

Su tratamiento es muy sencillo cuando debe intervenir, pues basta una simple incisión, que comprenda toda su longitud, para que desaparezca.

Los tabicamientos transversales son menos tolerados, porque dificultan el coito, pueden poner obstáculo al parto y aun causar fenómenos de retención temporal. Si los repliegues son múltiples y grandes, el coito llega á hacerse imposible y es preciso intervenir, para lo que basta la simple decisión con la tijera; lo mismo debe hacerse si se encuentran durante el parto. Estos repliegues son mucho más fáciles de combatir que los repliegues cicatriciales, de los que hablaremos más adelante y con los que no deben confundirse. Cuando los repliegues son muy extensos y casi llegan á obstruir la vagina, pueden obrar como válvula, ó aglutinándose pueden producir una retención temporal de los productos menstruales, que se eliminan espontáneamente cuando al cabo de una temporada la presión vence el obstáculo. Frecuentemente se repite el fenómeno una y más veces, y entonces precisa proceder á su dilatación.

ATRESIAS Y ESTRECHECES VAGINALES.—Las estrecheces vaginales suelen encontrarse hacia la parte baja ó la parte alta de la vagina, pudiendo alcanzar más ó menos extensión y ser más ó menos acentuadas; forman, cuando existen, como un anillo muy distinto de la estrechez producida por tejidos cicatriciales; si oponen obstáculo al coito ó al parto, basta para combatirlas una simple incisión á cada lado.

La atresia congénita de la vagina se encuentra, por lo común, en la parte baja de la misma, y ello se explica por la evolución de los conductos de Müller; efectivamente, al terminar el tercer mes de la vida intra-uterina, los conductos de Müller están ya adosados y huecos en su parte alta, pero la extremidad inferior de los mismos está obturada todavía y sólo es hacia el quinto mes cuando los conductos de Müller se han fusionado de arriba abajo y el conducto genital, futura vagina, está constituido. Una suspensión de desarrollo sobrevenida en esta época dejará imperforado el extremo inferior de la vagina, en tanto que el resto del aparato mulleriano habrá adquirido todo su desarrollo y evolución: esa imperforación persiste hasta que el aparato genital llega en la pubertad á su completo desarrollo.

Se establece la menstruación, pero la enferma no tiene conocimiento de ella porque no hay pérdida menstrual; si en algo la conoce es en los fenómenos provocados por el molimen; la sangre queda retenida en la vagina sin producir molestia ninguna. Viene otra menstruación con ó sin molimen sensible y la menstruación no aparece: una nueva cantidad de sangre se deposita en la vagina. Así se van repitiendo los fenómenos periódicos, con extrañeza por parte de la enferma y de sus allegados de que la pérdida menstrual no se establezca: la vagina se ha llenado cada vez más, hasta que llega á producir fenómenos de distensión vaginal y de compresión. Entonces la enferma experimenta crisis dolorosas con tenesmo, que primero son mensuales al caer en la vagina una nueva cantidad de sangre, pero luego pierden la periodicidad y se hacen continuas cuando la vagina está bastante distendida; los dolores pélvicos se hacen cada vez más intolerables y sobreviene la compresión del recto, con dificultades para la defecación, y la de la vejiga con retención de orina. Generalmente la retención de orina ocurre á cada período menstrual cuando la vagina sufre una

nueva distensión; luego se establece la tolerancia y la micción vuelve á ser espontánea.

El tacto y la exploración externa bastan para diagnosticar una enferma en estas condiciones. El dedo encuentra un obstáculo á la entrada de la vagina formado por una membrana prominente en esfera, blanda y depresible ó renitente, según la distensión sufrida: no puede el dedo penetrar por ningún lado. Se hace el tacto rectal y se encuentra un tumor fluctuante ó renitente que llena la convexidad del sacro y comprime el intestino. La inspección de la vulva (fig. 212) nos permite ver dicha membrana de un color rosado, á veces azulado en el centro, y no cabe duda de que se trata de una imperforación del himen ó de una atresia de la extremidad vaginal inferior; ya antes dije cómo podían distinguirse.

El tumor pélvico es un *hematocolpos* (fig. 216), que llena la excavación ascendiendo más ó menos hacia arriba, encontrándose en la parte alta el útero, que no toma parte en la dilatación; á lo más el cuello se dilata algo, pero el cuerpo del útero, más resistente que las paredes vaginales y la misma membrana obturadora, no se dilata, y tenemos el hematocolpos simple sin hematometra. Cuando la atresia es alta y apenas queda vagina para formar cavidad, entonces sobreviene hematometra y aun hematosalpinx; pero en las atresias bajas que aquí nos ocupan, la hematometra será una verdadera rareza.

El pronóstico del hematocolpos, abandonado á su curso propio, no es nada halagüeño, puesto que la ruptura espontánea es una rareza, y cuando ocurre suele recidivar por obturación consecutiva. La retención sostenida puede alcanzar las partes altas del aparato genital y entonces es verdaderamente grave.

En cambio, el tratamiento es sencillísimo y eficaz. De ningún modo debe practicarse una punción exploradora ó paliativa, como se había recomendado en otro tiempo. El diagnóstico es bastante claro y seguro para que el ginecólogo tenga dudas, por más que se me han remitido algunos casos sin diagnóstico y como afecciones raras; la punción provocaría seguramente la supuración del contenido, pues pocos líquidos hay tan á propósito para la infección y que ofrezcan mejor terreno de cultivo que la sangre largamente retenida en un hematocolpos. Es preferible, cuando se va á practicar la evacuación, hacerla de una vez.

Para ello se prepara la vulva con todo el rigor antiséptico posible, y con el bisturí se practica una incisión de dos centímetros en la membrana obturatriz

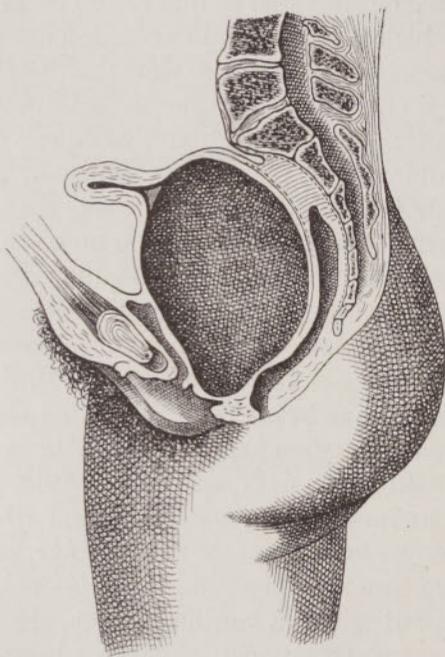


FIG. 216

Hematocolpos (MARTIN).

y en sentido ántero-posterior; esta incisión es absolutamente indolora, de manera que la anestesia huelga. Inmediatamente se derrama el contenido en cantidad variable y con fuerza diferente, según los casos; es de un color achocolatado, espeso, siruposo y algo glutinoso; los glóbulos rojos que contiene están muy deformados. Pronto se acaba el derrame del contenido, sobreviniendo con frecuencia dolores pélvicos por la retracción de las partes dilatadas.

Recomiendan algunos practicar en seguida una irrigación vaginal antiséptica y taponar la vagina con gasa yodofórmica. Creo que esto tiene sus inconvenientes y prefiero dejar el tiempo necesario para que la retracción de las partes sea completa; así es que coloco en la vulva compresas empapadas en solución de bicloruro, para que no se infecte ésta ni la vagina, que se renuevan con frecuencia, tan pronto se manchan por el derrame de lo que resta del hematocolpos; cuando el derrame ha terminado del todo, á los dos ó tres días, comienzo las irrigaciones vaginales con agua esterilizada. En varios casos en que he procedido así, no ha ocurrido nunca el más ligero accidente y la enferma ha podido salir á la calle á los cinco ó seis días. Durante unas semanas debe vigilarse la abertura vaginal para que no se cierre, tanto si se ha tratado de una imperforación del himen como de una atresia vaginal, ya que la conducta en ambos casos es absolutamente idéntica.

Una variedad de hematocolpos bastante rara, pero que conviene tener en cuenta, es el *hematocolpos lateral*. Se forma en los casos en que todo el aparato genital queda tabicado y los conductos de Müller se han desarrollado aisladamente, existiendo, por tanto, doble vagina y doble útero: uno de los conductos de Müller ha quedado imperforado, y al establecerse la menstruación la sangre se acumula en la media vagina imperforada, formando un tumor quístico al lado de la vagina, siendo de notar, como lo ha señalado Breisky, que no siempre este tumor es perfectamente lateral, sino que á veces está como arrollado en espiral sobre la vagina abierta, de modo que su extremidad inferior viene á corresponder hacia adelante y la superior hacia la parte lateral ó posterior. El hematocolpos lateral es menos frecuente que la hematometra lateral, lo que se comprende perfectamente si se recuerda que la fusión de los conductos de Müller precede á la formación del útero.

El diagnóstico del hematocolpos lateral no ofrece dificultades, pues tan sólo un examen superficial podrá hacer creer en un quiste vaginal, un cistocele, un enterocele ó todo otro tumor sólido de la vagina; con todo, bajo este punto de vista, conviene recordar que Freund ha atribuído algunos quistes vaginales á la persistencia de algunos trozos de los conductos de Müller. El diagnóstico de la hematometra lateral es mucho más difícil y puede dar lugar, como veremos oportunamente, á dificultades diagnósticas insuperables.

El curso del hematocolpos lateral es igual al del verdadero hematocolpos, con la diferencia de que á menudo, si persiste mucho tiempo sin que el ginecólogo intervenga, se abre espontáneamente en la vagina, lo que se comprende, porque el tabique de separación en estos casos suele ser siempre delgado y friable; esa abertura espontánea le da cierta gravedad, puesto que luego vuelve á cerrarse, pero entonces la cavidad, á causa de la abertura primera, no está libre de microbios, y al reproducirse el hematocolpos supura y puede ser origen de

diversas complicaciones; conviene recordar la posibilidad de esta complicación, porque nos servirá para explicar algunos casos raros de supuraciones peri-vaginales.

El tratamiento es muy sencillo y consiste en destruir ampliamente el tabique divisorio, de manera que no quede fondo de saco hacia la parte inferior, recordando siempre la facilidad con que pueden infectarse estos casos, y que la infección, cuando sobreviene en la sangre menstrual retenida, es verdaderamente maligna.

Se ha visto, por rareza, en la atresia del himen, ó de la vagina cuando es retro-himenal, formarse una colección de moco bastante para producir fenómenos de retención, principalmente dolores y aun compresiones; se comprende que esto ocurrirá durante la infancia. Godefroy, Breisky, Bryce, Veit y otros han observado estos casos generalmente en la primera infancia.

Terminaré manifestando que, cuando se trata de un *hematocolpos*, debe desecharse toda intervención, como la laparotomía y la punción vesical ó rectal propuestas por algunos autores, y no debe aceptarse otra forma de intervención que por las vías naturales ó vulvo-vaginal.

ANOMALÍAS ADQUIRIDAS

FÍSTULAS URINARIAS

Etiología y patogenia.— Bajo el punto de vista de su origen, pueden dividirse las fistulas urinarias en dos grupos bien distintos: *traumáticas* y *espontáneas*, clasificando entre las primeras todas aquellas que han sido producidas por una acción mecánica, cualquiera que sea su origen, y entre las segundas las que son debidas á lesiones ocasionadas por el curso espontáneo de determinadas dolencias.

FÍSTULAS TRAUMÁTICAS.— Las fistulas traumáticas son las más numerosas y frecuentes, y casi las únicas que el ginecólogo debe tener en cuenta como enfermedad autóctona, pues las espontáneas mejor merecen figurar en el capítulo de complicaciones de las enfermedades que las originaron que no al lado de aquéllas; las primeras constituyen por sí solas toda la enfermedad, las segundas son un accidente; aquéllas son susceptibles de un tratamiento curativo, éstas raras veces pueden ser debidamente combatidas.

Las fístulas urinarias más numerosas son las que tienen su origen en el traumatismo ocasionado por el parto. En el período de expulsión, la cabeza del feto, dura y sólo reductible hasta muy precario límite, es empujada al través del embudo óseo de la pelvis, que á su vez forma un círculo duro é inextensible; las partes blandas que forman el conducto útero-vulvar son distendidas y comprimidas más ó menos violentamente por el paso de la cabeza fetal; en el parto normal estas distensiones y compresiones no comprometen la integridad anatómica de las partes blandas, y terminada la expulsión del feto, todo entra en orden; en el parto patológico, esos traumatismos de distensión y compresión pueden acarrear fatales consecuencias.

Por un volumen excesivo de la cabeza, en relación con la amplitud del embudo pélvico, ó por una mala correspondencia de los diámetros en virtud de una posición viciosa, la compresión traspasa los límites normales, sea en intensidad, sea en duración, y las partes blandas comprendidas entre el cuerpo duro que se ha de expulsar y el conducto inextensible, al través del cual ha de salir, sufren todos los efectos de esa acción traumática: de un lado, el estiramiento de los tejidos por la dilatación forzada del conducto útero-vaginal, distiende los vasos y disminuye su circulación, sumándose además á este hecho la distensión y anemia que tienen lugar en la pared anterior de la vagina, en la uretra y en la vejiga, que son arrastradas hacia arriba de la pelvis, pues por regla general el segmento pubiano es dirigido hacia arriba en el momento del parto; de otro lado, estos tejidos así preparados son comprimidos por la cabeza con más fuerza ó por más tiempo de lo que es compatible con su integridad, debiendo á este respecto conceder más importancia á la duración que á la intensidad de la compresión; todo ello origina placas de tejido completamente isquémicas que al cesar la compresión han perdido su aptitud, por recobrar las condiciones de circulación y nutrición que les devuelven la vitalidad. Las zonas así traumatizadas por consecuencia del parto, forman placas de tejido que se esfacela y mortifica, debiendo, por tanto, eliminarse y producir una pérdida de substancia más ó menos grande según la cantidad de tejido comprometida.

La cantidad de tejido comprometida por esa compresión es sumamente variable: á veces son pequeñas placas que no alcanzan más de un centímetro de diámetro; otras, es toda la pared anterior del cuello del útero y de la vagina la que resulta mortificada. Cuando la cantidad de tejido que debe eliminarse es mucha, generalmente no tarda en desprenderse, y á los tres ó cuatro días comienza la eliminación de trozos ó colgajos de tejido esfacelado y con ella la incontinencia de orina; cuando el tejido necrosado es poco, puede tardar diez días y aun veinte en desprenderse y hasta entonces no se inicia el derrame de la orina por los genitales. La parálisis vesical, que en estos casos suele existir, favorece el establecimiento de la fístula.

En cuanto á la localización ó sitio de las zonas comprometidas es sumamente variable, y por eso veremos cuán distintas son las diferentes clases de fístulas vésico-vaginales; con todo, se comprende fácilmente que las fístulas pueden ocupar un sitio más alto ó más bajo, formando en este concepto dos grandes grupos: uno de pérdidas de substancia próximo al cuello del útero, y otro próximo á la uretra; aquéllas altas y éstas bajas. Todo ello guarda relación con el mecanismo en virtud del cual la cabeza fetal produce las compresiones,

pues por regla general tienen éstas lugar en el estrecho superior y entrada de la pelvis ósea, cuando la cabeza quiere encajar y descender y encuentra dificultades, siendo violentamente empujada por las contracciones uterinas; ó bien cuando, no habiendo encontrado dificultad suficiente al principio, desciende forzosamente el conducto pelvi-genital, y al llegar al estrecho inferior se detienen los progresos de la cabeza fetal por sobrevenir inercia del útero, y allí permanece por tiempo indefinido comprimiendo todos los tejidos.

En el primer caso, los tejidos comprometidos son la pared anterior del cuello del útero, el fondo de saco anterior y la pared anterior de la vagina, principalmente en la línea media, pudiendo extenderse la compresión más ó menos hacia los lados y alcanzar los uréteres; en el segundo, las partes interesadas son la porción inferior de la pared vaginal anterior correspondiente al fondo vesical, el cuello de la vejiga y aun la uretra; y como la compresión puede tener lugar en esta región, además del pubis, con las ramas isquio-pubianas, de aquí que estas fistulas frecuentemente se presenten lateralizadas. Si por cualquier motivo el segmento pubiano, en vez de ser estirado hacia arriba, es arrastrado por la cabeza fetal hacia abajo, cuando aquélla se detiene en el estrecho inferior puede también producir compresiones en las zonas altas del conducto genital.

El resultado es siempre el mismo: tejidos isquemiados y comprimidos por demasiado tiempo, se esclerocelan y eliminan, dejando una pérdida de substancia mayor ó menor, á veces extensa hasta lo incomprensible y que pone en comunicación la vejiga urinaria con los órganos vecinos.

Se desprende de lo dicho que el más frecuente origen de las fistulas urinarias se encuentra en partos laboriosos, de duración excesiva, y, por tanto, con traumatismo exagerado. Esos partos laboriosos tienen su origen, en el mayor número de casos, en pelvis estrechadas, según opinión de la mayoría de autores. Kelly (1), Dobbin (2) y otros así lo confirman; empero, no debe creerse que tan sólo en las estrecheces pélvicas puedan desarrollarse las fistulas urinarias provocadas por el parto, pues todos hemos visto varios casos de fístula en grandes multíparas, en las que sobrevino aquélla después de varios partos normales, por cualquiera causa que pudo ocasionar la detención de la cabeza fetal en el conducto útero-vaginal; basta el solo hecho de la compresión para que sobrevenga la fístula. Esto indica cuánta responsabilidad cabe á la clase médica en la producción de estas fistulas, pues es indudable que cuando un parto, por cualquier motivo, se hace laborioso hasta el punto de ser temible la formación de una fístula, nunca el médico se halla desarmado para terminarlo rápidamente exista ó no estrechez, y quitar, por tanto, la ocasión de que aquélla sobrevenga. Esa responsabilidad de la clase médica, ¿cabe exigírsela? Entiendo que no; unas veces porque su auxilio no es reclamado á tiempo por las familias, otras porque, aunque el médico esté presente, no lo está con aquella aptitud suficiente que tan sólo una enseñanza verdad puede darle; nadie mejor que los que hemos enseñado la Obstetricia en nuestras clínicas sabe lo defectuosa que resulta su enseñanza y la falta de material que existe para que podamos habilitar regular-

(1) KELLY: *Operative Gynecology*, tomo I, pág. 331.

(2) «The use of pelvi-metrie in Gynecology.» (*American Journal of Obstetrics*, pág. 201. Agosto 1895.)

mente á los alumnos con una experiencia bastante á saber cuándo y cómo tienen que intervenir.

He visto médicos rurales temblar ante una operación tan sencilla é inocua como una aplicación de fórceps en la excavación; algunos, y quizás hacen bien, no poseen el instrumento por miedo á emplearlo mal. Preguntad á esos colegas qué vieron durante sus estudios, y os dirán que *nada*: quizás no asistieron á un parto normal. Sin duda que la mayor ilustración de la clase médica acabará con las fistulas urinarias, pero esa debe obtenerse mejorando la enseñanza clínica y haciendo que el estudio de la Obstetricia deje de ser un estudio teórico para ser substituído por la observación práctica de hechos clínicos; siempre habrá casos y problemas que el estudiante no podrá aprender, y en la práctica tendrá que recurrir á su inventiva y acometividad para solventar problemas arduos de tocológia, y para estos casos, raros sobre todo en nuestro país, donde hay tan pocas estrecheces, hago mías las palabras de Fritch's cuando dice (1): «El ejercicio de la Obstetricia en las Casas de Maternidad es un juego de niños comparado con el ejercicio de la Obstetricia en la práctica particular. No se hable, por tanto, de que se opera con torpeza y de un modo brutal. ¡Quién sabe si algún autor eminente, al tener que operar en las circunstancias deplorables en que se encuentra la práctica rural entre la clase pobre, no operaría mucho peor que algún médico rural de experiencia acreditada que, á fuerza de trabajo, se ha llegado á crear su técnica, acomodada á la escasez de recursos de que dispone!» Estas frases del profesor de la Universidad de Bonn, tienen tanto más valor por cuanto en Alemania la enseñanza de la Obstetricia existe, aunque con defectos á veces inevitables (2).

Otras fistulas urinarias tienen su origen en la violencia del traumatismo ocasionado por un parto rápido: la dilatación forzada del cuello y de la vagina puede ocasionar desgarros que sean el origen de una fístula definitiva. Se comprende este mecanismo, aunque es muy raro, puesto que esos desgarros cicatrizan por lo común espontáneamente. Con todo, Emmet (3) asegura que algunas fístulas vésico-uterinas son debidas á desgarros del cuello que no han cicatrizado del todo.

Otra clase de fistulas urinarias de orden traumático, son las producidas por intervenciones quirúrgicas durante el parto ó fuera de él.

No puede negarse que una aplicación de fórceps mal conducida ó mal indicada, ó de un céfalo-tribo, pueden producir desgarros y fistulas consecutivas; empero el instrumento más peligroso es el gancho. Fritch's cuenta que él tiene la seguridad de haber operado algunas fístulas producidas por dicho instrumento. Todos los autores convienen en que son raras, y Emmet, que sin duda es de los que ofrecen un análisis más concienzudo de todas las fistulas que ha tratado, llega á afirmar que jamás ha encontrado una fístula vésico-vaginal que pudiese demostrar tenía su origen en un parto instrumental (4); por el contra-

(1) FRITCHS: *Enciclopedia de Ginecología*, tomo II, pág. 659.

(2) Con el traslado al Hospital Clínico ha mejorado muchísimo la enseñanza clínica de la Obstetricia y la Ginecología.

(3) EMMET: *La Pratique des maladies des femmes*, pág. 813.

(4) EMMET: *Loc. cit.*, pág. 791.

rio, puede sostenerse que la mayoría de fístulas son debidas á una falta de intervención. A pesar de la afirmación de Emmet, no puede negarse que la intervención obstétrica puede ocasionar la producción de fístulas: he visto dos casos en que no me cabe duda que fué producida la fístula por un escape del fórceps, una vez, y por una aplicación que no estaba indicada, otra. Otros casos he observado de patogenia dudosa y en los que no se pudo demostrar la acción traumática del instrumento con exclusión de los otros mecanismos de producción de fístulas. Realmente es muy difícil decidir en un caso concreto cuál ha sido el mecanismo de producción: si después del parto tarda algún tiempo en establecerse la fístula, no hay discusión, y para nada cabe recriminar la acción instrumental; cuando la incontinenca comienza inmediatamente después del parto, es cuando podrá presumirse la acción traumática directa del instrumento, por más que aun en estos casos existe un error de interpretación en la incontinenca de orina que puede seguir á estos partos; de modo que por el hecho de que terminado el parto haya comenzado el derrame de orina, podrá presumirse, pero no asegurarse, que exista solución de continuidad, y que ésta sea debida al empleo torpe de un instrumento obstétrico. Se comprende que si el parto lleva dos ó tres días de duración con la cabeza enclavada, los tejidos están mortificados del todo y que, al arrastrar con el fórceps ó el gancho la presentación, ésta lleva consigo el tejido mortificado, que más tarde se habría eliminado espontáneamente; este mecanismo lo confirman los casos, aunque pocos, en que terminó espontáneamente un parto, dejando tras de sí una solución de continuidad.

Compréndese, por tanto, cuán difícil es en estos casos exigir responsabilidad al médico que intervino. Y si alguna vez ha podido intentarse con éxito un proceso en casos parecidos, dejemos bien sentado que la prueba que pudo bastar á un jurado de que la orina comenzó á derramarse inmediatamente después del parto no puede aceptarla la ciencia; y si alguna vez este caso ocurre real y positivamente á un colega, recordemos las frases de Fritch's que dejo transcritas y demostremos que la responsabilidad alcanza á muchos que no lo creen, para que un colega desgraciado no represente el papel del *último mono*.

Otro género de fístulas traumáticas instrumentales, sin duda más numeroso que el anterior, lo constituyen las fístulas urinarias ocasionadas por intervenciones quirúrgicas ginecológicas. En la colporrafia anterior ha podido ocurrir el accidente de una fístula vésico-vaginal, pero será falta de destreza del ginecólogo; en cambio, en la histerectomía vaginal ó abdominal ó en la sinfisiotomía ocurre con relativa frecuencia la herida de la vejiga ó de los uréteres; casi no hay ginecólogo que no cuente entre sus intervenciones varios accidentes de esta clase; por lo común se reparan en el acto sin consecuencias, pero á veces su reparación es imposible ó fracasa, y entonces queda establecida una fístula vesical ó uretérica, no ciertamente de las más fáciles de tratar por las condiciones en que suele quedar la región.

Las fístulas consecutivas á la talla vaginal, sea que ésta se haga para extracción de cálculos, sea que tenga por objeto dejar una fístula permanente contra una cistitis crónica rebelde, pertenecen también á este grupo. La tendencia de estas cistotomías á la curación espontánea, demuestra una vez más que, para el desarrollo de las fístulas durante el parto, debe invocarse alguna otra concausa más que la acción de un instrumento que por desgarró abre la vejiga.

Otro pequeño grupo de fistulas traumáticas son las ocasionadas por cuerpos extraños, como cálculos vesicales, pesarios, heridas por arma de fuego, caídas, etc.; son muy raras y su mecanismo de producción se comprende fácilmente.

FÍSTULAS ESPONTÁNEAS. — La mayor parte de fistulas espontáneas no tiene otra importancia que ser un accidente ó un síntoma de la enfermedad productora: así el cáncer del útero y de la vagina, en sus períodos adelantados, es casi de rigor que perfora el tabique véstico-útero-vaginal; son fistulas permanentes, absolutamente incurables.

Aparte de éstas, pocas son las enfermedades que pueden producir fistulas urinarias espontáneas. La tuberculosis y la sífilis pueden destruir el tabique véstico-vaginal y dejar una fistula permanente; antes (1) cité un caso de estiomene que llegó á producir la destrucción de la uretra y del cuello de la vejiga. Lawson-Tait cita cuatro casos de cistitis ulcerosa que produjeron la perforación véstico-vaginal; seguramente serían cistitis tuberculosas. Schroder cita un caso (2) de úlcera vesical que perforó hacia la vagina, pero de su lectura parece deducirse que era una neoplasia maligna y no una simple cistitis. He visto un caso de fistula que juzgo espontánea y producida por un flemón del tabique véstico-vaginal; una mujer que había tenido un solo parto presentó una incontinencia de orina completa, precedida de algunas molestias en la micción, con dolor pélvico y derrame de cierta cantidad de pus, al decir de la enferma; al examen pude comprobar una pequeña fistula en el fondo de saco anterior, que dejaba escapar toda la orina; cerró espontáneamente á los seis meses, cuando me disponía á intervenir ya, convencido de que no existía en la vejiga causa que pudiese haberla producido.

Una forma de fistula casi siempre espontánea es la éntero-vesical, producida por neoplasias malignas ó por flemones, que á la vez se abren en el intestino y en la vejiga, estableciendo una comunicación permanente, ó por quistes del ligamento ancho, que se adhieren y abren en ambas cavidades, ó por peritonitis tuberculosas destructivas, que establecen adherencias primero y comunicación después entre el intestino y la vejiga. Dos casos que he visto de fistula éntero-vesical, con salida de excrementos por la uretra, recaían en enfermas afectas de peritonitis tuberculosa. Su mecanismo de producción en estos casos es enteramente igual al de las neoplasias malignas.

Anatomía patológica.— Al estudiar la anatomía patológica de las fistulas urinarias hemos de tener en cuenta su sitio, su tamaño y las lesiones vecinas que pueden acompañarlas.

Respecto al sitio que ocupan y, por tanto, los tejidos que interesan, cabe dividir las en *véstico-vaginales*, *véstico-uterinas*, *uretrocaginales*, *urétero-vaginales*, *urétero-uterinas* y *éntero-vesicales* (fig. 217), cuando establecen una comunicación directa entre una zona determinada del aparato urinario y otra de los aparatos vecinos, según indican los nombres que acabo de apuntar. Cuando interesa la fistula dos ó más zonas de los aparatos urinario ó genital, forman las

(1) Véase pág. 322.

(2) *Maladies des organes genitaux de la femme*, pág. 519.

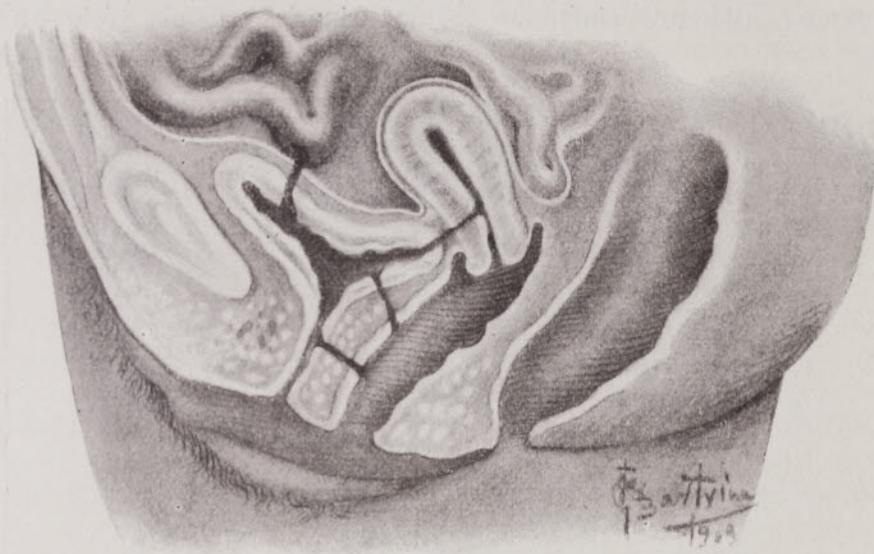


FIG. 217

Fistulas vésico-vaginal, uretro-vaginal, vésico-uterina y vésico-intestinal (esquema).



FIG. 218

Fistulas vésico-útero-vaginal, vésico-uretro-vaginal y vésico-urétero-vaginal (esquema).

variedades de fistula *vésico-útero-vaginal*, *vésico-uretro-vaginal*, *vésico-urétero-vaginal* (fig. 218).

La fistula *vésico-vaginal* es la más frecuente de todas, hasta el punto de que llegan á considerarse sinónimos fistula urinaria y fistula vésico-vaginal;

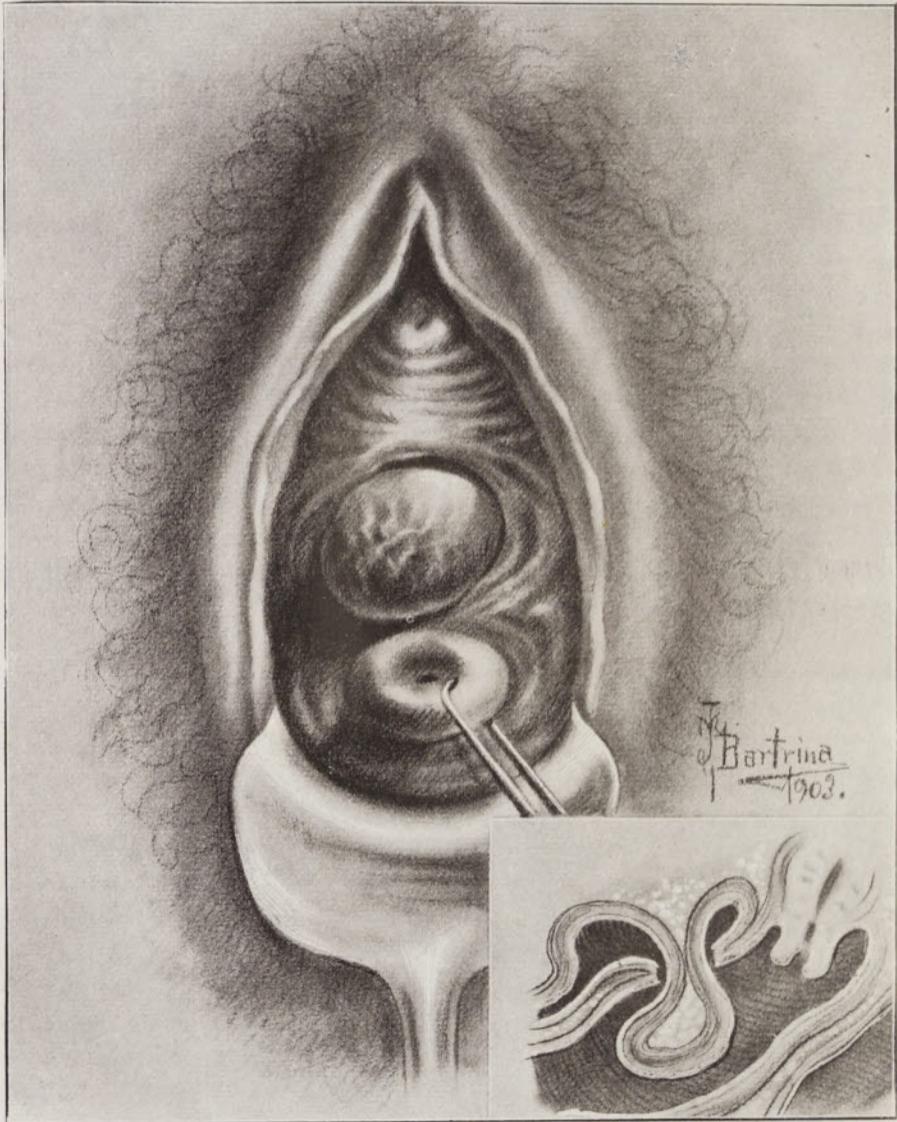


FIG. 219

Gran fistula vésico-vaginal, con prolapso de la pared superior de la vejiga hacia la vagina.

establece una comunicación directa entre la vejiga y la vagina al través del tabique vésico-vaginal: comúnmente se encuentra más próxima del fondo de saco anterior que del cuello vesical, en la línea media, y su forma suele ser circular; á veces se encuentra en el mismo fondo de saco inmediata al cuello del útero, ó al revés muy hacia abajo, inmediata al cuello de la vejiga. Es la clase

de fístula que presenta tamaño más variable, desde algunos milímetros de diámetro hasta varios centímetros, de modo que puede haber desaparecido todo el tabique véstico-vaginal, encontrándose la pérdida de substancia limitada hacia abajo por el cuello vesical, hacia arriba por el cuello del útero y á los lados por las paredes laterales de la vagina; en estos casos la pared vesical anterior se prolapsa á través de tan enorme abertura y forma en la vagina una hernia rojiza, sensible y que sangra fácilmente (fig. 219), la que á veces asoma á través de la vulva. Cuando alcanza tales dimensiones, su forma puede ser irregular, prolongándose hacia los fondos de saco laterales ó debajo de las ramas isquio-pelvianas. Por rareza pueden encontrarse dos fístulas véstico-vaginales; algunos autores citan casos de tres: están entonces una delante de otra, separadas por puentes de tabique persistente. He visto un caso de dos fístulas: una en el mismo fondo de saco, de un centímetro de diámetro, y otra de tres, situada más abajo y separada de la primera por un puente de un centímetro.

Las fístulas *véstico-uterinas* establecen comunicación entre la vejiga y el conducto cervical, en el espacio que media entre el fondo de saco vaginal anterior y el fondo de saco peritoneal véstico-uterino. Por lo común son pequeñas, y en estos casos la orina sale al exterior á través del conducto cervical. Suelen formarse cuando la compresión de la cabeza fetal tiene lugar en la parte alta al nivel del estrecho superior, por dificultades de encajamiento: nunca la comunicación se establece entre el cuerpo del útero y la vejiga, porque aquél no puede por su situación elevada ser comprimido entre la cabeza y el cinturón óseo de la pelvis. Deben ser de aquéllas que únicamente se presentan en los casos de estrechez, porque entre las muchas fístulas que he visto y operado, no he hallado una sola de esta clase, lo que atribuyo á la falta de estrecheces pélvicas en nuestro país.

Las fístulas *uretrocaginales* simples, sin interesar más que la uretra, son raras. Fritch dice ha visto un solo caso: yo he visto una, y no era debida á un parto, sino á un absceso peri-uretral. Se comprende que, cuando la cabeza llega á esta región, se expulsa y no produce ya fenómenos de compresión. La fístula uretro-vaginal simple tiene poca importancia, pues no produce incontinencia de orina y sí tan sólo irritación vulvar, porque el chorro de la micción no se dirige hacia adelante.

Las fístulas *urétero-vaginales* y *urétero-uterinas* simples, sin comunicación de la vejiga con dichas cavidades, son muy raras, y se comprende dada la patogenia de dichas pérdidas de substancia. Podrá ocurrir que en una placa de tejido mortificado que alcance el tabique véstico-vaginal ó el cuello del útero, quede incluido el uréter, y al desprenderse, se forme una fístula mixta, que interese uréter y vagina ó uréter y útero; al sobrevenir el trabajo de reparación puede cerrarse la comunicación vesical, quedando la ureterina, que por la acción constante del derrame ureteral no se cierra, y sigue desembocando en la vagina ó en el cuello del útero, quedando constituida la fístula ureterina simple, vaginal ó uterina.

Las fístulas *éntero-vesicales* ponen en comunicación distintos puntos de la vejiga con zonas diferentes del tramo intestinal, siendo de éste las partes que por orden de frecuencia comunican con la vejiga: la S iliaca, el ileon, el apén-

dice y el ciego (1). La comunicación ordinariamente es única; poquísimas veces múltiple.

Después de la fístula vésico-vaginal simple, las variedades más frecuentes son las formas mixtas vésico-útero-vaginal, vésico-uretro-vaginal y vésico-urétero-vaginal.

La fístula *vésico-útero-vaginal* se encuentra profundamente situada en la vagina, alcanzando el fondo de saco anterior é interesando más ó menos el labio anterior del cuello del útero, que puede faltar en parte ó por completo; á veces el límite de la fístula por arriba es el mismo fondo de saco peritoneal vésico-uterino. En ocasiones, no sólo ha sufrido los efectos de la lesión el labio anterior sino también el posterior, y falta por completo el cuello del útero, encontrándose en el fondo vaginal una cicatriz que envuelve la abertura cervical con la fístula, siendo á veces muy difícil poder dar con la primera. No es raro en estos casos observar que el esfacelo interese más el cuello del útero que la vejiga, y ver la mucosa vesical formar un reborde sobre el cuello del útero ó sobre la cicatriz que lo substituye. Estas fístulas corresponden á las que podríamos llamar fístulas altas, con relación á la causa productora, y corresponden á la altura del tramo genital en que la cabeza se ha detenido, ó á que ha podido ser arrasado hacia abajo el cuello del útero con la vejiga y la vagina.

La fístula *vésico-urétero-vaginal* corresponde á este mismo grupo de fístulas altas. Se comprende que cuando la pérdida de substancia es considerable hacia la parte alta del tabique vésico-vaginal, los uréteres, que siguen un pequeño trayecto intra-parietal á los lados de la línea media y tres centímetros por debajo de la inserción del cuello del útero, pueden ser comprendidos en el esfacelo y encontrar en uno de los bordes la abertura de un uréter, que se reconoce fácilmente porque á intermitencias deja salir un pequeño chorro de orina y puede fácilmente introducirse al través de su pequeña abertura un catéter ureteral. Si el uréter no resulta interesado con mayor frecuencia en estos casos, se debe á que, cuando tiene lugar la compresión, los uréteres en su porción vaginal han sido enormemente dislocados hacia los lados, por la dilatación de que es asiento la vagina en aquellos momentos.

La fístula *vésico-uretro-vaginal* es bastante frecuente, por lo menos en nuestro país, según he podido observar. Pertenecen al grupo de las fístulas que podríamos llamar bajas, y son debidas al enclavamiento de la cabeza en la parte baja de la excavación. Interesan el fondo de la vejiga y la zona del cuello vesical, que á veces dejan destruído por completo junto con su esfínter, alcanzando una porción mayor ó menor de la parte posterior de la uretra; he operado algún caso en el que no quedaba más que un centímetro y medio de la extremidad anterior de la uretra, estando todo el tabique destruído hasta el fondo de saco anterior. En estas formas de fístula, encuéntrase á veces el borde anterior de la misma adherido á la rama isquio-pubiana en más ó menos extensión; con gran frecuencia he visto en estos casos la extremidad posterior de la uretra obturada por tejido cicatricial, de modo que se hace imposible el cateterismo. Pueden estas fístulas afectar grandes dimensiones, porque la pérdida de substancia desde la

(1) A. PASCAL: *Des fistules vésico-intestinales acquies chez l'homme et chez la femme*. Tesis de París, 1900.

región del cuello vesical puede extenderse al fondo de saco anterior y aun al cuello del útero. He operado dos casos, que de quererlos denominar por las lesiones existentes, deberían llamarse fistulas véstico-útero-urétero-vagino-uretrales: nada quedaba de tabique separatorio entre el tractus urinario y el tractus genital, más que dos centímetros de uretra.

Cuando se fragua una fistula urinaria por esfacelo de las partes comprimidas, al proceso de eliminación sigue siempre un proceso de reparación de los desperfectos ocasionados. Así se comprende que, según sea la pérdida de substancia, ese proceso de reparación de tejidos será más ó menos importante.

A veces la placa de esfacelo es limitada y se desprende como hecha con sacabocados, dejando una fistula con un pequeño borde cicatricial, pero movable y desviable, porque los tejidos vecinos no han sufrido alteración; la vagina conserva sus dimensiones y dilatabilidad, y el útero es movable y puede hacerse descender fácilmente; esto ocurre lo mismo en fistulas muy pequeñas que en fistulas grandes; alrededor de éstas no se encuentran bridas ni grandes zonas de tejido cicatricial.

Pero otras veces la pérdida de substancia es tal, que al venir el proceso de reparación, la vagina se estrecha y se deforma por bridas de tejido inodular que afectan las formas más diversas, ocupando unas veces la cara anterior ó la posterior, y siendo otras circulares; fácilmente se adhieren por abajo á las ramas isquio-pubianas, comunicando á la fistula una fijeza que es grave obstáculo para el tratamiento; el útero se atrofia por la pérdida de substancia y el cuello desaparece entre las bridas cicatriciales del fondo de la vagina ó se inmoviliza del todo en su sitio por procesos parametriticos de propagación; la vagina en conjunto disminuye en longitud y en amplitud, y casos he visto en los que difícilmente he podido introducir un dedo para darme cuenta de la extensión de las lesiones; la vejiga, por su parte, en estos casos de grandes esfacelos, pierde gran extensión de sus paredes propias y su capacidad queda muy reducida. Los bordes de la fistula suelen ser duros y callosos, y entre los repliegues del tejido de nueva formación no es raro encontrar depósitos fosfáticos, á poco que la enferma deje de practicar ciertas reglas higiénicas.

Síntomas y diagnóstico. — El primero y capital síntoma de las fistulas uro-genitales es la *incontinencia* de orina parcial ó completa, continua ó intermitente. Generalmente la incontinencia es completa y continua, cualquiera que sea el tamaño de la fistula: la variedad de fistula y su situación influyen á veces algo en la forma de la incontinencia; así se observa en algunas fistulas véstico-vaginales altas con prolapso de la mucosa vesical, que estando la enferma sentada retiene cierta cantidad de orina que se elimina al levantarse; en las fistulas véstico-uterinas existe á veces una retención parcial; en las uretro-vaginales la retención es completa, pero la micción se hace por la vulva, y en las uretéricas simples hay tan sólo incontinencia parcial si la fistula es de un solo lado, según es regla, pues la orina del uréter sano va llenando la vejiga en tanto que la del opuesto se derrama continuamente.

En las fistulas éntero-vesicales, aunque hay incontinencia, pues la orina pasa de la vejiga al intestino, no se hace visible, porque el intestino la absorbe ó retiene; pero por lo común la incontinencia no es completa, y como del mismo

modo que pasa la orina á través del trayecto fistuloso pasa el contenido intestinal hacia la vejiga, existe pneumaturia ó expulsión de gases, y también expulsión de materias excrementicias, sobre todo si la comunicación tiene lugar con el ileon.

Por parte del aparato genital es muy frecuente la amenorrea, en tanto persiste la fistula. La mayor parte de veces es debida la ausencia menstrual á las lesiones y atrofia consecutiva que ha sufrido el útero, pero algunas otras existe sin que el útero presente alteración anatómica que lo explique, y desaparece en cuanto se cura la fistula. En algunos casos no sufren alteración las funciones genitales, y aun existiendo la fistula, si bien que difícilmente, se realiza la concepción y tiene lugar el parto sin contratiempo.

Si no existen complicaciones, á esto quedan reducidos los síntomas de la fistula uro-genital. Empero, el derrame constante de orina por los genitales, la dificultad de recogerla y el olor que su descomposición suele desarrollar, coloca á la mujer en un estado excepcional, que la obliga á permanecer aislada de la sociedad, lo que origina un estado de ánimo deprimente, al que atribuye Fritch la amenorrea. Raras son las enfermas que no consideran esta enfermedad como una desgracia enorme: algunas hay tan faltadas de sentido común, que desprecian la dolencia y no buscan la manera de curarla. Tuve en la clínica oficial una enferma que desde el primer parto tenía una fistula vésico-vaginal en la parte baja del tabique, y otra recto-vaginal en el vértice del periné: la incontinenencia era completa y continua; con todo, siguió con su fistula, tuvo cinco partos más y lentamente fué desarrollándose un prolapso del útero que llevó el órgano fuera de los genitales y llegó á serle un estorbo para el trabajo. Cuando no pudo trabajar, á consecuencia del prolapso, buscó la manera de curarse: salió de su retiro (vivía en una casa de campo de la provincia de Gerona, de la que no salía nunca) y vino á Barcelona en busca de curación: la fistula la despreció, y hasta hacía con ella la vida ordinaria, pero la imposibilidad de trabajar la impulsó á buscar un alivio contra una dolencia como el prolapso, que muchas mujeres que no tienen que resolver el problema de la vida, conllevan fácilmente; en cambio éstas no pueden tolerar una fistula urinaria, que las aísla de la sociedad y las convierte en valetudinarias con relación á los demás. Lo común es, sin embargo, que pobres y ricas, aldeanas y ciudadanas consideren la fistula urinaria como una enfermedad insoportable.

El diagnóstico en globo de la fistula uro-genital no es difícil: comúnmente lo da hecho la misma enferma al relatar que desde tal fecha en que tuvo un parto tiene incontinenencia de orina. Algunas veces después de operada y curada una fistula, persiste creyendo la enferma que continúa la comunicación anormal porque se le escapa cierta cantidad de orina; esta incontinenencia es debida á que la uretra no retiene lo bastante, á consecuencia de la dilatación que ha sufrido por la aplicación de la sonda permanente; no es difícil convencerse de ello por una simple inspección. En las fistulas espontáneas se presenta la incontinenencia de una manera inesperada, aunque la enferma puede fijar la fecha de su aparición.

No basta con decir que existe una fistula urinaria, precisa indagar de qué clase de fistula se trata, cuál es su tamaño y las lesiones concomitantes. Para ello debe procederse á la exploración, que se comenzará por un tacto vaginal

que nos indique cuál es el estado general de las partes, si hay ó no bridas cicatriciales, si el cuello del útero se halla normal y en su sitio, si la vagina está ó no estrechada y á más el sitio de la fístula y su tamaño, sobre todo en los casos sencillos sin grandes lesiones concomitantes.

La exploración visual debe hacerse con la valva de Sims ó de Simón y en la posición más adecuada para descubrir la región. En muchos casos basta la posición vulvar, pero en las fístulas muy bajas ó en las muy pequeñas, habrá ventaja en colocar la enferma en el decúbito de Sims; cuando la fístula está adherida á las ramas isquio-pubianas, debe á menudo recurrirse á la posición genu-pectoral para hacerla visible. Cualquiera que sea el decúbito que nos veamos precisados á adoptar para la exploración de la fístula, tendremos que echar mano con frecuencia de valvas estrechas para separar y desplegar la pared anterior, ó bien de erinas ó pinzas de garfios que permitan hacer visibles regiones que quedan ocultas y en las que se halla con frecuencia la abertura fistulosa.

Las fístulas muy pequeñas son á veces difíciles de descubrir; generalmente se encuentran en depresiones cicatriciales arrugadas, en cuyo centro está la abertura invisible: un histerómetro pasará fácilmente de la vagina á la vejiga, ó viceversa, para darnos seguridad del sitio de la abertura.

Cuando existen dificultades para precisar la situación de la fístula, se practican inyecciones vesicales de un líquido colorado, generalmente leche, que al salir hacia la vagina demuestra con certeza la localización. Esas inyecciones, al salir por el hocico de tenca en las fístulas véstico-uterinas, establecen un diagnóstico á veces muy difícil y que sólo puede sentarse por este medio ó bien introduciendo á la vez un catéter por la vejiga, que por tanteo penetre en el trayecto fistuloso, y otro por el conducto cervical, que al contactar con el primero nos dé seguridad del diagnóstico. Las inyecciones vesicales de leche sirven también para hacer el diagnóstico de las fístulas uretéricas simples, pues la leche queda retenida en la vejiga, lo que demuestra su integridad, faltando tan sólo averiguar cuál es el uréter dañado.

La abertura ureteral suele encontrarse en una depresión circundada de repliegues de mucosa, de la cual se ve salir la orina á intermitencias, y por la que tanteando puede introducirse una sonda ureterina; si ello no basta, puede seguirse el consejo de Fritch's, de propinar á la enferma azul de metileno, aplicando en la vagina un tapón de gasa yodofórmica, que al retirarlo presentará una mancha azul correspondiente al sitio de la abertura ureteral.

Las fístulas éntero-vesicales pueden diagnosticarse con sólo demostrar la existencia de la pneumaturia ó de la expulsión de materias quilosas ó estercoráceas, mezcladas con la orina.

Curso y complicaciones. — Conviene mucho fijarse en el *curso* de las fístulas uro-genitales, pues de su desconocimiento resultan con facilidad renuncios por parte de la clase médica, interpretados por el vulgo en sentido desfavorable.

Por su curso, deben dividirse las fístulas urinarias en dos clases: *temporarias* y *definitivas*.

Las fístulas *temporarias* son las que se curan espontáneamente al cabo de más ó menos tiempo, y son más frecuentes de lo que creen la mayoría de médi-

cos. Después de la expulsión de los tejidos esfacelados por la compresión durante el parto, comienza el período de reparación: las superficies denudadas granulan, á veces intensamente y con exuberancia, á la vez que los tejidos nuevamente formados sufren la retracción cicatricial; gracias á ellos, los huecos van llenándose de granulaciones, á la vez que los bordes de la pérdida de substancia se aproximan por la tirantez de las bridas cicatriciales. Si no hay complicaciones sépticas locales y la orina es limpia y sin infección, este trabajo persiste y las fistulas se reducen en tamaño de una manera considerable. He visto casos, en la Clínica oficial, en los que parecía imposible, dadas las enormes masas de tejido esfacelado expulsadas y el estado de los genitales, tres semanas después del parto, que quedase otra cosa que una inmensa cloaca, imposible de reparación ninguna, y á la vuelta de medio año poder intervenir eficazmente, obteniendo una curación completa.

Se comprende que con este trabajo de reparación, cuando la pérdida de substancia es poca y la fistula pequeña, puede fácilmente obturarse espontáneamente y sobrevenir la curación. Esa curación espontánea á veces es muy tardía: he visto en algún caso desaparecer la incontinencia á los ocho meses de declarada la fistula, y sé de algún otro que tardó cinco ó seis meses en curarse, atribuyendo tan feliz éxito á las virtudes de la medicación homeopática. Fritch insiste en que no son pocos los casos que se curan espontáneamente, y Emmet también hace hincapié en la conveniencia de practicar inyecciones calientes para favorecer ese período de reparación, durante el cual puede sobrevenir la curación espontánea.

Cuanto mayor ha sido el traumatismo y más grande la pérdida de substancia, más largo es el período de reparación: hasta que éste termina no puede calificarse la fistula de definitiva, y podremos tener una guía para ello cuando todas las superficies ulceradas se hayan cutificado y la mucosa vaginal esté unida á la vesical en los bordes de la pérdida de substancia; entonces ya no cabe la obturación espontánea de la fistula, á no ser que una enfermedad ulcerativa de la vagina destruya la capa epitelial y renueve un período de reparación, como he tenido ocasión de verlo en un caso que llevaba seis años de existencia y se curó espontáneamente después de una difteria vulvo-vaginal extensa que invadió los bordes de la fistula.

La *fistula definitiva* es absolutamente incurable y estacionaria, cuando tiene un origen traumático. Cuando el ginecólogo establece el diagnóstico de fistula, teniendo en cuenta lo que acabo de decir, y hace un pronóstico de incurabilidad, so pena de intervención, no hay peligro de que se vea desmentido ni contribuya á dar fama á curanderos que en el curso espontáneo de las dolencias, que no siempre los médicos tenemos bastante en cuenta, tienen su más eficaz y decidido apoyo.

Se comprende que el tiempo que habrá de transcurrir desde el parto hasta que podamos declarar una fistula uro-genital con el caracter de definitiva, será sumamente variable, y que no hay plazo fijo para dar por terminado el período de reparación; claro es que si una enferma lleva ya la historia de un año de incontinencia, podemos declarar la incurabilidad de la dolencia, pero en los casos recientes tan sólo una exploración detenida podrá autorizarnos á calificar de definitiva una fistula.

Las fistulas espontáneas, así genitales como intestinales, están sujetas en su curso á la naturaleza de la dolencia que las provocó: generalmente incurables, por ser absolutamente progresiva la dolencia causal (cáncer), pueden en ocasiones ofrecer la más rara y favorable terminación (flemones y tuberculosis).

Las *complicaciones* que pueden presentarse son generalmente pocas: la más común es la vulvo-vaginitis eritematosa, que se extiende con frecuencia á los muslos y es debida al contacto constante de la orina que entra en descomposición: fácilmente esa vulvo-vaginitis llega á ser ulcerativa cuando la orina tiene propiedades muy irritantes. Quizás, aparte las molestias de la incontinencia, es la incomodidad más rebelde y mayor que sufren las enfermas fistulosas.

Otra complicación mucho menos frecuente es el desarrollo, en la vagina y bordes de la fistula, de concreciones fosfáticas que forman verdaderos cuerpos extraños que ocasionan dolor.

Cuando hay prolapso de las paredes vesicales, si llega hasta la vulva es muy doloroso, porque la mucosa vesical es siempre muy sensible y en estos casos se inflama fácilmente por los roces. En los casos usuales no hay cistitis, lo que se comprende, si se tiene en cuenta que el mejor tratamiento de dicha afección es el reposo absoluto del órgano por la creación de una fistula artificial.

Se ha indicado la facilidad con que una vejiga así abierta, con la desembocadura ureteral muchas veces á la vista, podría dar origen á una infección ascendente del aparato urinario y provocar pielitis supuradas. Fritch's concede poca importancia á esta complicación, y yo me inclino á creer que es más teórica que real, pues en los numerosos casos de fistula que he visto, la mayoría graves y llevando años de existencia, tan sólo recuerdo uno en el que existía una pielonefritis doble supurada, que al poco tiempo de curada la fistula ocasionó la muerte de la enferma; creo más bien en un hecho de coincidencia sin que nadie pueda, sin embargo, negar la posibilidad de que puesta al descubierto la mucosa vesical y la abertura ureteral, puede una infección llegar con facilidad á invadir los tramos altos del aparato urinario.

El aparato genital, á pesar de los trastornos que antes indiqué en las mujeres fistulosas, suele permanecer indiferente á la existencia de una fistula, y no suelen presentarse, por este lado, complicaciones importantes.

Por lo general es bien tolerada por el organismo la existencia de una fistula y la vida de la enferma no resulta amenazada, siendo perfectamente compatible con una salud floreciente. Con todo, el estado valetudinario de la enferma dentro de la familia y de la sociedad, la poca consideración que la falta de cultura engendra entre individuos de cierta clase, que miran á la fistulosa como un ser inútil y un estorbo, crea alrededor de algunas de ellas un estado insostenible, capaz de engendrar hipocondrias que pueden conducir fácilmente á estados somáticos que acaben en una especie de caquexia.

Tratamiento. — Es, por así decirlo, una verdadera historia contemporánea la del tratamiento de las fistulas véstico-vaginales. Ninguna indicación se encuentra en los autores antiguos; hasta el siglo xvi, en que simultáneamente describieron casos de fistulas Luis Mercado (español), Plater y Pineau, no se encuentran referencias exactas de fistulas urinarias.

En la segunda mitad del siglo xvii (1663) propuso el holandés Roonhuysen

el tratamiento quirúrgico de la fístula urinaria por el avivamiento y la sutura. Desde entonces las tentativas fueron muchas, hasta que en la segunda mitad del siglo último quedó definitivamente establecido el tratamiento curativo de fístulas uro-genitales como una verdadera y positiva conquista de la Ginecología.

La historia de la curación de la fístula urinaria, por lo mismo que es contemporánea, está llena de datos y reivindicaciones por parte de distintos autores. Todas las obras contemporáneas se ocupan de esta cuestión, procurando aclararla y proporcionando datos más ó menos interesantes; las de Churchill (1), Hegar y Kalténbach (2), Jenks (3), Kelly (4), Gaillard Thomas (5), Pozzi (6) y muchas otras, tratan de este asunto tanto por su importancia como por haber intervenido como actores los ginecólogos contemporáneos.

Dejemos aparte las tentativas de muchos cirujanos que no lograron un resultado positivo, pero que prepararon el terreno para que en el siglo último Jobert de Lamballe en Francia, Marion Sims en América y Simón en Alemania, establecieran de un modo definitivo el tratamiento quirúrgico de las fístulas uro-genitales y lo vulgarizaran haciéndolo práctico y eficaz. Entre nosotros la cosa ha andado algo rezagada; no hace más de tres lustros que con frecuencia había oído á colegas muy ilustrados de nuestra localidad que *la mayoría de estas operaciones resultaban ineficaces*, frase que Thomas encuentra incomprensible en labios del irlandés Cromyn en 1872. Gracias á los perfeccionamientos técnicos, el tratamiento de las fístulas uro-genitales resulta hoy eficaz en el 96 ó 98 por 100 de los casos. Si alguien no puede hablar de esta manera, culpe á su falta de habilidad ó á no saber aprovechar los consejos y detalles técnicos que nos han dado Sims, Bozeman, Hayward y Emmet en América; Simpson y Montgomery en Inglaterra; Simón, Hegar, Neugebauer y Fritchs en Alemania; Jobert, Courty, Dubuoe, Braquehay y otros en Francia.

El tratamiento de las fístulas urinarias comprende diversas partes: *a.* Tratamiento de las fístulas temporarias. *b.* Tratamiento preparatorio de las fístulas definitivas. *c.* Tratamiento curativo de las fístulas definitivas.

a. TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS TEMPORARIAS. — Durante el período de reparación debe el ginecólogo favorecer la curación espontánea de la fístula; para ello basta con sostener en el aparato genital la asepsia y limpieza necesarias. Sin duda que el mejor medio son las irrigaciones vaginales abundantes y calientes y el reposo de la enferma.

Cuando la fístula es muy reciente, sin duda es útil mantener en la vejiga la sonda permanente, con lo que se logra la retracción de la vejiga y se evita que la pared superior gravite sobre la fístula oponiéndose á su curación. Pasados los primeros días del establecimiento de la fístula, no tiene importancia este

(1) CHURCHILL: *Traité pratique des maladies des femmes*, 1881, págs. 916 y sigs.

(2) HEGAR y KALTENBACH: *Traité de Gynecologie opératoire*, 1885, págs. 490 y sigs.

(3) JENKS: *System of Gynecology and Obstetrics by american authors*, tomo I, parte primera, páginas 369 y sigs.; 1889.

(4) KELLY: *Operative Gynecology*, tomo I, págs. 328 y sigs.; 1898.

(5) GAILLARD THOMAS: *Tratado práctico de las enfermedades de las mujeres*, 1879, pág. 160 y sigs.

(6) POZZI: *Traité de Gynecologie*, 3.^a edición, 1897, págs. 1009 y sigs.

medio y no hay necesidad de molestar á la enferma. Cuando, por así decirlo, no cabe obtener una curación inmediata de la fístula, no tiene aplicación la sonda permanente.

Entonces hay que aguardar los efectos del proceso de reparación y la curación secundaria, que, como he dicho, es á veces muy tardía. Los lavados vaginales son el mejor medio; á veces esos lavados deberán ser antisépticos si existe infección vaginal y supuración, teniendo siempre en cuenta, al escoger el agente antiséptico, que no sea muy enérgico, porque debe obrar sobre tejidos muy susceptibles y cuya vitalidad podría resultar comprometida.

Algunos recomiendan favorecer la obturación espontánea con toques de sustancias irritantes y con cauterizaciones en los bordes de la fístula; los he empleado en los casos de trayectos fistulosos muy pequeños sin que me pareciera obtener resultados prácticos; como medio curativo en casos de fistulitas, aun recurriendo al termo-cauterio, nunca me ha dado resultados positivos. Entiendo, pues, que lo que debe hacerse es favorecer el proceso natural de reparación y no perturbarlo con medios demasiado enérgicos. Si así no se obtiene la curación y la fístula se hace definitiva, debe recurrirse al tratamiento quirúrgico.

b. TRATAMIENTO CURATIVO DE LAS FÍSTULAS DEFINITIVAS. — La primera cuestión que ha de resolverse será la de cuándo debe operarse una fístula urinaria. No ha de operarse hasta que pueda calificarse de definitiva, porque en ocasiones existe todavía esperanza de obtener una curación espontánea, y luego porque durante el período de reparación los tejidos son demasiado friables y tienen poca vitalidad para soportar las maniobras del avivamiento y sutura, y la operación podría fracasar fácilmente. Más de un caso podría citar que me fué recomendado por algún colega con gran interés para que se reparara pronto el desperfecto, y al remitírsela otra vez para que hiciera inyecciones vaginales bórnicas y calientes y esperara para la intervención uno ó dos meses, me ha participado al cabo de dicho tiempo que la incontinencia había cesado.

Ya establecida la fístula definitivamente, antes de poner en práctica la cura radical deben combatirse dos complicaciones muy frecuentes: la vulvo-vaginitis y la existencia de depósitos fosfáticos.

La vulvo-vaginitis, en general, es hija de la falta de limpieza y aseo, y se combate poniendo en vigor los siguientes medios: grandes lavados bóricos en los genitales externos y en inyecciones, á la vez que se protegen las mucosas y la piel con una pomada contra el contacto de la orina; acostumbro emplear para estos casos la pomada bórica en abundancia. Con esto y paños limpios de colada para empapar la orina, en seis ú ocho días se ve desaparecer casi siempre la vulvo-vaginitis, por intensa que sea; digo paños limpios de colada, porque lo que hacen muchas enfermas de escasos recursos, de secar las servilletas humedecidas por la orina y volvérselas á poner, es un medio casi seguro para desarrollar la vulvo-vaginitis; quedan en los paños así secados restos muy á propósito para mantener y desarrollar la fermentación de la orina, causa de sus efectos irritantes.

Para combatir las concreciones fosfáticas, recomienda Emmet propinar al interior el benzoato de litina; no he podido comprobar sus buenos efectos. En

cambio, desaparecen pronto con irrigaciones abundantes de ácido sulfúrico al 1 por 1.000. Hay enfermas que tienen gran tendencia á la formación de los depósitos y concreciones fosfáticas; en ellas es de temer que si al operar la fistula se emplea algún procedimiento que pueda dejar cualquier cuerpo extraño en contacto con la orina de la vejiga, sobrevenga un cálculo fosfático; pero si no es así, no tiene inconveniente, porque las concreciones fosfáticas necesitan, para formarse, del contacto del aire ó de un cuerpo extraño que les sirva de núcleo.

Con ese tratamiento se hacen desaparecer los fenómenos de irritación local, que podrían comprometer el éxito de la intervención. Pero quedan aquellos casos, muy numerosos, en que los genitales están alterados por bridas y retracciones cicatriciales que privan de poner al descubierto la fistula y practicar holgadamente la intervención.

Sims, Emmet, Bozemann, Hegar y muchos otros, insisten en la necesidad de sujetar dichas enfermas á un tratamiento preparatorio para hacer desaparecer tales deformaciones, reblandecer los tejidos cicatriciales y devolver á la vagina su capacidad y movilidad perdidas; en una palabra, convertir por esta preparación los casos difíciles en fáciles. Para ello se recomiendan distintos medios, pero todos á base de desbridar las retracciones y sujetar luego la vagina á un tratamiento mecánico por medio de taponamientos ó dilatadores de caucho, ó por la aplicación de los espéculums cilíndricos de cristal, de tamaño variable, inventados y aplicados por el mismo Sims; en tanto la enferma guarda reposo en la cama, y á la vuelta de más ó menos tiempo está la vagina preparada para realizar la intervención. En manos de Emmet ha habido enferma que ha estado durante medio año sujeta á este tratamiento preparatorio.

No puede negarse que todo ello ha de facilitar grandemente las maniobras de la operación, pero respecto á la absoluta necesidad de su empleo tengo mis dudas; por lo menos puedo decir que nunca lo he empleado, y que siempre en mis casos, y sobre unos 90 que llevo operados, en la tercera parte existían bridas y estrecheces, he practicado los desbridamientos necesarios como acto preliminar de la intervención quirúrgica; tengo la convicción de que este proceder no perjudica el éxito operatorio en lo que se refiere á la curación de la fistula, pues en casi todas las enfermas de esta clase he obtenido resultado completo á la primera tentativa; en cambio, puede influir en el estado definitivo de la vagina, pues indudablemente con el tratamiento operatorio preconizado por Sims se regulariza el conducto vaginal, en tanto que después de suturada la fistula, si se reproducen las irregularidades y deformaciones, cosa muy frecuente, suelen abandonarse para no malograr, al querer combatir las, el éxito de la intervención.

He observado que si se practica la intervención bastante tiempo después de establecida la fistula, las deformaciones vaginales son producidas por bridas delgadas, por lo general sin edemas ni infiltraciones, y que al cortarlas dejan completamente expedito el campo operatorio. Comprendo que si se opera precozmente, cuando todavía persisten las lesiones que acompañan al proceso de reparación, y que por lo tanto la mucosa está engrosada, el tejido celular infiltrado y los tejidos de nueva formación no han sufrido aún la reabsorción de que han de ser objeto, ese tratamiento preparatorio será más preciso, pero dado lo engorroso y molesto que resulta, es preferible aguardar y prescindir de él.

C. TRATAMIENTO CURATIVO DE LAS FÍSTULAS DEFINITIVAS.—Actualmente no es aceptable otro tratamiento radical que el quirúrgico. Prescindamos por completo de ciertos medios propuestos y más ó menos viables en épocas en que la operación de la fístula no daba los resultados que hoy produce. La operación de la fístula uro-genital comprende dos tiempos principales: el *avivamiento* y la *sutura*.

Avivamiento.—Tiene gran importancia, y sobre la manera de practicarlo están todavía discutiendo los ginecólogos contemporáneos; á poco que se estudie á fondo la manera de hacer

el avivamiento los distintos autores, puede verse que todas ellas caben dentro de tres métodos: el americano ó de Sims, el alemán ó de Simón y el francés ó de Jobert-Dubuoé.

Por el *método americano* ó de Sims, se practica el avivamiento de los bordes de la fístula cortando con un bisturí una banda de tejido de la mucosa vaginal; de manera que trazando una incisión concéntrica á los bordes de la fístula y por fuera de ella sobre la vagina, se desprenden los tejidos cortando á bisel y haciendo de modo que el bisturí ó la tijera corte en el borde de la fístula el punto de unión de la mucosa vesical con la vaginal (fig. 220), respetando siempre aquélla.

Por el *método alemán* ó de Simón, el avivamiento comprende todo el borde de la fístula, desde la vagina á la vejiga, cortando una tira alrededor de la abertura fistulosa que interese por igual ambas mucosas (fig. 221).

Durante mucho tiempo se han disputado la supremacía ambos métodos de avivamiento; el segundo, ó alemán, tiene el inconveniente de interesar la mucosa vesical, que sangra á veces en abundancia, pero sobre todo tiene en contra la facilidad con que puede interesar un uréter cuando éste se abre en el borde mismo de la fístula, como ocurre con frecuencia; por otra parte, al practicar la sutura después de un avivamiento por el método alemán, casi forzosamente, si no todos, algunos puntos de sutura deben comprender la mucosa vesical, lo que

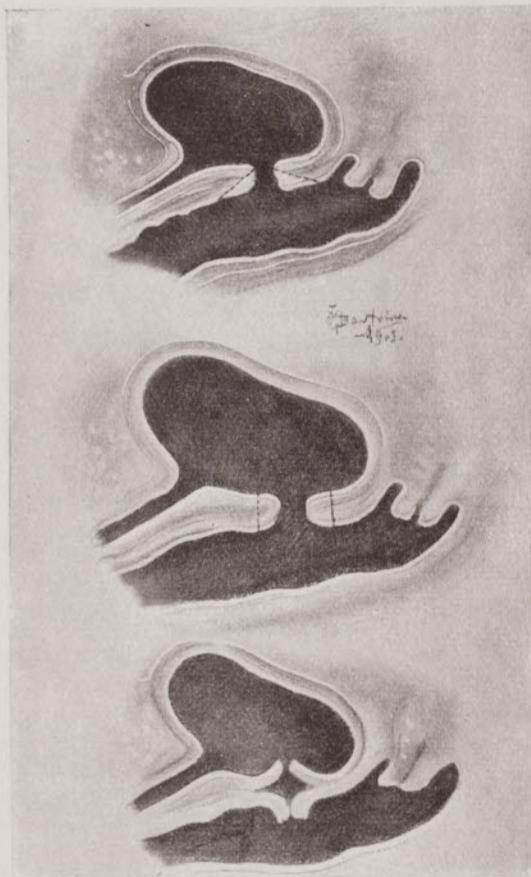


FIG. 220

Avivamiento por el método de Sims.

FIG. 221

Avivamiento por el método de Simón.

FIG. 222

Avivamiento por desdoblamiento.

tiene el inconveniente de dejar un trozo de asa en contacto con la orina, en tanto que por el método americano basta con que la sutura interese las paredes vaginales.

En ambos métodos de avivamiento el resultado es bueno, si se tiene en cuenta que el colgajo de tejido separado ha de ser extenso; muchas operaciones

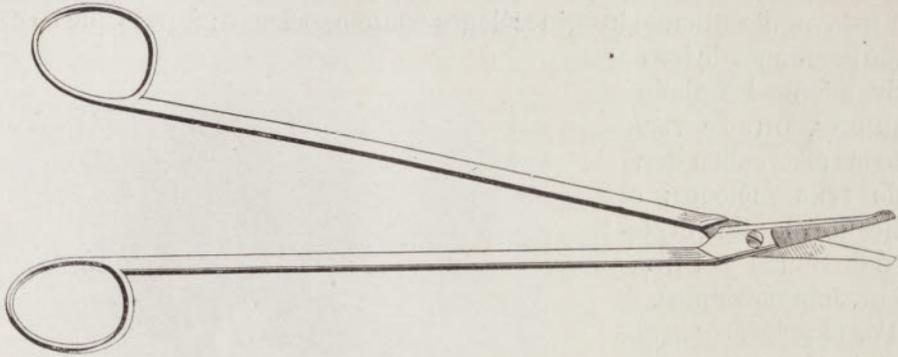


FIG. 223

Tijeras de Emmet.

de fistula se pierden por un avivamiento escaso y deficiente: ninguna se malogra por un avivamiento excesivo. La superficie cruenta que ha de quedar alrededor de la fistula, deberá tener por lo menos un centímetro de anchura, para que quepa una coaptación extensa de superficies cruentas (1).

El método de *desdoblamiento*, iniciado por Jobert, cuando preconizaba incidir el fondo de saco anterior para separar la vejiga del útero y hacerla deslizable, presentado más claro y ya con verdadero desdoblamiento por Dubuoé al

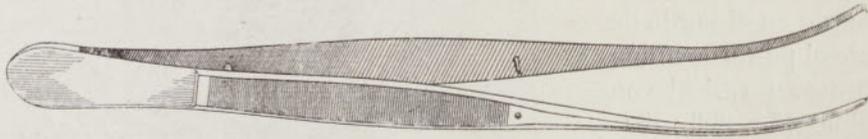


FIG. 224

Pinzas dentadas para el avivamiento.

trazar dos colgajos de cada lado ó en sentido ántero-posterior, ha sido después perfeccionado y vulgarizado por Walcher. El principio que lo informa es el mis-

(1) Nunca empleo otro bisturí que el usual, escogiéndolo de hoja pequeña; los bisturíes largos ó inclinados, de Sims, no son indispensables. Unas pinzas dentadas fijan y limitan el colgajo de avivamiento. Unas tijeras usuales, para sitios donde el bisturí se maneja difícilmente, y mejor las de Emmet (fig. 223), muy apropiadas para este caso, bastan para cualquier avivamiento; las tijeras de Bozemann, unas para la derecha y otras para la izquierda como las pinzas de Durham, para coger los bordes de la fistula en el acto del avivamiento, no son precisas, y es complicar inútilmente el instrumental: bastan unas pinzas dentadas algo curvas sobre el borde (fig. 224).

mo que sirve, como más adelante veremos, para practicar la perineorrafia por el procedimiento de Lawson-Tait (1).

Para practicar el procedimiento de desdoblamiento se incinde el borde mismo de la fístula en todo alrededor y se va separando la mucosa vaginal de la vesical, en una extensión mayor ó menor, próximamente de un centímetro, con lo que se obtienen dos colgajos, uno de mucosa vesical y otro vaginal; el primero se ranversa hacia la vejiga y el segundo hacia la vagina, y así existe doble coaptación (fig. 222). Pertencen á este método una gran variedad de pequeños procedimientos, que trazan colgajos autoplásticos y los hacen deslizar para obturar la fístula, como el de Fritsch, Makenrodt, Jobert y otros, sólo que en vez de formar un colgajo circular, lo forman lateral y toman de la vagina la cantidad de tejido necesaria para llenar la pérdida de substancia, y esto lo hacen cuando por las condiciones de la fístula uno de los bordes no puede separarse y movilizarse.

El procedimiento de Braquehaye, análogo enteramente al propuesto y realizado por Martín y Férgusson, pertenece también al método de desdoblamiento, aunque bastante cambiado (fig. 225). Consiste en practicar alrededor de la fístula, y á la distancia mínima de un centímetro, una incisión concéntrica á la abertura fistular, que comprenda tan sólo la mucosa vaginal: se disecciona ésta separándola de la vejiga hasta muy cerca del borde de la fístula, dejando dos ó tres milímetros; se invierte el colgajo de manera que la superficie vaginal venga á corresponder al interior de la vejiga, coaptándose sus superficies cruentas, y por encima, la superficie cruenta vaginal se coapta y sutura; el colgajo circular viene á formar un verdadero tapón en la fístula: es como si en el método americano se dejara el colgajo unido al borde de la fístula y se invirtiera hacia la vejiga: en vez de ser colgajo por deslizamiento, viene á ser colgajo por trasplatación.

Indudablemente que el método á colgajos por desdoblamiento, deslizamiento ó trasplatación es bueno, y lo prueba el que hacen de ello mención especial todos los ginecólogos que lo han empleado en determinadas circunstancias, sea como método de elección, sea como procedimiento de recurso en casos difíciles, solo ó combinado con el avivamiento ordinario. La disección circular de los bordes de la fístula y su desdoblamiento, resulta á veces de técnica muy

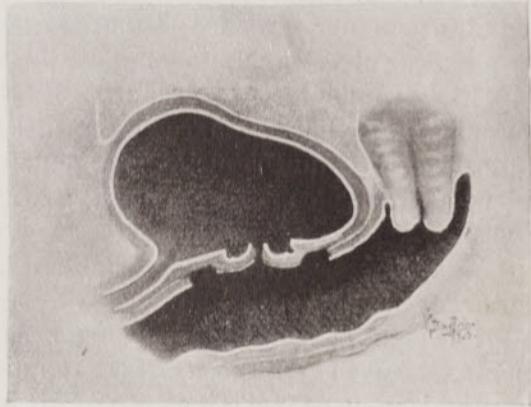


FIG. 225

Avivamiento formando un colgajo invertido, según el procedimiento de Braquehaye, Martín y Férgusson.

(1) Estudios bibliográficos, realizados por Kartzevski, autorizan á atribuir al inglés Callis la paternidad del método de desdoblamiento, por haber sido el primero en idearlo y realizarlo. (*Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1897, pág. 1140)

difícil y casi inaplicable (se facilita muchísimo con una incisión de uno á dos centímetros, que, en sentido ántero-posterior ó transversal, parte del borde de la fístula á cada lado comprendiendo sólo la mucosa vaginal). En cambio, el procedimiento de Braquehaye y Martín, trazando un colgajo circular y conservándolo para la inversión, en vez de escindirlo, tiene una aplicación fácil, y, además de no desperdiciar el tejido del mismo, deja la misma superficie cruenta para la coaptación que el avivamiento americano.

Sigo un criterio ecléctico en la elección del avivamiento: en la primera mitad de mi serie de operaciones empleé casi siempre el método americano más ó menos modificado según las condiciones del caso. Actualmente empleo con más frecuencia el desdoblamiento y, sea por la mayor pericia adquirida, sea porque realmente es más ventajoso el procedimiento, obtengo resultados más perfectos. Son tan variables las condiciones de cada caso que no es posible incluirlas en una práctica sistemática: las pequeñas variaciones en la manera de practicar el avivamiento y aplicar la sutura constituyen el secreto del éxito.

El avivamiento con substancias cáusticas para la reunión secundaria, propuesto por Amabile, junto con la invención de una serie de instrumentos ingeniosos, no creo que resucite ni que vuelva á emplearse, dados los perfeccionamientos alcanzados por la técnica actual.

Sutura.—La sutura debe, indiscutiblemente, ser la entrecortada. Pueden variar los detalles en la manera de aplicarla y en el material empleado.

Puede usarse el hilo de plata, la seda, el crin y el catgut. Indiscutiblemente, el catgut reuniría todas las ventajas, si no fuera que algún defecto de los que tiene no es fácil de solventar: la dificultad de obtener un catgut bastante duro para que mantenga los tejidos coaptados una serie de días en los casos difíciles, por una parte, y, por otra, la facilidad con que se reblandece en contacto de los líquidos, de modo que es difícil luego poderlo apretar suficientemente, son bastante para que, si bien es empleado por algunos, su uso no se haya generalizado; en las grandes fístulas, aunque se obtenga la reunión por primera intención, conviene que los puntos de sutura queden aplicados diez ó doce días, y ni el catgut crómico, ni el preparado de alcohol, conservan bastante tiempo su resistencia, sino que se reabsorben antes; además, es preciso casi siempre aplicar todos los puntos antes de apretarlos, y á poco que la fístula sea extensa se pasa, desde la aplicación del primer punto al último, un largo rato, suficiente para el reblandecimiento del catgut, y entonces es difícil graduar la presión al anudar los puntos. En cambio, constituye el ideal suturar una fístula y no ocuparse más de ella si la incontinencia cesa, en tanto que con los demás materiales de sutura deben retirarse los hilos cuando ya no son útiles, lo que constituye á veces una maniobra delicada y molesta.

La seda es perfectamente aceptable y sobre todo en Alemania su empleo es general. Siempre es una ventaja manejar un material tan conocido por el ginecólogo y que tiene tanta costumbre de usarlo, cuando se trata de anudar puntos en el fondo de la vagina. Indudablemente con la seda se obtienen coaptaciones perfectas y el ginecólogo gradúa bien la compresión del punto, porque puede elevar los dedos al fondo de la vagina. Empero, la seda, en el momento de emplearla, es aséptica, pero luego, siendo cuerpo constituido por hebras, y

por tanto contumaz, las bacterias vaginales filtran á su través y fácilmente producen la supuración del trayecto del hilo y pueden infectar la incisión á poco que la coaptación no sea perfecta. Fritchs, gran partidario de la seda, dice que «tiene el inconveniente de que se empapa de líquido y hay necesidad de extraerla, de tal manera que, si no se quitan los hilos al quinto ó sexto día, siempre aparece pus en los puntos de sutura.» Luego relata los inconvenientes de retirar la sutura tan pronto y las fistulas que se entreabren en estas circunstancias, para aconsejar dejarla para más tarde, en que, según dice el mismo Fritchs, llegan las supuraciones á ser tan extensas que hay enfermas que creen se ha reproducido la fistula; y si por casualidad algún hilo interesó la mucosa vesical, forma una fistulita que luego se cura espontáneamente, ó el trozo de asa que pasa por dentro da origen á una concreción fosfática. Estos inconvenientes los había yo notado en los pocos casos en que he empleado la seda, pero no tan acentuados como Fritchs, quien, al acabar recomendándola, lo hace porque le encuentra la ventaja positiva de la facilidad y rapidez en anudar los puntos.

El crin de Florencia tiene sobre la seda la ventaja de no ser permeable, y no origina, por tanto, la supuración en el trayecto de los hilos; en cambio, tiene algunos inconvenientes difíciles de solventar, reconocidos por todos los autores que lo han empleado. Si es muy delgado para manejarlo fácilmente, también con facilidad corta los tejidos; si es grueso y resistente, las asas del nudo se adaptan con gran dificultad; de ello resulta grave inconveniente para graduar bien la presión de la sutura, uno de los factores esenciales en el éxito de la operación de la fistula. Por otra parte, son muy difíciles de retirar, porque se hunden en los tejidos y, dado su color, no se distinguen para cortarlos.

El hilo de plata, que puede usarse del grosor más conveniente, evitando sea muy delgado, tanto para que no se rompa como para que no corte los tejidos, es indiscutiblemente el más útil. Los puntos se aplican con tanta facilidad, y á veces, con la aguja tubulada, mucho mejor que los de seda, crin ó catgut; pueden apretarse y anudarse fácil y rápidamente tanto como lo otros; si quedan flojos pueden apretarse más, lo que no puede hacerse con ninguno de los demás; su rigidez le hace conservar la forma que se le da, hasta cierto punto, lo que es beneficioso para no cortar los tejidos. Fritchs, que se declara partidario de la seda, dice: «Es muy cierto que con el alambre de plata se obtienen curaciones sin ninguna supuración.» Al señalar sus inconvenientes, le encuentra dos: que no se aplica al ojal de la aguja y hace orificios demasiado grandes, y que si es muy delgado, corta los tejidos; en algo había de fundar su preferencia por la seda, que no resulta nada justificada en sus escritos (1).

El mejor material de sutura para las fistulas véstico-vaginales es indiscutiblemente el hilo de plata. No favorece la supuración, se aplica fácilmente, no corta los tejidos, puede apretarse y aflojarse cada punto de por sí una vez aplicado, puede dejarse aplicado sin inconveniente todo el tiempo que se quiera y, finalmente, no presenta dificultades para extraerlo. El único inconveniente que tiene es que se necesita algún instrumento especial para su aplicación.

Los puntos de plata pueden aplicarse con cualquiera aguja de sutura de

(1) FRITCHS: *L. c.*, págs. 192 á 194.

las que comúnmente se usan, ó bien empleando la aguja tubulada especial para estos casos.

Las agujas de sutura pueden ser de cualquier clase y el porta-agujas también: cuando yo he aplicado la sutura por este procedimiento, he empleado siempre las agujas de Schroder, para el cuello del útero, y el porta-agujas de Thomas (fig. 141). La aguja se enebra con doble seda y en el asa de ésta se monta el hilo de plata, perfectamente doblado para que no ensanche la abertura (figura 226).



FIG. 226

Aguja enebrada con doble seda é hilo de plata.

Se pasa primero la seda y ésta arrastra el hilo de plata. Recuerdo una vez que no tenía á mano la aguja tubulada, que con una sola aguja y la misma hebra de seda, pasé los seis puntos de sutura que comprendía la fistula.

Sin duda que la aguja tubulada tiene grandes ventajas. Se la conoce generalmente con el nombre de aguja de Startin, pero todos los fabricantes tienen la suya más ó menos modificada. Consta de un mango con un tallo metálico (fig. 227) en cuyo extremo se montan agujas de recambio de diferentes formas, tubuladas, y por cuya punta asoma el alambre: en el otro extremo del mango va un rodete que lleva plata arrollada, suficiente para una ó varias operaciones; en el centro del instrumento hay una rueda que, al dar vueltas por la compresión del dedo, empuja el hilo hacia la punta hasta que sale tres ó cuatro centímetros y puede cogerse, bien sea con los dedos, bien sea con unas pinzas.

Los puntos deben aplicarse de manera que comprendan siempre bastante cantidad de tejido, para que la compresión se reparta y aquél no se rompa: pe-



FIG. 227

Aguja tubulada para la sutura con alambre de plata.

netran á un centímetro del borde del avivamiento y salen por el punto de unión á la mucosa vesical, penetran del otro lado por este mismo sitio y van á salir á un centímetro del borde del avivamiento (fig. 228).

Si los bordes de la fistula no son aseguibles á los dedos, para favorecer el paso de la aguja se fijan con una pinza dentada de presión (fig. 132).

A veces se aplican puntos profundos y puntos superficiales, para perfeccionar la coaptación; por regla general, basta una sola línea de puntos: la distancia entre unos y otros ha de ser de siete milímetros á un centímetro; ni más aproximados, para que no puedan interrumpir la circulación, ni más apartados, para que la coaptación de las superficies cruentas sea perfecta.

Para anudar los puntos se dispone de la espátula y del tuerce-hilos, inventados por Sims, que cuando se manejan bien, permiten anudarlos con tanta rapidez ó más que los puntos de seda. Se meten los dos hilos en el ojo de la espátula (fig. 229), teniendo los extremos cogidos con una pinza; en seguida se

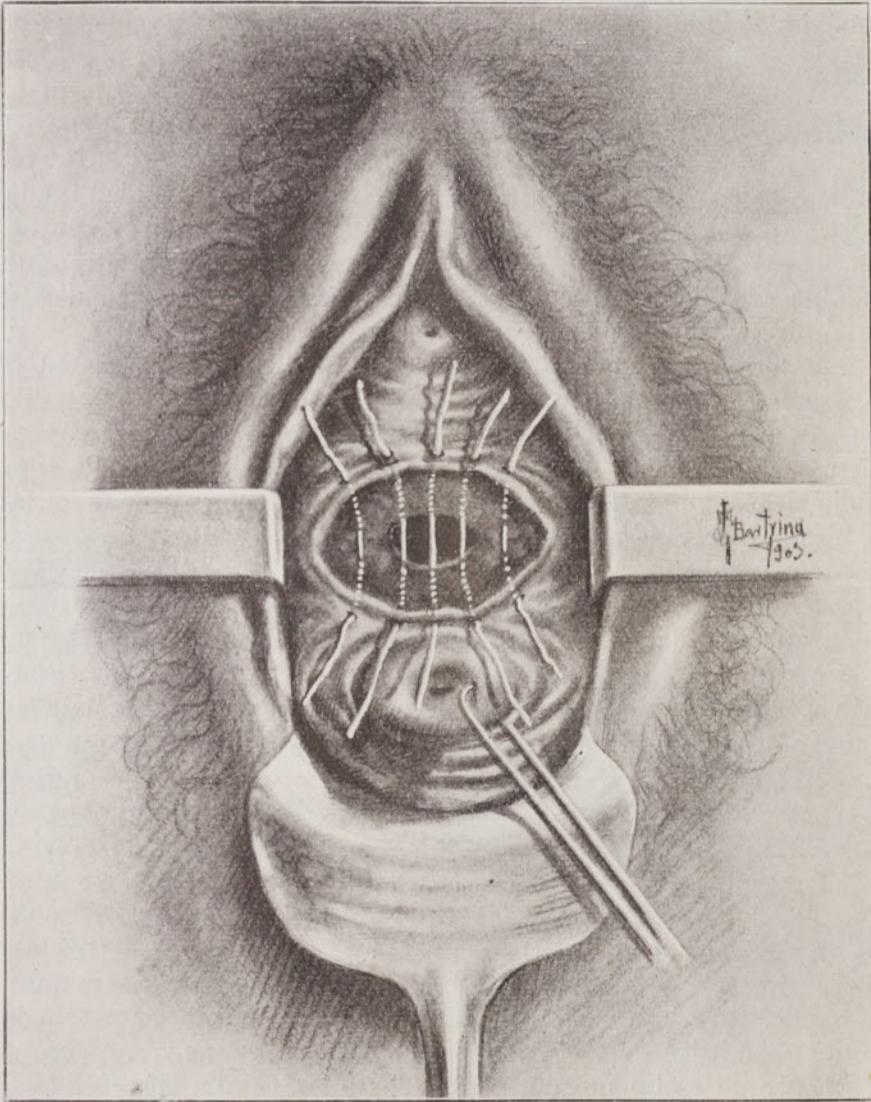


FIG. 228

Puntos aplicados en una fistula corriente.

pone entre los dos el tuerce-hilos (fig. 230) y se dan tres ó cuatro vueltas, hasta que se calcula que el punto está suficientemente apretado: se retira la espátula y el tuerce-hilos, y queda anudado el punto. Lo difícil de esta maniobra es dejar los puntos que no sean flojos ni fuertes: Fritchs le preguntó á Neugebauer en qué conocía que un punto estaba demasiado apretado, y le contestó

que cuando la compresión producía cierta palidez en los tejidos; creo preferible no llegar á esta palidez, con tal que la coaptación sea completa. Si al retirar la espátula se ve que el punto queda flojo, puede volverse á apretar dándole una ó dos vueltas más, y al revés, si parece que constriñe demasiado los tejidos, puede aflojarse. Realmente al torcer el hilo debe el ginecólogo proceder con tacto, pues si el asa comprime demasiado, se esfaca el tejido y puede comprometer el éxito de la intervención; como todo, necesita esto también su aprendi-



FIG. 229

Espátula para apretar los puntos.

zaje, pero no se diga que sólo el hilo de plata tiene ese inconveniente, pues también los de seda, crin y catgut pueden estrangular los tejidos: falta sólo adquirir con el tuerce-hilos aquel tacto que nos indica que el punto está bien, como le tenemos para la seda ó el catgut.

Creo preferible esta manera de anudar el hilo de plata á las placas y botones de Bozeman y Dubuoe, por ser muy sencillo y dejar el campo expedito para retirarlos. Si no se tiene espátula y tuerce-hilos, con pinzas de presión pueden sustituirse perfectamente. Algunos aconsejan cortar los hilos á ras de la torsión; yo los dejo largos, que salgan por la vulva, hasta el momento de quitarlos.

La aguja porta-hilos tiene varias de recambio de diferente forma, para adaptarlas á las distintas clases de fistulas ó para hacer sutura transversal ó ántero-posterior: el hábito puede en esto más que los instrumentos: cuando yo adquirí la que me sirve hace veinte años, recomendé al constructor muchas agujas de recambio: tiene doce. Tenía entonces muy poca experiencia de esta operación y, como todo novel, daba gran importancia al instrumental en el que suele buscarse lo que no da la pericia. De las doce agujas sólo he usado dos, y



FIG. 230

Tuerce-hilos para fijar los puntos por torsión.

casi siempre la misma, porque con el hábito salgo mejor con ésta que buscando formas apropiadas: cada forma exige un aprendizaje y un hábito. No hay duda que la aguja tubulada puede ser sustituida perfectamente por agujas usuales, como lo he hecho algunas veces; pero sea por hábito, sea porque realmente en las fistulas altas resulte más fácil la sutura, sigo empleándola con satisfacción.

Para quitar los puntos se pone el asa al descubierto, tirando suavemente de los extremos, que están en la vulva, y se corta con la punta de una tijera ó bien se echa mano de una guillotina especial, que permite cortar el asa sin verla: por tanteo se busca hasta que el hilo ocupa la ranura de la punta, y se corta. Acompañándola con el dedo sin poner la cicatriz al descubierto, pueden fácilmente quitarse los puntos. Es mucho más difícil quitar los puntos de seda ó de crin, porque deben ponerse al descubierto, ya que la guillotina no los corta, porque se doblan. Guiando la punta de la tijera con el

zaje, pero no se diga que sólo el hilo de plata tiene ese inconveniente, pues también los de seda, crin y catgut pueden estrangular los

tejidos: falta sólo adquirir con el tuerce-hilos aquel tacto que nos indica que el punto está bien, como le tenemos para la seda ó el catgut. Creo preferible esta manera de anudar el hilo de plata á las placas y botones de Bozeman y Dubuoe, por ser muy sencillo y dejar el campo expedito para retirarlos. Si no se tiene espátula y tuerce-hilos, con pinzas de presión pueden sustituirse perfectamente. Algunos aconsejan cortar los hilos á ras de la torsión; yo los dejo largos, que salgan por la vulva, hasta el momento de quitarlos. La aguja porta-hilos tiene varias de recambio de diferente forma, para adaptarlas á las distintas clases de fistulas ó para hacer sutura transversal ó ántero-posterior: el hábito puede en esto más que los instrumentos: cuando yo adquirí la que me sirve hace veinte años, recomendé al constructor muchas agujas de recambio: tiene doce. Tenía entonces muy poca experiencia de esta operación y, como todo novel, daba gran importancia al instrumental en el que suele buscarse lo que no da la pericia. De las doce agujas sólo he usado dos, y casi siempre la misma, porque con el hábito salgo mejor con ésta que buscando formas apropiadas: cada forma exige un aprendizaje

índice, á la vez que se tira del punto hacia afuera, puede cortarse con facilidad el hilo, sin aplicación de valvas que pongan al descubierto la línea de sutura.

Cuando el avivamiento se ha practicado por el método de desdoblamiento, Walcher, Doyen, Braquehaye y otros aconsejan doble sutura: una de catgut para el colgajo ranversado hacia la vejiga y otra de seda para el colgajo vaginal (fig. 231); una sola vez he empleado este procedimiento, y la sutura del colgajo vesical fué el punto de partida de una concreción fosfática, que me fué bastante difícil extraer desde la vejiga: el resultado final fué satisfactorio. Las suturas perdidas, aun siendo de catgut, me parece que tienen bastantes inconvenientes aplicadas á la operación de la fistula, de modo que cuando hago desdoblamiento empleo también la sutura única con hilo de plata aplicado de manera que coapte los dos colgajos, para aprovechar la mayor extensión de superficie cruenta (fig. 232).

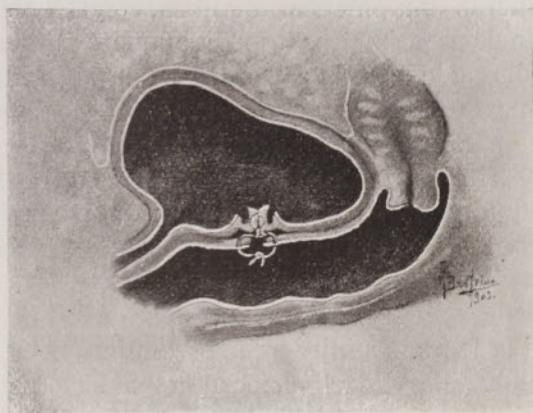


FIG. 231

Sutura aislada del colgajo vesical (catgut) y vaginal, en el procedimiento de desdoblamiento ó en el de Braquehaye.

Práctica de la operación de la fistula urogenital.

DISPOSICIÓN DEL CAMPO OPERATORIO.— La colocación de la enferma en esta operación es uno de los puntos más importantes, porque facilita más ó menos descubrir y hacer asequible el campo operatorio. Cuando Sims hizo en 1858 su excursión á París, fué una verdadera revelación la facilidad con que, mediante el decúbito lateral y el empleo de su valva, quedaba al descubierto y perfectamente asequible la pared vaginal anterior y el sitio de la fistula. Aparte los perfeccionamientos técnicos de avivamiento y sutura, la disposición del campo operatorio de manera que pueda manio- brarse con relativa facilidad en la región de la fistula, favorece mucho el éxito.



FIG. 232

Sutura de los dos colgajos, en el procedimiento de desdoblamiento ó en el de Braquehaye, con un solo punto de sutura.