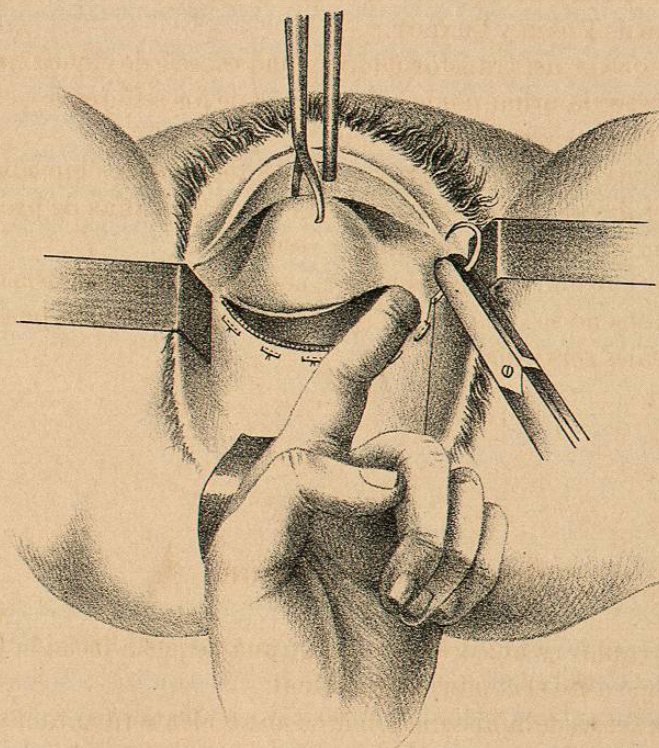


Fig. 75.—Suturas del ligamento ancho, en la histerectomía de Martín.