

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

UN NUEVO PROCEDIMIENTO

PARA LA CURACION DE LA

FISTULA VESICO--VAGINAL

PRUEBA ESCRITA

QUE PARA EL

EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

JOSÉ GAZANO,

Ex-alumno de la Escuela N. Preparatoria,
alumno de la Escuela Nacional de Medicina, ex-interno del
Hospital General de San Andrés,
Practicante actual del Hospital "Morelos."



MÉXICO

IMPRESA Y ENCUADERNACION DE ADOLFO L. PARRA
Calle de las Escalerillas, núm 2

1900



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis Padres,

Cuyo empeño por mi educación ha sido grande sin omitir sacrificios de ninguna especie y á quienes debo por esto, una gratitud y un cariño que jamás llegarán á ser bastante.

A mis hermanos.

A mi maestro, el distinguido cirujano

Sr. Dr. Ramón Macías,

Testimonio de admiración y respeto.

A mis maestros.

CONCLUIDOS los estudios y práctica que la ley previene para obtener el honroso título á que aspiro, sólo me falta sujetarme á la última y más terrible prueba, de que ustedes, Señores Jurados, son el Juez rectísimo que defina, si la cosecha de conocimientos que he obtenido es suficiente para que se me extienda tan noble cuanto honroso diploma; y si bien es cierto que durante mi carrera, año tras año se me ha juzgado apto para continuar los cursos subsecuentes; hoy que debo responder al conjunto de las materias que forman la ciencia médica, natural es que me encuentre sobrecogido de temor y que me sienta vacilante y perplejo al sustentar un acto tan imponente que podrá ser para mí y ha sido para muchos el último peldaño para entrar al ancho mundo de la práctica.

Cumpliendo pues, con el deber que la ley me impone paso á exponer á ustedes la tesis que para este caso he formado, la que encontraréis plagada de defectos, como fruto de mi inexperiencia y si me atrevo á presentarla es porque cuento con la indulgencia de los que saben y la benevolencia de los que encanecidos en el estudio y la observación solo verán en mi trabajo los esfuerzos del que desea ser útil á la Sociedad, á la familia y á sí propio siempre que tenga la fortuna de alcanzar el inestimable bien á que aspira.

MUCHOS son los procedimientos operatorios ideados hasta el día, para la curación de las fístulas véstico-vaginales, pero la técnica de todos ellos puede referirse á la de cualquiera de los métodos que á continuación expreso:

1º El más conocido y generalmente aceptado, acaso por su sencillez, consiste esencialmente en avivar los bordes del orificio fistuloso en la superficie vaginal y unirlos por medio de la sutura. A este método pueden relacionarse el clásico procedimiento de Sims, el de Jobert de Lamballe y el de Simón.

2º Cubriendo la pérdida de sustancia por medio de colgajos tomados de los órganos contiguos (paredes vaginales, pequeños labios, etc.,) como en los procedimientos de Martín y Trendelenburg.

3º Separando la vejiga de la vagina en los dos tercios posteriores de la fístula, llevando la pared vesical hacia adelante y suturándola al tercio anterior previamente avivado, como en el procedimiento de Dudley.

4º Cubriendo la pérdida de sustancia ya con la cara anterior de la matriz, como en el procedimiento de Mackenrodt ó con su cara posterior, después de abrir el fórnix posterior y pasar á través de este ojal el cuerpo invertido del útero, como en el procedimiento de Freund.

5º Abriendo el abdómen, desprendiendo la vejiga del orificio inferior de la fístula, suturando la pared vesical y cerrando el vientre, como en el procedimiento de von Dittel.

6º Separando la vejiga de la vagina por la disección y suturando estos órganos separadamente, como en los procedimientos de Sãnger, Walcher, y en el que me propongo describir, original del hábil cirujano Sr. Dr. Ramón Macías.

Dada la corta extensión de este trabajo, difícil me sería entrar en minuciosos detalles acerca de todos los métodos operatorios arriba enunciados, por lo tanto me concretaré solamente á la descripción detallada del manual operatorio del último método, tal cual se lo he visto practicar á su autor en su servicio ginecológico del hospital «Morelos,» procurando á la vez hacer resaltar las ventajas de este proceder quirúrgico, sobre algunos de los anteriormente conocidos.

*
* *

Para la metódica descripción del procedimiento, expondré: primero los cuidados ó precauciones pre-operatorias, en seguida los tiempos operatorios y por último los cuidados post operatorios, terminando este trabajo con la historia clínica de una enferma operada por este procedimiento.

Los cuidados pre-operatorios ó preliminares de la intervención, comprenden: la antisepsia de las vías urinarias, del campo operatorio y de las manos del cirujano, la elección de instrumentos, su esterilización y la del material de suturas y curaciones, la posición que debe darse á la paciente y los medios adecuados para hacer más accesible el campo quirúrgico.

No trataré las cuestiones relativas á la antisepsia de las vías urinarias y del campo operatorio, ni las de la esterilización del instrumental y material quirúrgico, porque además de ser perfectamente conocidas, pueden modificarse según la preferencia dada por cada cirujano á determinado método ó á sustancias determinadas que mejor resultado le han dado en su práctica.

Los instrumentos necesarios á esta intervención, son:

Para la exposición del campo operatorio, una valva corta y ancha y 2 separadores vaginales, seis pinzas de garras convergentes, modelo del Dr. Macías, semejantes á las pinzas tira balas americanas pero de menor longitud y de garras más finas.

Para las incisiones y el avivamiento.—2 bisturís (recto y convexo) de lámina angosta, tijeras rectas y curvas, medianas y finas, pinza de disección y de dientes de ratón y una sonda acanalada.

Para la sutura.—Agujas ordinarias muy finas y medianas de curvatura pronunciada, un porta-agujas, seda, catgut y crin de Florencia.

Para la hemostasis.—6 pinzas de Pean.

Para la canalización de la vejiga.—Una sonda metálica y sonda de Nelaton, una jeringa de hidrocele.

La posición que debe darse á la enferma es la dorso-sacra, estando los muslos separados y doblados sobre el abdómen y las piernas en flexión sobre estos.

Para hacer accesible el orificio inferior de la fístula, se introduce en la vagina una valva corta y ancha que á la vez que deprima su pared posterior, separe las paredes laterales; á necesidad si la vagina fuese muy amplia ó por el contrario el campo operatorio estuviese estrecho, se colocarán dos separadores vaginales, los de Simon por ejemplo.

Se introduce en la uretra una sonda metálica y se le confía á un ayudante, recomendándole, deprima con ella moderadamente la pared inferior de la vejiga; esta maniobra tiene por objeto tender la pared vaginal y permite por consecuencia hacer más fácilmente su sección; además la sonda previene la herida de la vejiga ó de la uretra, al efectuar la separación entre estos órganos y la vagina.

Se toma el labio anterior del cuello del útero por medio de dos pinzas de garras, bajando la matriz lo más que sea posible hacia el orificio vulvar, tanto para ayudar á la acción de la sonda colocada en la vejiga, como para poner más á la vista el orificio fistuloso.



Llenados estos requisitos indispensables, se procede á los tiempos operatorios que componen este procedimiento y que son los siguientes:

- 1º Trazo de las incisiones.
- 2º Desdoblamiento del septum vésico-vaginal.
- 3º Avivamiento y sutura de la pared vesical.
- 4º Regularización de los colgajos vaginales y sutura de ellos.

PRIMER TIEMPO.

Sobre la pared vaginal anterior y en su línea media, se hace por medio del bisturí, una incisión que partiendo de un centímetro poco más ó menos, abajo del meato urinario, se extienda hasta cerca de la unión de la vagina con el cuello del útero; en la extremidad posterior de esta incisión y perpendicular á ella, se hace caer una segunda transversal, ligeramente cóncava hacia adelante; cuya longitud variará según la amplitud mayor ó menor de la vagina, pero que se extenderá igualmente á uno y otro lado de la línea media; de manera que estas dos incisiones, circunscriben dos colgajos de forma triangular cuyo vértice está dirigido hacia adelante y la base corresponde al fondo de saco vaginal anterior.

Las incisiones comprenderán el espesor de las capas mucosa y muscular de la vagina; deteniéndose en el tejido celular que la separa de la vejiga.

SEGUNDO TIEMPO.

Trazadas las incisiones, se procede á la disección de los dos colgajos triangulares ya mencionados, comenzan-

do por el punto de intersección de las incisiones y llevándola de atrás hacia adelante. Esta disección se hace al principio por medio del bisturí ó de las tijeras curvas finas y de pinzas anatómicas ó de dientes de ratón y se continúa la separación de la vejiga y de la parte posterior de la uretra ya por medio de una espátula roma ó mejor sirviéndose del dedo, á fin de no lesionar estos órganos.

Libre ya la vejiga de sus naturales adherencias á la vagina, se levantan los colgajos vaginales con dos pinzas de garras, se toma la pared vesical en uno de los diámetros del orificio fistuloso por medio de otras dos pinzas y atrayéndola hacia adelante se le hace pasar por el espacio libre que dejan entre sí los dos colgajos.

TERCER TIEMPO.

Colocada á la vista la pared vesical, se ejecuta su avivamiento fácilmente, tomando el borde duro y calloso con unas pinzas de dientes de ratón y resecándolo por medio de las tijeras curvas, en contorno del orificio vesical de la fístula.

Avivada la vejiga, se practica la sutura de su pared. Esta sutura se hace en dos planos, uno destinado á unir la mucosa y el otro destinado á unir la capa muscular. Ambas suturas se hacen en surgete, haciendo uso de una aguja muy fina de pronunciada curvatura y de un hilo de catgut delgado (números 0 ó 1) para la mucosa y catgut más resistente (número 2) para la muscular.

Para facilitar la sutura, el operador tomará la aguja en ángulo recto por medio de un porta agujas.

La dirección de la sutura será antero-posterior, oblicua ó transversal, estando subordinada á la dirección del orificio fistuloso.

Los puntos del surgete deberán estar bastante aproximados, cinco milímetros al menos, á fin de evitar el

paso de la orina y con objeto de hacer que el afrontamiento sea lo más perfecto posible. Las extremidades del surgete serán fijadas por medio de un doble nudo.

Antes de pasar al último tiempo de la operación que es la sutura de la vagina, es indispensable comprobar la oclusión completa de la vejiga; para ello, se inyecta por la sonda colocada en la uretra y sirviéndose de una jeringa de hidrocele, solución de ácido bórico al cuatro por ciento ó simplemente agua esterilizada á la temperatura de 45° poco más ó menos. Debe evitarse hacer la inyección forzada, pues esto podría provocar una distensión brusca de la vejiga y la ruptura consecutiva de las suturas.

Si el líquido de la inyección pasa á través de los puntos del surgete, se colocarán en las partes que sea necesario puntos de sutura entre cortados intermedios á los del surgete hasta dejar perfectamente cerrada la pared vesical.

CUARTO TIEMPO.

Una vez comprobada la oclusión de la fístula vesical, se bajan los colgajos vaginales, se regularizan quitando con las tijeras curvas la pequeña banda de tejido que circunscribe la fístula, se afrontan las superficies cruentas y se suturan haciendo dos surgetes, uno antero posterior llevado de adelante hacia atrás y el otro transversal, siendo indiferente llevarlo de izquierda á derecha ó viceversa. Las suturas de la vagina pueden hacerse como las de la vejiga con catgut, pero reabsorbiéndose algunas veces esta sustancia con mucha rapidez, es preferible recurrir á la seda ó á la crin de Florencia que es bien tolerada por los tejidos y que da una seguridad completa.

Inútil creo advertir que la hemostasis perfecta y una asepsia rigurosa tanto en la intervención como después de ella son dos elementos indispensables que la conducirán á un resultado feliz.



Pasaré á ocuparme de los cuidados post-operatorios; entre ellos, el más esencial, el adyuvante necesario de la intervención, es la canalización permanente de la vejiga pues evita la distensión de este receptáculo y previene la acumulación de la orina, causas que con frecuencia hacen fracasar las suturas, así pues, antes de colocar el apósito, se introduce una sonda blanda de Nelaton en la uretra y comprobado su buen funcionamiento se la fija al meato por dos puntos de sutura.

El medio de comprobar si la canalización de la vejiga se hace bien, es inyectando pequeñas cantidades de solución bórica ó agua esterilizada y observando si el líquido vuelve inmediatamente por la sonda.

La sonda permanente se mantendrá durante los 3 ó 4 días siguientes á la intervención, no pudiendo prolongarse más tiempo por el tenesmo doloroso que provoca, irritando el cuello vesical, durante ellos se vigilará su funcionamiento y se harán pequeñas inyecciones, cada 2 ó 3 horas, con agua esterilizada á fin de evitar que los ojos de la sonda puedan obturarse por pequeños coágulos ó por moco. Después de colocar la sonda á permanencia se pondrá el apósito, espolvoreando iodoformo en las heridas vaginales é introduciendo en la vagina un tapón de gasa iodoformada esterilizada de manera de sostener la superficie operada sin distender su cavidad evitando así la ruptura de las suturas ó la sección de la pared vaginal por los hilos. Se cubrirá la vulva por medio de compresas de gasa iodoformada y de algodón hidrófilo y se sostiene la curación por un vendaje en T perforado en su parte media para permitir el paso de la sonda. El apósito se renovará diariamente después de hacer grandes lavados antisépticos de la vulva y de la vagina.

Durante los primeros días que sigan á la intervención, con objeto de evitar que se rompan las suturas con

los esfuerzos de la defecación se administrarán á la enferma ligeros laxantes al interior y le serán prescritas lavativas evacuanes ó al contrario se provocará la constipación.

Si las suturas vaginales fuesen hechas con seda ó crin de Florencia se quitarán del octavo al décimo día después de la operación.

*
* *

Terminada la descripción del nuevo procedimiento, examinemos ahora, los defectos de los antiguos, especialmente los del procedimiento americano, que es el que ha alcanzado mayor uso en la práctica ordinaria y la manera como han sido corregidos en éste.

El procedimiento del cirujano americano Marion Sims, á pesar de la evolución causada en todos los ramos de la cirugía por el advenimiento de la doctrina antiséptica, apenas si ha sufrido modificación. El alambre de plata sutura exclusivamente empleada antes por ser la menos irritante, ó como diríamos al presente, la más aséptica, ha sido sustituida por el moderno material de sutura, los cuidados de antisepsia también han sido puestos en práctica; más á esto sólo se reducen las variantes que ha sufrido desde 1849 en que fué descrito.

En este procedimiento se recomienda hacer un amplio avivamiento, 10 ó 12 milímetros al rededor de la fístula, solamente en la pared vaginal, se hace oblicuamente, en bisel, de manera que la superficie avivada representa un cono de pequeña altura, cuya base corresponde á la pared vaginal y el vértice al orificio vesical de la fístula.

El procedimiento de Simón difiere de éste en que la mucosa de la vejiga es comprendida en el avivamiento.

La sutura, en ambos procedimientos, se ejecuta haciendo penetrar la aguja á cinco milímetros de la superficie avivada, llevándola á través de los tejidos y haciéndola salir abajo de la mucosa vesical, siguiendo el hilo

un sentido inverso en el borde opuesto. El manual operatorio de estos métodos podríamos pues, reducirla á estos dos principios; avivamiento amplio y sutura sin tocar la mucosa vesical.

Véamos ahora sus desventajas; desde luego el avivamiento siendo hecho de la manera recomendada, al hacer la sutura, no permite el afrontamiento perfecto de las superficies cruentas si no es á costa de tal grado de tensión en la pared vaginal, que frecuentemente es seccionada por los hilos, haciendo por consecuencia fracasar la intervención.

En el procedimiento de Jobert de Lamballe se ha procurado obviar este inconveniente, haciendo una incisión en el fondo de saco vaginal anterior, incisión que lleva el nombre de su autor, y en otros métodos haciendo incisiones liberadoras á uno y otro lado de la fístula que permitan al deslizamiento de un borde hacia el otro, pero esto además de complicar la técnica operatoria del procedimiento primitivo, retarda mayor tiempo la curación.

Otra desventaja debemos aun señalar respecto al amplio avivamiento y es que en el caso de que fracasara la intervención, caso que á menudo se presenta en la práctica, pues el mismo Sims al describir su procedimiento nos dice que para lograr la oclusión completa de una fístula vésico vaginal, es necesario recurrir á varias intervenciones sucesivas, fácil es comprender la pérdida de sustancia consecutiva á varios avivamientos y por consecuencia la estrechez de la vagina y el aumento de dimensiones de la fístula, cosas que he visto comprobadas en la enferma de la observación que publico al final de este trabajo, la cual fué sometida á 10 intervenciones sin obtener la curación de su penosa enfermedad y sí el estrechamiento de su vagina que dificultaba cada vez más las intervenciones posteriores y una comunicación más amplia entre la vejiga y la vagina.

En cuanto al modo de practicar la sutura es defectuoso y de resultado inseguro puesto que las condiciones de una buena sutura son: que reúna planos de constitu-

ción anatómica semejante y que el afrontamiento de las superficies por suturar sea lo más exacto posible, en los procedimientos ya citados en que la sutura comprende todos los planos á la vez, difícil es satisfacer esas condiciones, podrá afrontarse bien el primer plano, es decir, la mucosa vaginal que está á la vista, pero los restantes serán afrontados ciegameute. Ahora bien, si en el procedimiento de Simon que lleva el avivamiento hasta la pared vesical, el éxito de la operación es poco probable, menores probabilidades de un resultado favorable se tienen en el procedimiento americano, que al no tocar la mucosa vesical afronta superficies entre las que no puede verificarse materialmente la cicatrización.

Dos defectos debo aun señalar á estos procedimientos, el no ser aplicables á todos los casos, como por ejemplo tratándose de grandes fístulas vésico vaginales, y el de necesitar para su ejecución un instrumental numeroso, especial, complicado y difícil de esterilizar, estando por consecuencia en contraposición con las doctrinas de la cirugía moderna.



En el mismo orden en que he señalado los defectos de los otros métodos enumeraré los medios como han sido subsanados en el procedimiento del Dr. Ramón Macías.

Gracias á la disección de los dos colgajos triangulares tallados en la vagina, quedan estos suficientemente libres y se deslizan con facilidad hacia la línea media, así es que después de afrontados y suturados no hay estiramiento de ningún genero que haga temer la sección de la pared vaginal por los hilos de sutura.

La incisión antero posterior del primer tiempo, siendo á la vez la zona de avivamiento y habiéndose reducido la pérdida de sustancia vaginal al minimum, resecaando puramente la porción que forma el borde del orificio fistuloso, suponiendo que la intervención fracasara, no

traería como en los otros métodos la estrechez consecutiva de la vagina y si la fístula aumentara de tamaño sería en ligerísimas proporciones, no comparable al producido por un avivamiento amplio.

La sutura empleada en este método que como he dicho al describirla, se compone de tres planos superpuestos, el plano de la mucosa vésical, el de la capa muscular de la vejiga y el plano vaginal, es enteramente racional y científica, reúne en sí las condiciones de una buena sutura, al afrontar planos homólogos y pudiendo hacer este afrontamiento con la mayor exactitud. Se comprende por lo tanto la seguridad que puede dar al cirujano y la supremacía de este medio de síntesis sobre los otros.

La penetración de los hilos de sutura á través de la mucosa de la vejiga, formalmente proscrita en los antiguos métodos, señalando como contra indicaciones, la inflamación de la vejiga que traía consigo, la filtración de la orina por las pequeñas aberturas de la mucosa y la formación de cálculos sobre los hilos de sutura, tuvo razón de ser en otra época, más al presente, tales contra indicaciones han dejado de existir, pues las suturas á condición de estar perfectamente esterilizadas son muy bien toleradas por los tejidos y no dan lugar á accidentes de ningún género. En cuanto á la filtración de la orina, está prevenida por la colocación de la sonda permanente que impide la distensión de la vejiga; aun sin ella, dicha filtración no se hace, como he podido observar en dos enfermas laparatomizadas en el hospital «Morelos» en las que fué seccionada la vejiga accidentalmente en la extensión de algunos centímetros y practicada la sutura de la pared vesical por planos, como en este procedimiento, fué cerrado el vientre sin canalizar; habiendo caminado las enfermas á su curación sin complicación de ninguna especie evitando solamente la acumulación de la orina por cateterismos frecuentes practicadas cada dos ó tres horas. Por otra parte la orina no quedando largo tiempo en contacto con los hilos de sutura y además siendo el catgut, la materia escogida para practicar esta sutura

perdida, se reabsorbe demasiado pronto y no da tiempo para que obrando como un cuerpo extraño llegara á ser el núcleo de formación de un cálculo.

A pesar de no traer en apoyo de este método más que una sola observación clínica, dados los principios científicos en que descansa, creo que es aplicable á la mayor parte de los casos de fistulas véstico vaginales. No juzgo aventurada esta generalización teniendo en cuenta que precedimientos como el de Bazy fundados como el del Dr. Macías en el desdoblamiento del tabique véstico vaginal y sólo variando en los detalles de su técnica, han sido aplicadas, aun á grandes fistulas que se extendían desde el meato hasta el fondo de saco vaginal habiendo sido coronadas de éxito dichas intervenciones como lo he leído en una publicación médica reciente, (Marzo de 1900).

La última ventaja que señalaré á este procedimiento es la relativa al aparato instrumental que como se ha visto al enumerarlo, es poco numeroso, sencillo y fácilmente aseptisable y aún cuando esta ventaja no tiene la importancia de las arriba mencionadas; dado el estudio comparativo á que lo he sometido respecto á los otros métodos, he creído necesario hacerla constar.

OBSERVACION.

Angela López, natural de Frontera, (Tabasco) de 27 años de edad, ingresó al servicio «Robredo» del Hospital Morelos á cargo del Sr. Director Dr. Ramón Macías el día 20 de Diciembre de 1899.

Hecho el interrogatorio nos refirió la paciente que su enfermedad databa de siete años atrás y que coincidía con la época de su primero y único parto, que éste fué muy dilatado pues duró tres días, al cabo de los cuales dió á luz á un niño á término pero que murió pocas horas después.

Durante el trabajo presentó una retención de orina por lo que fué llamado un facultativo, quién después de rechazar la cabeza del niño hacia arriba practicó el cateterismo y ya evacuada la vejiga hizo la extracción manual del producto.

En los primeros días de su puerperio, presentó elevación de temperatura, hinchazón y dolor en la región hipogástrica, estado que desapareció por lavados vaginales calientes, y aplicación al vientre de cataplasmas emolientes y pomada de belladona.

A los ocho días notó que no orinaba y aún cuando no sentía necesidad, hacía esfuerzos por expulsar su orina; esfuerzos que quedaban sin resultado, no consiguiendo arrojar ni una sola gota de ella. Notó además que sus ropas se encontraban mojadas pero sin darse cuenta de la naturaleza, ni de la procedencia del líquido que las mojaba, atribuyéndole más bien á un aumento del escurreimiento loquial. Suponiendo que no podía vaciar su vejiga porque se presentaba de nuevo la retención de orina que había sufrido durante el parto, llamó otra vez al médico que la había asistido para que la sondease y

supo entónces que tenía dos perforaciones en la vejiga. Se puso en cura y al cabo de un mes quedó cicatrizada una de las perforaciones pero viendo que de la otra no se mejoraba, abandonó su curación hasta cuatro meses después, fecha en que se sometió á la primera intervención quirúrgica que quedó sin resultado.

En el espacio de un año se sometió á diez nuevas intervenciones que como la primera no tuvieron éxito.

El único dato que pudimos recojer respecto á las intervenciones fué que todas ellas habían sido hechas por la vía vaginal.

Sin esperanza de conseguir alivio á su penoso padecimiento, se presentó á consultar al Dr. Macías quien después de examinarla le aconsejó una nueva intervención, que fué aceptada aunque con temor, en vista de los fracasos de las anteriores y sólo llevada por el gran deseo de alcanzar su completa curación.

Los datos recogidos por el examen fueran los siguientes: desde luego el olor urinoso característico de estas enfermas; á la inspección se observó una inflamación de todo el conducto vulvo-vaginal que presentaba múltiples excoriaciones, así como la cara interna de los muslos, producidas por el paso incesante de la orina. Al tacto se encontró un estrechamiento muy marcado de la vagina siendo dolorosa, la introducción del dedo, los fondos de saco vaginales casi borrados, una estenosis del orificio externo del cuello del útero y como á un centímetro del fondo de saco vaginal anterior, un orificio de forma ovalar cuyo grande eje era antero posterior y como de dos centímetros en su mayor extensión. Colocada una valva de Sims en la vagina se comprobaron por el examen directo los datos ya recojidos por el tacto vaginal, pudiendo verse el orificio inferior de la fístula circunscrito por un reborde fungoso.

Los días anteriores á la intervención le fué prescrito á la enferma salol á la dosis de un gramo por día, con objeto de hacer la antisepsia de las vías urinarias, tratamiento que se continuó aun después de la intervención.

Para desinfectar la vejiga y la vagina, se recurría diariamente á grandes lavados antisépticos seguidos de

la aplicación de un tapón de gasa iodoformada en la vagina, y de un apósito sostenido por un vendaje contentivo, en la vulva.

La víspera de la operación se le administró un purgante y el mismo día, dos horas antes de la operación una lavativa á fin de limpiar su intestino.

El día 23 de Diciembre, es decir, tres días después de su ingreso al hospital, previa anestesia clorofórmica, y desinfección minuciosa del cirujano y ayudantes, del campo operatorio y del material quirúrgico, fué operada por el Sr. Dr. Macías según su procedimiento.

La oclusión de la fístula llevada á cabo felizmente fué seguida de la dilatación del cuello del útero y raspa de su cavidad, pues la enferma presentaba también una endometritis.

El termómetro reveló la noche de la intervención, un ligero aumento de décimos de grado en la temperatura axilar. Al día siguiente la enferma presentó síntomas de una ligera cistitis, fiebre moderada inferior á 38°, dolor en el hipogastrio despertado por la presión, orina turbia, sedimentosa y de fuerte olor amoniacal, y tenesmo. Este cuadro sintomático persistió durante cinco días, iniciándose una mejoría bien marcada, desde el cuarto día después de la intervención, en que fué quitada la canalización permanente, encontrándose que la sonda, tanto en los ojos como en su extremidad se hallaba incrustada de depósitos calcáreos.

La fiebre cedió luego á la administración de pequeñas dosis de sulfato de quinina; la micción frecuente, el tenesmo y el enturbiamiento de la orina, desaparecieron pocos días después.

Habiendo reunido las heridas vaginales con catgut no hubo necesidad de quitar los puntos de sutura.

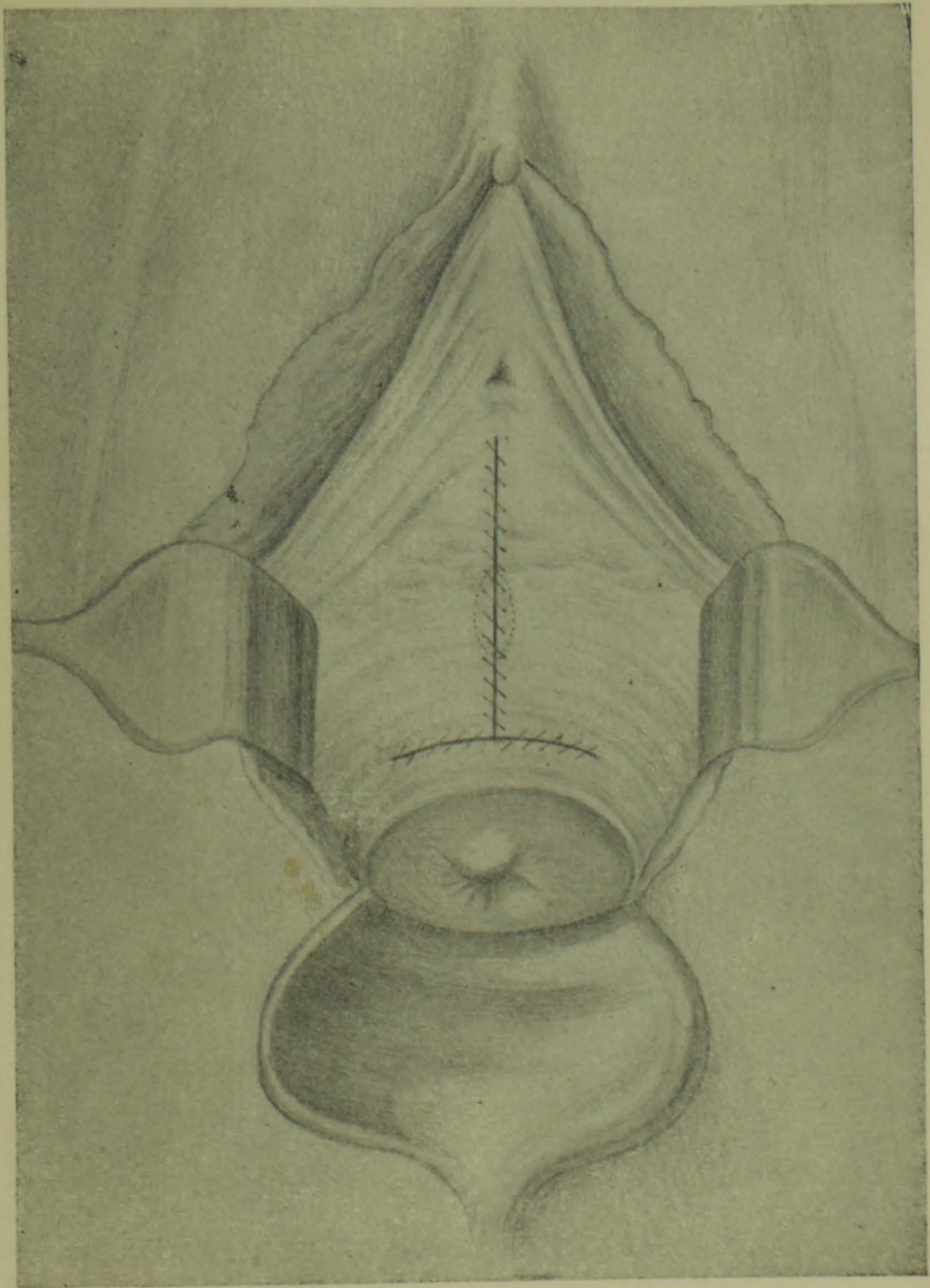
La enferma fué dada de alta á los 21 días después de operada, restablecido ya el curso natural de su orina y casi cerrada su herida vaginal pues aun faltaban pequeños puntos por cicatrizar. Al presente la enferma se encuentra radicalmente curada.

Réstame tan solo para finalizar el presente trabajo, expresar mi gratitud al Sr. Dr. R. Macías tanto por las inmerecidas consideraciones que me ha dispensado durante el tiempo que he trabajado bajo su dirección, como por haberme facilitado el punto que me ha servido para la formación de mi tesis; que si bien es cierto, no lo he expuesto sino de una manera imperfecta, al menos podrá servir para que dado á conocer, pueda ser practicado, en cuyo caso, los buenos resultados que se obtengan de este nuevo procedimiento, hablarán más alto en su favor que lo que yo haya podido hacerlo en mi mal escrito trabajo y le harán apreciar en lo mucho que vale.

Marzo de 1900.

J. Gazano.

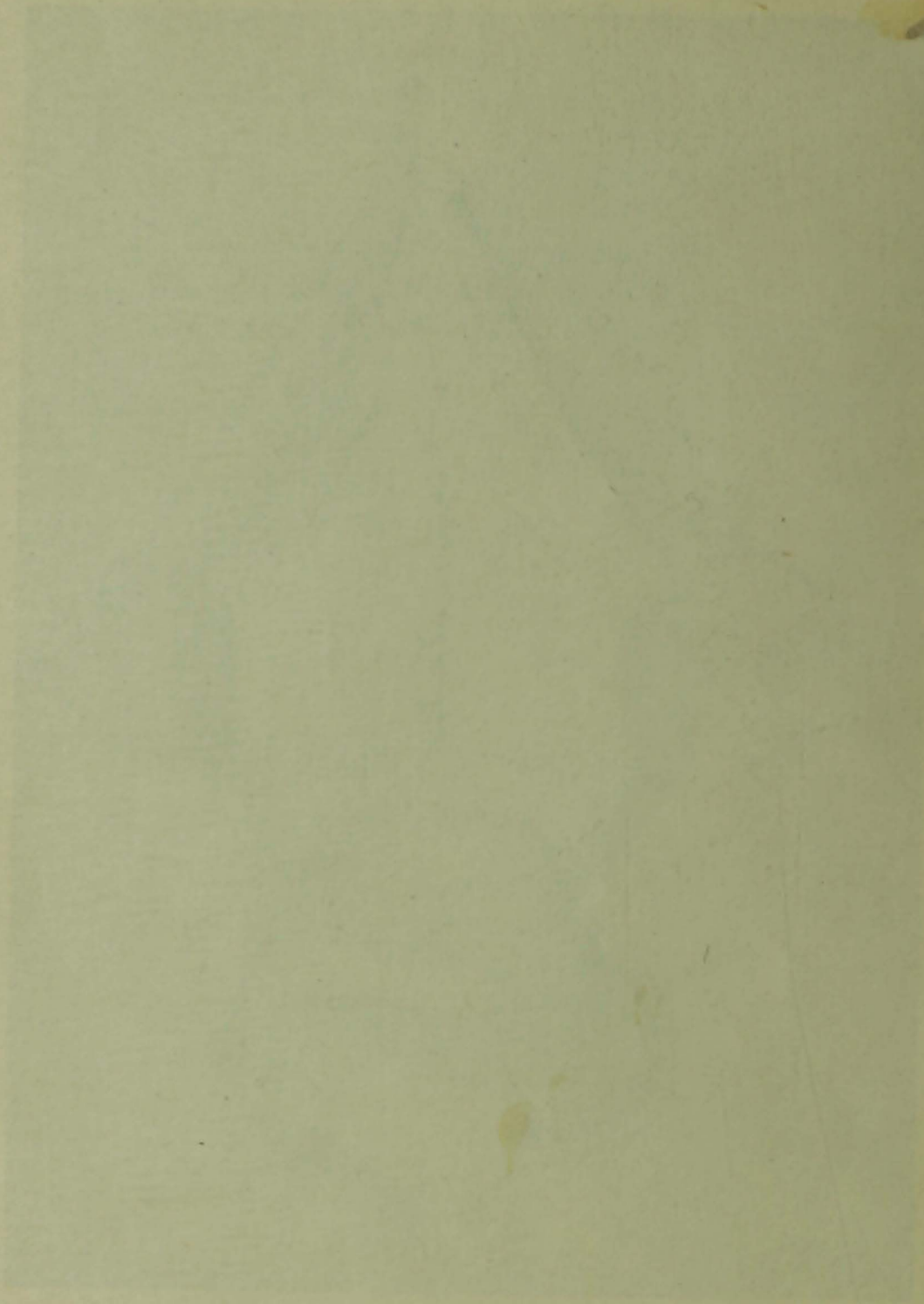
LAMINA I.



OPERACIÓN DE LA FÍSTULA VÉSICO VAGINAL.
PROCEDIMIENTO DEL DR. RAMÓN MACÍAS.

La figura muestra el primer tiempo, incisiones (la línea de puntos indica la situación de la fístula) y el cuarto tiempo, sutura de la vagina.

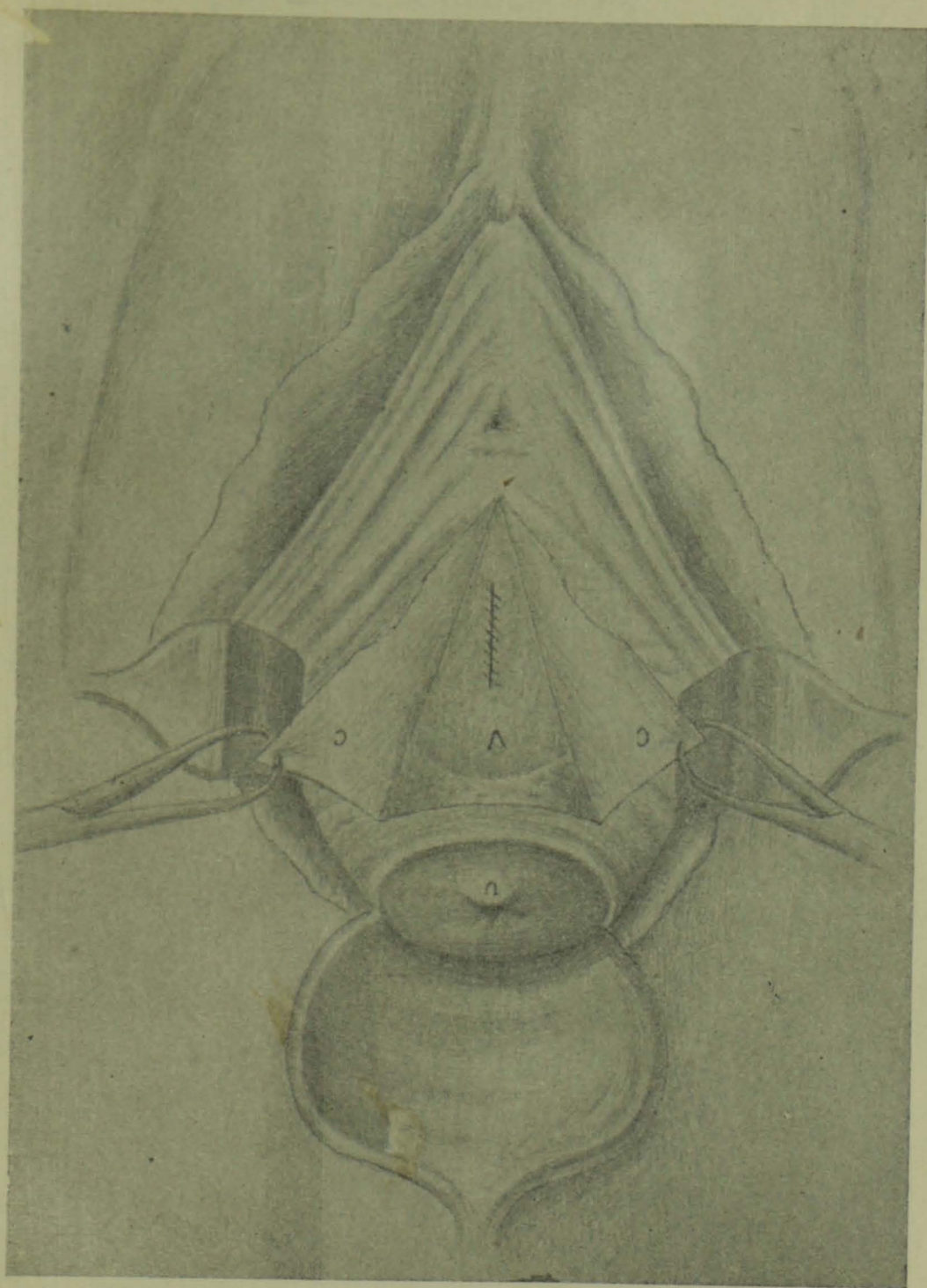
LAMINA I



OPERACION DE LA FICHA Y VENCEDOR
PROCEDIMIENTO DEL MANEJO

La información se puede manejar de dos maneras:
una es mediante la ficha y el cuadro de control, y la otra

LAMINA II.

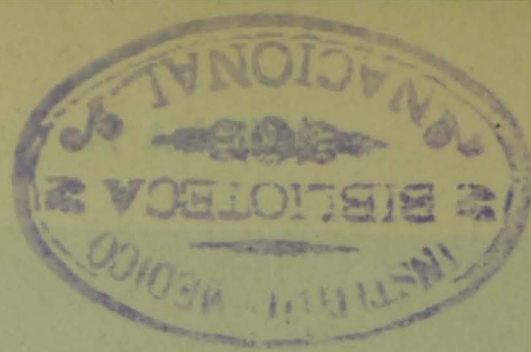


OPERACIÓN DE LA FÍSTULA VÉSICO VAGINAL.

PROCEDIMIENTO DEL DR. RAMÓN MACÍAS.

CC colgajos vaginales.—U cuello del útero.—V vejiga.

La figura muestra el 2º tiempo, disección de los colgajos vaginales y la separación de la vejiga y el 3er. tiempo, sutura de la vejiga.



OPERACION DE LA FIBULA VESICO VAGINAL
PROCEDIMIENTO DEL DR. RAMON MACIAS

CO. de cirugía vaginal. El cuello del útero y vagina.
La parte superior de la vagina y la parte inferior de la vagina.
y la parte inferior de la vagina y la parte superior de la vagina.