

Bozemann operaba siempre en la posición gènu-pectoral, y Neugebauer también. Aunque la posición es incómoda en alto grado, y creo no es necesaria como posición habitual, en algún caso podrá ser una posición de recurso. Recuerdo una enferma raquítica, con el puente pélvico bajo, que tenía una fístula de dos centímetros inmediatamente por encima del cuello de la vejiga, y que sólo pude hacerla asequible en la posición de Bozemann, mediante la cual logré operarla fácilmente (fig. 120).

La posición en decúbito lateral la uso mucho para el reconocimiento de la región, pero nunca la he empleado durante el acto operatorio, porque debería adquirir el hábito de intervenir en tal posición; sin embargo, nadie discute sus ventajas, y basta hacer constar que gracias á ella se facilitó y vulgarizó la operación de la fístula.

Prefiero, y así es como opero á todas mis enfermas, la posición dorso-sacra: si la fístula es muy baja, levanto un poco las nalgas de la enferma con una almohadilla y logro poner al descubierto perfectamente la pared vaginal anterior.



FIG. 233

Valva acanalada separadora.

Igual efecto se obtiene dando á la mesa una ligera inclinación de Trendelenburg. La mesa de Jaylle permite operar las fistulas en la inclinación completa, y no hay duda que el campo operatorio resulta muy asequible. Esta posición tiene la ventaja sobre las anteriores que permite fácilmente la anestesia.

Para poner al descubierto el campo operatorio empleo la valva de Sims, y más á menudo la valva posterior de Fritchs, que, siendo corta, permite abrir la vulva, y deprimiendo hacia adentro el periné y el ano, deja muy superficial la zona vaginal más profunda. Con pinzas de garfios y pinzas dentadas, se pone al descubierto y tirante la fístula; esas pinzas se implantan en diferente sitio, según sea la situación y tamaño de la fístula. Alguna vez echo mano de una valva separadora, lateral ó anterior (fig. 233).

Se ha discutido mucho si era ó no necesaria la anestesia general. En los casos complicados y en enfermas sensibles, no hay duda que es preferible recurrir á la anestesia, de la que no conozco inconvenientes especiales. En los casos sencillos puede emplearse la anestesia local con la cocaína, que insensibiliza bastante para operar con tranquilidad. Fritchs dice que la cocaína tiene el inconveniente de dificultar la cicatrización; no he podido convencerme de ello, quizás porque la he empleado en casos relativamente fáciles.

PROCEDIMIENTOS DE OBTURACIÓN DE LA FÍSTULA. — Cabe dividirlos en procedimientos de obturación *directa* é *indirecta*. Todos nuestros esfuerzos deben di-

rigirse á conseguir la obturación directa, porque es la que deja las partes en perfecta aptitud funcional, ya que siempre procura reconstituir la vejiga sin echar mano de órganos vecinos. Cuando no sea posible la obturación directa, podremos recurrir á la indirecta, de gran provecho en multitud de casos.

En todos los casos complicados en que existan bridas y cicatrices, se practica el tiempo preliminar del desbridamiento, cortando con el bisturí las zonas cicatriciales en su parte más saliente y dilatando luego con los dedos, por desgarro, las superficies cruentas, hasta poder introducir las valvas y poner al descubierto la región operatoria. La hemorragia que ocurre durante este tiempo no suele tener importancia, y sorprende ver vaginas cuya exploración era imposible, cómo se hacen perfectamente asequebles, y fístulas que aparecían como inoperables se convierten en fáciles después de este desbridamiento, que por lo común tiene que ser múltiple.

Obturación directa de la fístula vesico-vaginal.— En los casos sencillos nada hay tan fácil ni tan rápido. Se practica el avivamiento (fig. 228) y se aplica la sutura en sentido transversal. Si el útero es movable, se hace descender con una pinza, con lo que la región operatoria llega á la vulva y operamos casi al descubierto. Se recomienda

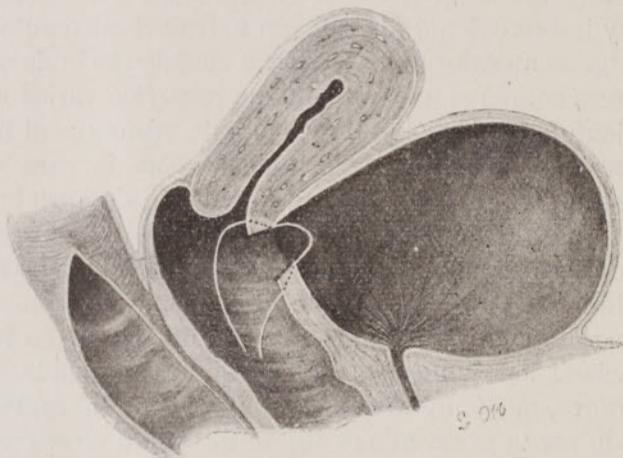


FIG. 234

Sutura del labio anterior de la fístula al labio anterior del cuello del útero.

suturar en el sentido en que sea más fácil la aproximación de los bordes de la fístula; siempre he encontrado que se aproximaban más fácilmente en sentido ántero-posterior que en sentido transversal, por lo que la sutura de uno á otro lado es la más común; se comprende que así sea, pues de un lado raro es que el útero no pueda descender algo, y de otro siempre la región del cuello de la vejiga y de la uretra son susceptibles de ascender aun sin recurrir á la maniobra de Jobert, hoy abandonada por innecesaria, y que consistía en desprender de sus adherencias al pubis la región de la uretra.

Las dificultades aumentan cuando la pérdida de substancia es grande y alcanza el fondo de saco anterior, interesando algo el labio anterior del cuello sin que éste haya desaparecido, ó bien cuando, dirigiéndose abajo, se aproxima al esfínter vesical y sus bordes se adhieren á las ramas isquio-pubianas.

En el primer caso, si todavía existe labio anterior del cuello, el avivamiento del borde posterior se practica sobre el cuello mismo, que luego se sutura al borde anterior (fig. 234); su tejido es bastante vascular para ofrecer garantías de una fácil cicatrización. Si el borde anterior está muy bajo, existen á veces

dificultades para la aproximación de las superficies avivadas, y de aquí que se haya propuesto por Kelly, á imitación de Jobert, el desdoblamiento del labio posterior de la fistula, separando la vejiga de la cara anterior del cuello del útero en una extensión suficiente para convertirla en colgajo que vaya á unirse al borde anterior (lámina IX, I). Dudley ha propuesto y realizado, en casos parecidos, convertir parte de la mucosa vesical en mucosa vaginal, trazando en la superficie interna de la vejiga, ordinariamente en prolapso, una línea de avivamiento que viene á unirse con el borde anterior de la fistula (lámina IX, II), con lo que se llena la pérdida de substancia vaginal con pared vesical, aunque se disminuye la capacidad de la vejiga. Nunca me he visto en la necesidad de recurrir á ninguno de estos procedimientos, á los que no concedo ventaja ninguna; con más ó menos dificultades, el útero baja ó la uretra asciende, y llegan á unirse perfectamente las partes más cercanas del cuello vesical con el cuello del útero; no hay inconveniente ninguno en avivar el labio anterior del cuello para suturarlo al borde anterior de la fistula, y cuando ese labio anterior está desgastado y no ofrece campo al avivamiento, he recurrido varias veces á un pequeño desdoblamiento; al aplicar la sutura hago de modo que el borde anterior venga á adaptarse por su superficie denudada sobre la cara anterior del cuello del útero (lámina IX, III). Los resultados han sido siempre buenos.

Más dificultades que estas fistulas altas ofrecen las bajas cuando el borde anterior está adherido á la rama isquio-pubiana, porque no puede contarse con este borde para la aproximación de la sutura. En estos casos debe recurrirse al procedimiento de Fritchs, trazando un colgajo en la parte opuesta que se desliza hacia el lado adherido, ó bien, como recomienda Makenrott y practican otros autores, mediante una incisión paralela á la rama isquio-pubiana, se va con el dedo por la parte alta á librar la vejiga de sus adherencias al hueso para que pueda deslizarse y suturarse. Cabe también, como lo he hecho en un caso, sacar un colgajo, análogo á los de Braquehayé, de los tejidos adheridos á la rama isquio-pubiana, invertirlo y suturarlo.

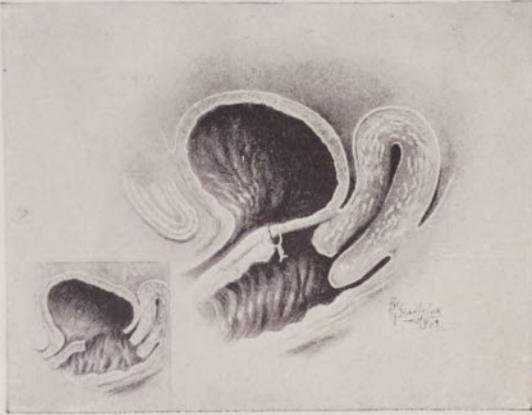
Al practicar la sutura transversal de la fistula, hay que amoldarse algo á la forma de la misma; así es que unas veces resulta oblicua y otras sinuosa, según los casos.

Los ángulos deben siempre inspeccionarse con detenimiento, pues en particular cuando se trata de fistulas extensas, ofrecen dificultades para un buen avivamiento y perfecta sutura.

Algunas veces podrá ser útil prolongar la sutura hacia el ángulo en que la fistula se extiende más, como también, cuando hay gran tirantez, practicar alguna de las incisiones liberadoras propuestas por Jobert.

Obtención directa de las fistulas vesíco-uretro-vaginales.—Estos casos en que el cuello de la vejiga, y por tanto el esfínter, se hallan destruidos, son calificados por algunos autores de incurables, sobre todo por obturación directa, dada la falta del esfínter. Yo recuerdo haber desechado algún caso que después la experiencia me ha enseñado era perfectamente curable. Hace catorce años operé una enferma que tenía completamente destruída la región del cuello vesical, quedando tan sólo dos y medio centímetros de uretra en su parte anterior; salió de la clínica al mes, reteniendo la orina dos horas, tiempo que ha aumen-

LÁMINA IX



I. — Procedimiento de Jobert-Kelly para obturar las grandes fistulas con desgaste del labio anterior del útero.



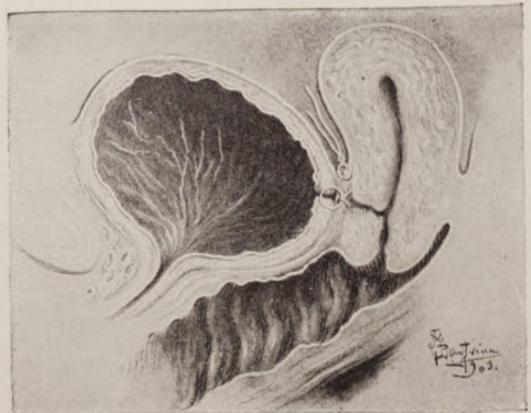
II. — Procedimiento de Dudley para el caso anterior.



III. — Procedimiento de descenso del útero y sutura directa en el mismo caso.



IV. — Obturación directa de una fistula vésico-uterina mediante colpotomía anterior.



V. — Obturación de una fistula vésico-uterina por la vía abdominal.

tado posteriormente. Desde entonces, y siguiendo los consejos de Fritchs, he operado algunos casos parecidos siempre con éxito; basta la existencia de una pequeña porción de uretra para que ésta obre como órgano de retención; por una parte, hay fibras musculares que con el ejercicio se hipertrofian y obran como órgano de retención, y de otra, la uretra en estos casos, siempre algo estirada por la cicatriz, queda aplanada y opone resistencia al paso de la onda líquida.

En las fistulas vésico-uretro-vaginales se encuentra, por lo común, obturada la uretra ó el cuello de la vejiga. Pozzi y otros recomiendan perforarla con un trócar unos días antes y sostener la dilatación con cateterismos sucesivos: no lo creo necesario. Siempre he perforado el tabique cicatricial en el acto de la intervención, y si se deja sonda permanente, como luego aconsejaré, no hay peligro que se cierre; por lo menos en cinco ó seis casos en que he obrado así, no he visto inconveniente.

Ni el avivamiento ni la sutura ofrecen en estos casos nada de especial; ésta se hace también transversalmente. Son las fistulas más fáciles de operar por lo bajas y fáciles de poner á la vista.

En las fistulas uretrales se procede de la misma manera, teniendo colocada una sonda en la uretra para evitar coger con la punta de la aguja la pared superior; si la fistula es longitudinal y algo extensa, la sutura se hace en sentido ántero-posterior. La sonda uretral debe introducirse siempre que se practican suturas próximas al cuello; además, tiene la ventaja de que en los casos en que la mucosa vesical prolapsada invade y estorba el campo operatorio, la mantiene reducida y levantada. Si no se usa la sonda, debe reducirse con una torunda aplicada desde la vagina y mantenida con una pinza-fiador.

Obturbación indirecta de las fistulas vésico-útero-vaginales.— Cuando el labio anterior ha sido destruido por completo, de modo que no puede descubrirse para avivarlo y suturarlo, y además la pérdida de substancia es extensa en el tabique vésico-vaginal, se practica la obturbación indirecta haciendo la *histero-kleisis vesical*.

Consiste la operación en convertir el labio posterior del cuello del útero en borde posterior de la fistula, avivándolo y suturándolo al borde anterior (fig. 235). El conducto cervical desemboca en la vejiga, y la menstruación, si existe, se evacúa por la uretra, mezclada con la orina; la cavidad vesical y la uterina se confunden, y en la vagina no se encuentra más que el fondo de saco posterior.



FIG. 235

Histero-kleisis vesical. (Sutura del labio posterior del útero al borde anterior de la fistula.)

Es un gran recurso y de excelentes resultados: seis veces lo he puesto en

práctica y siempre con éxito completo y sin ningún inconveniente para el porvenir, pues algunas enfermas llevan doce y catorce años de operadas sin contratiempo alguno y reteniendo bien la orina sin fenómenos de cistitis.

Cierto que se procura con ello una esterilidad absoluta, pero tén-gase en cuenta que en estos casos el útero está tan modificado por las alteraciones producidas por el esfacelo, que difícilmente conserva su aptitud para anidar el huevo. Las seis enfermas que he operado por histero-kleisis vesical, llevaban respectivamente dos, tres, cuatro, cinco, trece y veintiún años de fistula sin fecundación.

Casos hay en que la destrucción ha alcanzado el labio posterior y no se encuentra en el fondo de la vagina el más pequeño resto del cuello del útero; la abertura cervical existe, pero se pierde en la parte alta de una gran fistula: en el fondo de la vagina no hay más que tejido cicatricial. Cabe entonces llevar la obturación más abajo del conducto vaginal practicando la *colpo-kleisis*, recomendada por Simón, y de la que sin duda se abusó al principio, tratando así fistulas susceptibles de obturación directa.

La colpo-kleisis debe practicarse lo más alta posible, á fin de que, ya que arrastra una esterilidad absoluta (que por otra parte ya existe casi siempre), no impida las relaciones sexuales, lo que más de una vez se-

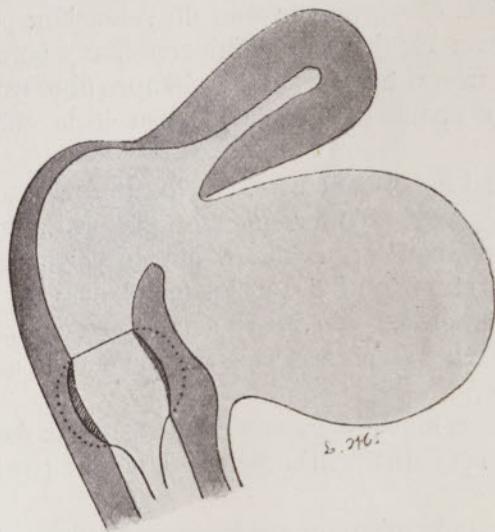


FIG. 236

Colpo-kleisis con avivamiento circular sin colgajo.

ría motivo para que la enferma rehusara la intervención.



FIG. 237

Colpo-kleisis con colgajo invertido à lo Braquehaye.

ría motivo para que la enferma rehusara la intervención.

Tres veces he recurrido á la colpo-kleisis: en el primer caso el fondo vaginal estaba constituido por una masa de tejido cicatricial y no quedaba tabique ni pared para una obturación de otra índole; practiqué el avivamiento extirpando un vandolete circular, de un centímetro (fig. 236), inmediato á la región del cuello y en la parte más alta de lo que quedaba de pared vaginal posterior: el resultado fué completo y la enferma lleva 16 años de operada sin contratiempo. En los otros casos empleé un procedimiento algo distinto, pero que me parece tiene más garantías: corté un colgajo circular, de un centímetro, dejándolo adherido por la parte superior é invirtiéndolo á lo Braquehay-Fergusson (figura 237), obteniendo en ambos una obturación completa á la primera intervención. Las dos presentaban destrucción completa del tabique vésico-vaginal, el cuello del útero desaparecido, pero la uretra estaba íntegra desde la región del esfínter, que también se conservaba en parte.

Los tres casos retienen bien la orina, de modo que opino que es un gran recurso y de realización no tan difícil como suponen algunos autores. A una de las enfermas se le formaron dos pequeños cálculos vesicales, que extirpé dos años después de operada, siguiendo después completamente bien.

Obturación indirecta de las fistulas vésico-útero-uretrocaginales. — En los grandes destrozos del tabique vésico-vaginal se encuentra á veces que no existen siquiera restos de este tabique, que el cuello del útero ha desaparecido, y que hacia la parte baja sólo queda una porción de uretra de dos ó tres centímetros, y algunas veces no queda siquiera uretra.

Cuando queda uretra, podemos poner en práctica la obturación de la vulva ó *episiografía*, confiando al resto de uretra el papel de órgano constrictor de la cloaca uro-genital. Hace cinco cursos tuve en la clínica oficial un caso en estas condiciones en el que practiqué la episiografía al nivel mismo de la entrada de la vagina, obteniendo, mediante dos intervenciones, la obturación completa. La enferma retiene la orina de dos á tres horas.

Recientemente tuve también en la Clínica oficial un caso con destrucción completa del tabique vésico-vaginal, gran parte del tabique recto-vaginal y todo el cuello del útero: al terminar el período de reparación y quedar cerrada una extensa fistula recto-vaginal que existía, el resto del cuello del útero quedó incluido en el recto, verificándose la menstruación por dicho conducto; por la parte baja quedaban tan sólo 1 1/2 centímetros de uretra. Practiqué la episiografía todo lo alto que pude y obtuve una obturación completa. La enferma retiene perfectamente sentada, pero andando ó de pié la retención es incompleta cuando pasa de 100 gramos. Espero que con el tiempo y la galvanización el resto de uretra existente se perfeccionará como órgano esfinteriano.

Cuando no existe uretra, Fritchs ha procedido en algunos casos de la siguiente manera: en una primera operación ha hecho una fistula recto-vaginal por encima del esfínter en sentido transversal, para que la mucosa rectal, obrando como válvula, impidiese el paso de materias fecales á la cloaca uro-genital. Hecha definitiva la fistula recto-vaginal, ha procedido á la obturación completa de la vulva, con lo que ha logrado que la orina retenida pasara por la fistula al recto y el esfínter anal substituyera al esfínter vesical. El resultado ha sido satisfactorio.

Ambas operaciones, la episiorrafia uretral y la rectal, tienen el inconveniente de que inutilizan en absoluto el aparato genital para las relaciones sexuales. Una de las enfermas de Fritch al cabo de una temporada reclamó la abertura de la vulva, por exigencias del marido, para poder reanudar las relaciones sexuales. Una de mis enfermas no aceptó la operación propuesta al principio, pero luego se resignó; quizás dentro de algún tiempo reclame lo mismo que la enferma de Fritch, ya que el único obstáculo á la aceptación fué la advertencia que se le hizo en este sentido, y obligue á deshacer en un momento lo que tanto costó obtener, porque estas operaciones son siempre laboriosas.

Para estos casos ha ideado Freund su original procedimiento, que consiste en abrir el fondo de Douglas, invertir el útero hacia la vagina de manera que la cara posterior del órgano venga á llenar la pérdida de substancia y el fondo corresponda hacia abajo; para favorecer la menstruación practica Freund un orificio en el fondo del útero, en el sitio más declive. Dos veces ha usado el autor este procedimiento: una en que había un resto de dos centímetros de uretra, y otra en que la uretra faltaba por completo; en este segundo caso practicó después una uretra artificial. Parece que en ambos casos los resultados han sido buenos. Posteriormente Room lo ha aplicado en cuatro casos, obteniendo dos éxitos y fracasando en otros dos, y Khan en dos con resultado satisfactorio. Muchos convienen en que no es preciso perforar el fondo del útero para favorecer la menstruación, porque ésta desaparece después de la intervención á consecuencia de cierto grado de atrofia característica que sufre el órgano (1).

Sin ninguna duda, estos casos son tributarios de la operación propuesta por Simón en 1851 (2). Consiste en practicar la laparotomía, ir en busca de los uréteres é implantarlos en el recto, para que desagüen allí la orina y el reservorio rectal supla al reservorio vesical. Cuando los progresos de la técnica hagan esta operación perfectamente viable, no habrá discusión. Hoy es todavía una operación en vías de ensayo. Una enferma tuve en la clínica oficial, el penúltimo curso, sin tabique vésico-vaginal y sin la más pequeña porción de uretra, á la que propuse esta solución, sin que aceptara ni ésta ni la episiorrafia rectal.

Obtención de las fistulas vésico-uterinas. — La fistula vésico-uterina es la que más frecuentemente nos ofrece una curación espontánea, porque, en general, la pérdida de substancia no es grande; con todo, hay casos en que la fistula persiste y debe hacerse la obturación.

Esta será directa desde la vagina, siguiendo la vía iniciada por Jobert y seguida después por Kelly, Chapneys, Kaltenbach, Sweiffel, Martín, etc., ó directa desde el abdomen siguiendo el consejo y la práctica de Dittel. Como realmente en la mayoría de casos de esta índole el útero es movable, porque no existen grandes lesiones de vecindad, la vía vaginal es excelente, y aunque se han propuesto distintos procedimientos, el mejor es la colpotomía anterior.

Se coge el cuello del útero y se hace descender; se incinde el fondo de saco anterior, como en el primer tiempo de la histerectomía vaginal, y se va separando la vejiga del cuello hasta llegar al fondo de saco peritoneal, cuidando

(1) *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1899, págs. 936 y 937.

(2) JACOBO FRANK: *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1900, pág. 899.

de no herir este último para evitar complicaciones. La fistula queda así al descubierta (lámina IX, iv) y se sutura con tres ó cuatro puntos de catgut si quiere cerrarse la herida vaginal, como aconseja Chapneys, ó de plata para extraerlos á los diez ó doce días si se deja abierta, como quiere Kelly. Los resultados, son, por lo general, buenos, porque existe superficie de coaptación.

Por el procedimiento de Dittel se practica la laparotomía, se incinde el fondo de saco peritoneal vésico-uterino, se separa la vejiga del cuello del útero exactamente como en la operación vaginal, se sutura con catgut ó con seda fina la fistula y encima la abertura peritoneal (lámina IX, v), ni más ni menos que se hace cuando en una histerectomía abdominal ocurre el accidente de herida vesical. Si el útero es movable y desciende con facilidad, no siendo la fistula muy alta, es preferible la vía vaginal á la abdominal; con todo, ésta es aceptable.

Cuando existen dificultades para la obturación directa de la fistula vésico-uterina, porque el útero esté enclavado ó la vagina es estrecha y cicatricial, puede recurrirse á la obturación indirecta practicando la *stomato-kleisis*. Consiste esta sencillísima operación en avivar los dos labios del útero alrededor del hocico de tenca y suturarlos para obtener su oclusión (fig. 238); la sangre menstrual se derrama por la vejiga, como en la histero-kleisis vesical y en la colpo-kleisis. Si se quiere practicar la estomato-kleisis para una fistula vésico-uterina, debe antes cerciorarse el ginecólogo de que no se trata de una fistula urétero-cervical, introduciendo un histerómetro por la vejiga y otro por el conducto cervical, ó haciendo una inyección vesical colorada, pues el error podría ser fatal si se tratara de una fistula ureteral.

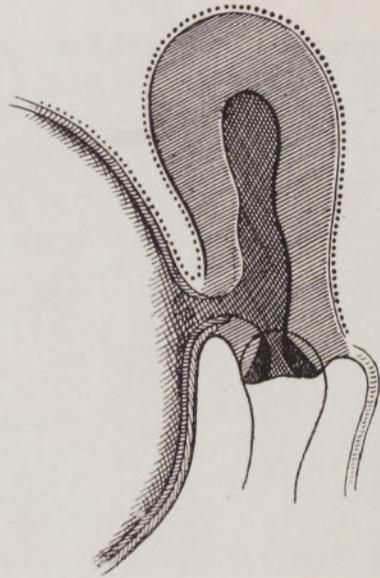


FIG. 238

Stomato-kleisis en una fistula vésico-uterina.

Obturación de las fistulas urétero-vaginales y urétero-uterinas. — Actualmente mucho más frecuentes que en épocas anteriores, porque muchas de ellas, aparte las de origen congénito, son debidas á traumatismos operatorios: la histerectomía vaginal y la abdominal son las intervenciones que dan lugar á lesiones de los uréteres; tengo en mi práctica algunos casos de esta clase, dos por histerectomía vaginal y varios por histerectomía abdominal, sobre todo en la operación de Wertheim; todos han curado espontáneamente, aunque algunos hayan tardado varios meses. Por consecuencia del parto, aunque raramente, alguna que otra vez se encuentra una fistula urétero-vaginal; en la mayor parte de los casos no es simple, sino que viene complicada con fistula vésico-vaginal, y ya he indicado antes la conducta que debe seguirse, evitando cogerlo en un punto de sutura y prolongando el avivamiento para que la abertura uretral quede incluida dentro del espacio suturado.

En estos últimos tiempos muchos ginecólogos se han preocupado del tratamiento de las fistulas urétero-vaginales. Los nombres de Simón, Schede, Fritchs, Landau, Novaro, Bazy, Kelly, Wittzel y muchos otros, van unidos á diferentes estudios y procedimientos para corregir tal defecto.

Son distintos los medios que pueden ponerse en práctica, porque las circunstancias del caso pueden ser sumamente variables y todavía de la experiencia acumulada no puede desprenderse un criterio definido para entregarse exclusivamente á determinados procedimientos.

a. Uno de los mejores procedimientos consiste en convertir la fistula uréterica en vésico-urétero-vaginal, según el procedimiento de Landau, practicando

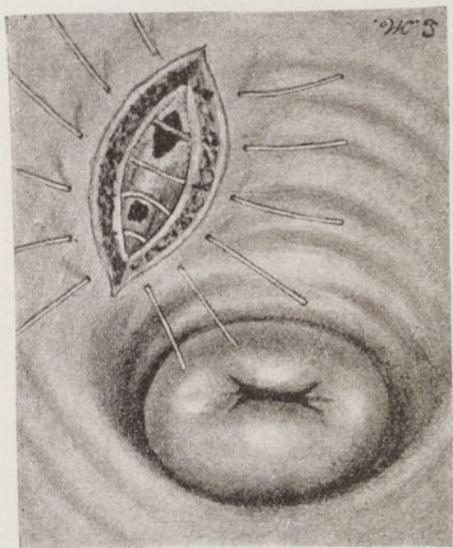


FIG. 239

*Obturación indirecta de una fistula uréteral.
(Procedimiento de Schede.)*

una incisión que, á partir de la abertura ureteral hacia uno de los lados de la bóveda vaginal, interese la vagina y vejiga en la longitud de dos centímetros, suturando la mucosa vesical con la vaginal, para evitar la cicatrización espontánea de la nueva abertura, y secundariamente tratar la fistula así obtenida por los procedimientos usuales, sondando el uréter á través de la vejiga para evitar interesarlo al practicar la sutura.

b. Cuando la abertura ureteral desemboca, como es frecuente, en el fondo de un embudo profundamente situado, conviene recurrir á un procedimiento derivado del anterior y recomendado por Schede; más abajo, á un centímetro de distancia de la fistula, se practica otra fistula vésico-vaginal que tenga por lo menos uno ó dos centímetros de diámetro, y cuando esta nueva fistula ha

adquirido el carácter de definitiva, se opera practicando un avivamiento elíptico, en cuya área resulten comprendidas las dos fistulas, quedando, por tanto, entre una y otra, una lengüeta de mucosa vaginal; al suturar las superficies avivadas se establece un conducto artificial que asegura la comunicación del uréter con la vejiga (fig. 239).

c. Visto que estos procedimientos tienen algún inconveniente, porque las fistulas artificiales pueden estrecharse y dificultar la evacuación ureteral, se ha recomendado el injerto directo del uréter á la vejiga por la vía vaginal. Considero el mejor procedimiento el de Mackenrot, parecido al de Segond y de otros autores. Es preferible á los anteriores por su sencillez y benignidad. Se descubre la fistula y se introduce por la uretra una sonda metálica que se lleva á formar prominencia en la vagina, cerca de la fistula: sobre el pico de la sonda se practica una incisión transversal de dos centímetros; en seguida se coge con una pinza dentada la fistula, se traza á su alrededor una incisión circular, dejando una pequeña lengüeta de mucosa vaginal: se prosigue la disección cir-

cular á cierta profundidad para aislar una porción de uréter; luego la sonda vesical es substituída por una pinza, cuyos bocados, á través de la abertura vesical, vienen á la vagina á coger el extremo del uréter aislado para arrastrarlo dentro de la vejiga, de manera que la mucosa vaginal, que formaba los contornos de la fistula, viene á corresponder con la superficie vesical; en seguida se sutura la incisión vesical, fijando el uréter en los bordes de la misma, procurando que no resulte obstruída la luz del mismo (fig. 240). En manos de su autor, de Segond, de Tuffier y de otros, ha dado excelentes resultados. Se comprende que este procedimiento no es aplicable en vaginas cicatriciales, estrechadas y deformadas, y por eso se recurre á veces á la vía abdominal.

d. El procedimiento de Bazy, parecido al de Novaro, y que ha dado resultados á Pozzi, Vittzel y otros, consiste en practicar la laparotomía media en la posición de Trendelenburg. Se incinde luego el peritoneo en la dirección del uréter fistuloso y se descubre éste cortándolo lo más cerca posible de su extremidad inferior; en seguida se procede como para la implantación vaginal; se introduce una sonda metálica por la uretra, se forma con ella prominencia de la vejiga hacia la región más próxima del extremo ureteral (Vittzel fija la vejiga con puntos de catgut hacia la región del uréter para

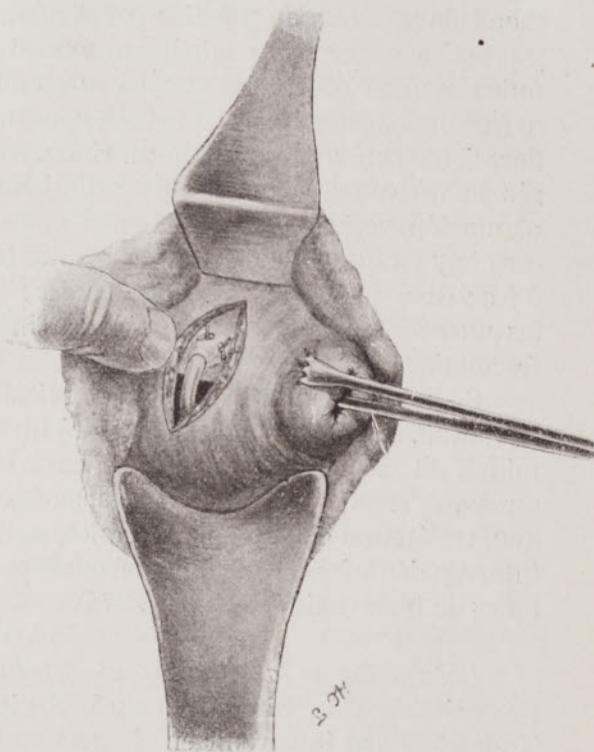


FIG. 240

Obtención de una fistula ureteral por injerto del uréter á la vejiga.

(Procedimiento de Mackenrot.)

evitar tracciones que malogren el éxito) y se practica una incisión de un centímetro, á través de la cual se inoscula el uréter á la vejiga, dejando ó no sonda ureteral (Bazy, Novaro), en seguida se sutura el peritoneo por encima, y unos, como Pozzi, aplican un Miculikez para llevar afuera la orina si fracasa el injerto, y otros, como Vittzel y Novaro, recomiendan este mismo drenaje, pero por debajo del peritoneo, para que la orina no invada la gran serosa. Su autor ha dado á esta operación el nombre de *urétero-cisto-neostomia*. Los resultados obtenidos hasta hoy son bastante numerosos para aceptarlo como procedimiento viable.

e. Cuando fracasan estos procedimientos ó por cualquiera circunstancia no resultan aplicables, se ha recomendado la obturación indirecta, practicando

una fistula vésico-vaginal extensa y por debajo de ella una colpo-kleisis. No hay duda que el procedimiento puede dar buenos resultados: Hann lo ha puesto en práctica; pero resultando la colpo-kleisis baja para permitir las relaciones sexuales, tuvo que destruir la cicatriz más tarde por exigencias del marido, persistiendo la fistula vésico-vaginal, en tanto que la ureteral se había curado espontáneamente.

f. Preferible al anterior, y cuando hay dificultades para la implantación ó ésta fracasa, es la nefrectomía del lado correspondiente al uréter dañado. Recomendada y puesta en práctica por Simón, defendida calurosamente por Fritchs y practicada por otros muchos autores con éxito, fué, durante muchos años, el único recurso contra las fistulas ureterales. Demostrada la benignidad de la nefrectomía, estando sano el riñón opuesto, y la compatibilidad de una salud floreciente con la ausencia de un riñón, conviene tenerlo en cuenta, porque quizás habrá casos en que sea procedimiento de elección. Al fin y al cabo, la implantación vesical por el abdomen no es una operación comúnmente viable, y caso hay en que desde la vagina resulta imposible una intervención provechosa ó fracasa á pesar de la mejor técnica; entonces, ¿qué duda cabe que dadas las molestias de una fistula ureteral incurable está del todo justificada la nefrectomía?

Cuando la fistula sea urétero-cervical, si bien puede hacerse el injerto desde la vagina, si existen dificultades, será un motivo más para elegir la vía abdominal. El caso de Hann, que se curó espontáneamente á los cuatro meses, y otros que se citan de curación espontánea tardía, demuestran evidentemente que, tratándose de fistulas ureterales, sean hijas de un parto distócico ó de una intervención ginecológica, no debemos precipitarnos y dejarlas bastante tiempo antes de intervenir (véase pág. 274).

Obtención de las fistulas uro-genitales por la vía abdominal. — Aparte el procedimiento de Dittel y de urétero-cisto-neostomía abdominal, ha propuesto Trendelenburg intervenir en ciertas fistulas uro-genitales por medio de la talla hipogástrica. Trendelenburg recomienda esta vía en los casos de fistulas intratables é inasequibles por la vía vaginal, que serán muy pocos, dependiendo en gran parte del hábito del ginecólogo, y la hece extensiva á las fistulas vésico-uterinas, urétero-cervicales y urétero-vaginales, y aun á ciertas fistulas vésico-útero-vaginales.

Consiste la operación en colocar á la enferma en la posición de Trendelenburg exagerada: se practica una incisión transversal de diez centímetros, paralela al pubis, y otra, también transversal, de cinco centímetros, en la cara anterior de la vejiga. Esta se abre y se pone al descubierto la fistula, levantando si es preciso la región con un dedo colocado en la vagina: se practica el desdoblamiento de las paredes vesicales y se sutura aisladamente la mucosa vaginal con seda y la vesical con catgut. Se cierra la vejiga y se coloca sonda permanente y drenaje en el espacio de Retzius.

La apreciación que hace Fritchs no es muy favorable: con todo, ha proporcionado algunos éxitos en casos difíciles, en manos del mismo Trendelenburg, Rosenthal, Coe, Duplay y algunos otros. Los resultados no son despreciables, aunque tampoco bastante buenos para que concedamos á este procedimiento

otro valor que el de un medio de excepción aplicable á casos extremos. Labadie-Lagrave indica que en diez casos se han obtenido cinco curaciones (1).

TRATAMIENTO CONSECUTIVO.—Terminada la operación, durante la que se habrán guardado todos los preceptos de la asepsia, irrigando de vez en cuando el campo operatorio, lo primero que debemos hacer es asegurarnos de haber obtenido una coaptación exacta y completa; para ello se practicará con leche una inyección vesical algo forzada: si la sutura no está bien hecha, rezuma por algún sitio y podemos aplicar algún punto suplementario ó apretar algo más los existentes.

En seguida se espolvorea la vagina con yodoformo y se aplica un taponamiento vaginal flojo con gasa yodofórmica alrededor del manojito de hilos de sutura, que reunidos salen juntos á través de la vulva. Se coloca la enferma en cama y se aplica la sonda permanente de Sims, con una pequeña prolongación de tubo de caucho, que vaya á un depósito colocado entre las piernas de la enferma para que obre como sifón é impida la entrada de aire. Una ó dos veces por día debe limpiarse la sonda de las concreciones que se forman en su interior, porque podrían obturarla. A los cinco días se retira el taponamiento vaginal y se practican dos veces por día irrigaciones vaginales calientes. El mismo día, ó al siguiente, se retira la sonda y se deja que la enferma orine sola. A los diez ó doce días se quitan los puntos de sutura y la enferma puede levantarse y salir á la calle.

No siempre la sonda es bien tolerada: á veces se despierta tenesmo vesical, que debe combatirse con morfina; las contracciones vesicales son, en ocasiones, bastantes enérgicas para expulsar la sonda: es preferible entonces retirarla y sondar á la enferma periódicamente. Por regla general, cuando retirado el taponamiento y la sonda á los cinco ó seis días, se mantiene la retención de orina, puede creerse que la fistula está curada.

Simón, y con él algunos autores, dan poca importancia al drenado de la vejiga y practican el cateterismo cada tres ó cuatro horas, ó permiten la micción espontánea. Realmente sería preferible que no fuese necesario, pero después de varias tentativas para suprimirlo, es hoy su uso casi tan universal como cuando Sims lo preconizó y vulgarizó.

Respecto al reposo en la cama, creo ha de ser prolongado, porque de otro modo nos exponemos á malograr un éxito ya seguro. Yo opino que la salida del manojito de hilos de plata á través de la vulva, además de facilitar mucho su extracción, tiene la ventaja de que obliga á la enferma á cierta quietud, porque siempre aquel cuerpo extraño le recuerda que lleva una sutura.

Debe recomendarse á la enferma moderación en los movimientos durante los primeros días que siguen á la operación. Emmet cita el caso de una mujer con una fistula extensísima (cuyo tratamiento fué muy laborioso, obteniendo, por fin, una curación completa), la cual, antes de salir del Hospital, para demostrar su alegría, comenzó á hacer piruetas, imitando la maniobra del Circo: al levantarse se había rasgado la cicatriz, tan costosamente obtenida. Un coito á los veinte días ocasionó la reapertura en la extensión de un centímetro en uno

(1) LABADIE-LAGRAVE Y LEGUEU: *Traité médico-chirurgicale de Gynecologie*, pág. 313.

de mis casos de histero-kleisis vesical, cuya sutura tenía unos seis centímetros; había obtenido la curación en una sola vez, y para obturar esa abertura accidental tuve que hacer dos intervenciones, porque la primera fracasó.

El régimen de la enferma, después de operada, nada tiene de especial. Se evacúa el vientre, si no lo hace espontáneamente, á los dos ó tres días; á nada conduce mantener á dieta las enfermas operadas de fistula, si no hay indicación especial.

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES.— Durante el acto operatorio, pocos accidentes pueden ocurrir. Las dificultades que en cada caso habrá que vencer, variando la técnica y adaptando á sus necesidades peculiares los diferentes procedimientos y recursos de que disponemos, forman parte del modo de ser de estas intervenciones. El único accidente que puede presentarse alguna vez, será la hemorragia. En las fistulas altas, en que hay que avivar hacia los lados del cuello del útero, puede interesarse alguna rama de la uterina, ó ésta misma, y presentarse una hemorragia importante: recuerdo un caso en que fué tan importante que llegó á inspirarme temores; no podía profundizar los puntos por el peligro de interesar el uréter, y tuve que recurrir á la ligadura de la uterina correspondiente: se trataba de una fistula vésico-útero-vaginal extensa, en la que hice la histero-kleisis vesical: la sutura comprendía diez puntos: tardé cerca de una hora en dominar la hemorragia: el resultado fué del todo satisfactorio.

Por lo común, aunque los bordes sangren abundantemente, y ello es precisamente muy de desear, en cuanto se aplica la sutura desaparece por completo la hemorragia. A veces desaparece por la superficie vaginal y sigue por la vejiga: ocurre esto principalmente cuando en el avivamiento se comprende la mucosa vesical. La orina sale sanguinolenta, pero por lo común desaparece la hemorragia á las veinticuatro horas. Si es muy abundante pueden formarse coágulos en el interior de la vejiga, que obliguen á lavados para expulsarlos ó provoquen contracciones vesicales que pueden comprometer el éxito operatorio. Se cita algún caso de muerte por hemorragia, con toda seguridad debido á alguna falta de técnica ó algún descuido.

Un accidente muy terrible, y que ha ocurrido con cierta frecuencia, es la compresión del uréter por un punto de sutura. Cuando el uréter desemboca en el borde mismo de la fistula, si no se recuerda su situación, es sumamente fácil abrazarlo en un punto; si la topografía de la región está muy alterada, lo mejor es colocar un catéter ureteral para guía y salvaguardia. Cuando el uréter es comprimido y obturado, el primero y segundo días se presentan dolor en el riñón correspondiente, elevación de temperatura y escalofríos: el único tratamiento de tal accidente es retirar la sutura inmediatamente que se descubre.

Otro accidente es la cistitis, que puede sobrevenir los primeros días ó más tarde. Se tratará con lavados abundantes de agua bórica y administración al interior de perlas de trementina.

Cuando en las fistulas altas resulta la operación laboriosa, puede ser interesado el peritoneo y sobrevenir una peritonitis, aunque ello es raro. Más frecuente es la peritonitis consecutiva, porque se infecte la herida y se propague la infección. Los pocos casos de muerte que se citan, son debidos á peritonitis

sobrevenidas los primeros días después de la intervención. Actualmente esa complicación casi ha desaparecido.

A veces la cicatrización de la fístula no se realiza ó lo hace de una manera incompleta. En el primer caso, habrá sobrevenido alguna infección que ha impedido el proceso cicatricial. En el segundo pueden influir dos cosas: bien alguna imperfección en el avivamiento ó aplicación de la sutura, ó bien algún punto demasiado apretado que ha producido el esfacelo de los tejidos comprimidos. Si al practicar el avivamiento se hace de una manera incompleta ó escasa, puede fácilmente faltar la unión. Al aplicar la sutura puede hacerse de un modo defectuoso, de manera que queden espacios muertos entre las superficies de coaptación, los que llenándose de sangre ó secreciones, provocan fácilmente una supuración y una imperfección en el resultado.

Cuando un punto de sutura se esfacela, se desprende y puede dejar en pos de sí una fistulita muy molesta. Algunas veces, después de la operación de la fístula, á los cinco ó seis días, la enferma se queja de que sigue la incontinencia: al quitar los puntos observamos que uno cede sin necesidad de cortar su asa, y en su sitio encontramos una pérdida de substancia producida por el esfacelo del tejido. No depende este fenómeno de que se dejen demasiado tiempo los puntos, pues si no se produce los primeros días, ya no es de temer.

Los pequeños trayectos fistulosos ocasionan incontinencia parcial, y cuando se presentan, lo mejor es volver á colocar la sonda permanente y practicar inyecciones vaginales frecuentes; muchas veces desaparecen espontáneamente, y á los diez ó doce días la cicatrización es completa. Otras veces persisten, haciéndose definitivos.

Las fístulas que dificultan é inutilizan el resultado de la intervención, son á veces muy rebeldes al tratamiento y hay que recurrir á menudo á una nueva intervención, como si la operación hubiese fracasado, avivando su contorno y aplicando uno ó dos puntos de sutura.

Cuando no se verifica la unión en todo ó en parte, debe repetirse la intervención hasta obtenerla completa. Por lo general, esto ocurre por falta de hábito en el operador, que le hace cometer imperfecciones técnicas. En ocasiones, esas imperfecciones son debidas á la naturaleza misma de la fístula, particularmente en las fístulas muy extensas hacia los lados; pero siempre es un error creer, como opinan algunos que no han operado ni visto operar fístulas, que esa operación es cuestión de paciencia y de repetirla tantas veces cuantas sea preciso. Por el contrario, debe aspirarse al éxito completo, y se logra casi siempre, en la primera intervención, exceptuando aquellos contados casos, en los que, por las dimensiones excesivas de la fístula y enorme pérdida de substancia, se quiera recurrir al consejo de Fritch's de la obturación sucesiva.

Algunas veces, después de la intervención y por espacio de algunos días, sigue la enferma acusando incontinencia de orina, á pesar de haberse cicatrizado del todo la fístula y de estar completamente curada. Ocurre esto principalmente cuando la fístula interesa el cuello vesical y aun en los casos ordinarios por efecto de la sonda permanente, que dilatando la uretra y el esfínter ocasiona cierta relajación, que desaparece muy pronto, por regla general. Para el diagnóstico de esta complicación, basta practicar una inyección vesical,

cuyo líquido, en vez de rezumar por la vagina, se ve salir por la uretra, en la periferia de la sonda.

Otra complicación, digna de tenerse en cuenta, es la formación de concreciones y cálculos consecutivos. Generalmente tienen por punto de partida algún trozo de sutura, que penetrando en la vejiga forma núcleo á la concreción, de modo que casi siempre indican una falta de técnica. En todas las obras se señala la facilidad con que sobreviene este contratiempo en las obturaciones indirectas que pueden dejar un fondo de saco donde remanse la orina. Fritchs no teme mucho esa complicación, y cita, en apoyo de su creencia, un caso de episiorrafia rectal, operación la más abonada, sin duda, para ello, en el que á los doce años no se presentaba complicación y seguía la enferma hábil para el trabajo. He dicho antes que mis enfermas de histero-kleisis y de colpo-kleisis, sólo una presentó tal complicación: las que tengo de episiorrafia uretral están libres de dicha complicación. En las obturaciones directas dos veces he visto formarse esas concreciones: en una, fueron inmediatas y pude extraerlas por la uretra sin que se reprodujeran; era un caso que había operado por desdoblamiento, con sutura perdida de catgut en forma de bolsa, según aconseja Doyen, cual sutura sirvió de núcleo á la concreción; la otra presentó un cálculo bastante voluminoso al cabo de un año: era un caso común é ignoro por qué motivo se formó.

PRONÓSTICO.—El pronóstico de la operación de la fístula uro-genital es absolutamente benigno por lo que se relaciona á la vida de la enferma. La operación en sí no ofrece gravedad.

Otra cosa es por lo que toca al éxito operatorio. Con los recursos actuales casi puede decirse que no hay fístula que deba rehusarse para la intervención, pues si no es curable por un procedimiento, lo será por otro. Ninguna enfermedad como ésta pone más á prueba la pericia y el entusiasmo del ginecólogo por su especialidad, y en ningún caso como el presente puede el ginecólogo demostrar su cariño por la ciencia que cultiva, pues el único móvil que le impulsa es la satisfacción de la dificultad vencida y la alegría de ver á una enferma, aislada de la sociedad, repuesta á la vida ordinaria. Podría repetir aquí lo que han dicho casi todos los autores; llevo practicadas unas noventa operaciones de fístula, y entre todas apenas han podido remunerarme de los gastos de instrumental que para este objeto he hecho, porque casi todas las fistulosas pertenecen á la clase pobre, y se comprende que así debe ser dada su patogenia. Lo que ocurre aquí, pasa en todas partes, y no por eso los ginecólogos tenemos menos entusiasmo para perfeccionar la técnica y mejorar los resultados. El triunfo de la ciencia, por una parte, y la alegría de la enferma, que se ve curada de su insoportable dolencia, por otra, nos compensan los sinsabores y fatigas que ocasiona el tratamiento de estas enfermedades.

El éxito operatorio depende de dos circunstancias principales: la técnica empleada y la perfección con que se emplea. Tenemos á mano procedimientos y recursos para todos los casos: la cuestión es saberlos escoger: si no es por obturación directa, es por obturación indirecta; si no basta la vía vaginal, tenemos la abdominal; si el avivamiento no resulta, tenemos el desdoblamiento y los colgajos para vencer en cada caso.

Indudablemente tiene más importancia que el procedimiento empleado, la

perfección con que se lleva á cabo. El hábito desarrolla la pericia individual, y cualquiera procedimiento que haya pasado por el aprendizaje necesario, es mejor para aquel ginecólogo que un procedimiento nuevo, que por bien inspirado que esté, exigiría también un período de ensayo. De modo que, en el éxito de la intervención, hay que conceder una parte al método empleado y otra gran parte á la experiencia personal. Estoy seguro que Fritch's ó Emmet, con su inmensa práctica de avivamiento y sutura, obtendrán mejores resultados y mayor número de obturaciones directas y perfectas que un ginecólogo novel, que se crea superior por poner en práctica procedimientos como el de Férgusson ó la talla hipogástrica, ó empleando la seda en vez de la plata. Yo recuerdo bien lo diferentes que técnicamente resultaban mis primeras operaciones comparadas con las que hoy practico: los resultados están en consonancia. Por eso no me siento inclinado á abandonar medios de que he hecho la prueba para aceptar otros más nuevos y más perfectos, si se quiere, pero que me exigirían un nuevo aprendizaje; no censuro, por el contrario, aplaudo las novedades y deseo verlas puestas en práctica, pero no puede exigírseme que yo cambie una técnica de la que en los momentos actuales estoy muy satisfecho. Hago completamente mías las palabras de Fritch's cuando dice (1): «...Y en verdad, que á todo el que se halle en este caso nadie puede censurarle porque siga empleando un procedimiento sancionado por la experiencia, ni nadie tampoco se atreverá á exigirle que, en vez de este método, trate de ensayar otros que no conoce. Está muy justificado que quien tenga hecho su aprendizaje, no esté dispuesto á emprender de nuevo otro camino; pero, en cambio, también es una falta desaprobada *brevi-manu* todos los demás procedimientos y creer que sólo es acertado aquel que uno acostumbra á emplear.»

Y ciertamente que mi aprendizaje ha sido verdaderamente tal, pues desde mis primeras intervenciones tuve que inspirarme en la lectura de las obras y en mi deseo de obtener éxitos positivos. No podía buscar una inspiración directa, porque no sabía quién practicaba, en nuestra localidad, tales intervenciones; ni pedir un consejo, porque no conocía al ginecólogo que podía dármele: todavía recuerdo el primer caso, de lo más fácil y sencillo, y que hoy curaría, con seguridad, en una sola intervención y en el que hube de hacer cinco operaciones. Así tengo en mi arsenal quirúrgico una serie de instrumentos, algunos muy ingeniosos, y que iba adquiriendo para lograr con ellos lo que no lograba por mi falta de pericia. El segundo caso fué más afortunado y curó á la segunda tentativa, y en el tercero experimenté la satisfacción que se siente cuando un éxito completo corona nuestra intervención: era una enferma que había sufrido dos tentativas de obturación por otro ginecólogo, que después supe que era el primer caso en que intervenía inútilmente, y que sufría una enorme fistula véscico-útero-vaginal con destrucción del labio anterior del cuello; practiqué la histero-kleisis vesical, y á los quince días la enferma se levantó completamente curada, siguiendo actualmente en buen estado.

Luego ví casos más difíciles, y unas veces vencí y otras fracasé; así fuí adquiriendo hábito y simplificando instrumental, y para que se aprecien los resultados, indicaré los obtenidos en la clínica de la facultad en los nueve años que

(1) *Enciclopedia de Ginecología*, tomo II, pág. 180.

la he desempeñado. Llevaba practicadas unas 16 operaciones cuando operé el primer caso en la clínica oficial. En esos nueve años he tenido 40 casos de fistulas uro-genitales, algunos sencillos, otros muy complicados, y varios transfugas de otras clínicas de la localidad y de provincias, en las que habían sufrido una ó varias intervenciones; de estos 40, 35 curaron completamente de una sola intervención, tres necesitaron dos intervenciones, una necesitó tres y otra no se cerró á pesar de tres intervenciones por quedar una pequeña fistula en un ángulo que es perfectamente susceptible de curación.

En mi clínica privada llevo operadas 51 enfermas de esta clase; tan sólo de una sé que conserva una fistulita que podría curarse si se prestara á ello. Algunas han sufrido varias intervenciones, sobre todo de las primeras que se sometieron al tratamiento; la que más, ha sufrido seis operaciones: no había tabique véstico-vaginal y el útero ha quedado unido á la uretra; algunas fistulitas á los lados obligaron á tan repetidas operaciones.

He dejado de intervenir en cuatro casos, de los que he visto dos en mi clínica privada y dos en la clínica oficial. De modo que en un total de 95 casos, vistos ú operados en el espacio de veinte y un año, he dejado de intervenir en cuatro, hay 89 curados y dos en vías de curación (1). La estadística de Emmet, que alcanza á 171 casos, no da resultados tan buenos, explicándose perfectamente por las razones que da el autor (2). Gutiérrez, de Madrid, ha publicado en un excelente trabajo (3) los resultados obtenidos en 39 casos: son muy halagüeños, y emplea de preferencia el método americano.

Cuando hay que proceder á una nueva operación, debe dejarse transcurrir el tiempo necesario para que cicatricen todos los tejidos, porque de una parte desaparecen y se curan espontáneamente muchas imperfecciones, y de otra los tejidos ofrecen las condiciones de resistencia convenientes para una nueva intervención.

FÍSTULAS RECTO Y ÉNTERO-VAGINALES

Por múltiples causas se establecen comunicaciones anormales entre el aparato genital y su vecino el tubo digestivo. La región vaginal es, sin duda, la que más á menudo ofrece fistulas estercoreáceas, cuyo carácter cambia mucho según sea el recto ó el intestino delgado la parte del tubo digestivo que está en comunicación con la vagina. Las primeras reciben el nombre de fistulas recto-vaginales, y las segundas el de éntero-vaginales.

(1) Los cuatro casos no operados han dejado de serlo por no aceptar las enfermas ó los maridos los recursos extremos que exigían por sus malas condiciones.

(2) EMMET: *La pratique des maladies des femmes*, págs. 799 y 800.

(3) EUGENIO GUTIÉRREZ: «Fistulas uro-genitales.» (*Revista Ibero-Americana de Ciencias médicas*, tomo II, pág. 95; 1902).

FÍSTULAS RECTO-VAGINALES

Etiología y patogenia.—En el acto del parto se encuentra el origen de gran número de fístulas recto-vaginales; la mayoría son debidas á desgarros producidos por la cabeza fetal á su paso á través de la vagina y vulva, que produce un desgarro del tabique que se extiende hasta el periné, sólo que este último, más grueso y vascular, se une luego; pero hacia el tabique las paredes son más delgadas, uniéndose fácilmente el epitelio intestinal con el vaginal y dejando constituida la fístula. Algunas veces, según lo han comprobado Veit, Freund y otros, el desgarro queda limitado á la zona del tabique y la fístula establecida sin que el periné se haya interesado.

La intervención instrumental en el acto del parto puede ocasionar la rotura del tabique recto-vaginal, sea por la violencia de las tracciones, si se trata del fórceps, sea por la acción de una esquirra, si se trata de una embriotomía cefálica, ó á veces por la acción directa de un instrumento torpemente aplicado; Schröder refiere un caso en que, al practicar la autopsia, se encontró en el sacro la huella del perforador, que un distinguido tocólogo había creído implantar sobre la cabeza del feto; el gancho romo, en una escapada, ha producido más de una vez la rotura del tabique recto-vaginal.

Raras veces la fístula recto-vaginal es debida á la compresión de la cabeza sobre el sacro, cogiendo entre los dos el recto y produciendo la mortificación, como ocurre en la fístula véstico-vaginal; por una parte, la presión sobre el pubis es mucho mayor, y por otra, el recto se desvía de la línea media hacia los lados, donde la compresión es mucho menor. Sin embargo, algún caso existe de fístula recto-vaginal producida por este mecanismo.

Las intervenciones ginecológicas pueden producir la perforación vaginorectal, sobre todo si manos inexpertas operan ciertos casos de rectoceles; pero principalmente en las grandes intervenciones, como la histerectomía vaginal, sobre todo en casos de supuraciones y de cáncer, se producen heridas rectales hacia la parte alta que dejan en pos de sí una fístula permanente.

Aparte esas causas traumáticas de fístulas vaginales estercoráceas, existen otras de orden patológico que las producen por el curso espontáneo de la dolencia. Los flemones del tabique recto-vaginal, muchísimo más frecuentes que los del tabique véstico-vaginal, sobre todo hacia la región del periné, abriéndose á la vez en el recto y en la vagina, ocasionan fácilmente la existencia de fístulas recto-vaginales. La llamada úlcera redonda de la vagina ha llegado alguna vez á perforar el recto.

No hay que decir que las neoplasias malignas, como el cáncer vaginal y el uterino, producen con gran frecuencia dicho trastorno, pero en tales casos queda reducido á un síntoma de la enfermedad causal.

Las heridas recto-vaginales, como las véstico-vaginales, tienen una marcada tendencia á la cicatrización, y así se comprende que es necesario que alguna otra causa obre para que tras el traumatismo se establezca la fístula. El magullamiento de los tejidos impide á veces la reparación inmediata, y siendo en la parte alta tan próximos los epitelios, se unen é impiden la cicatrización; otras

veces es el estado especial del tubo digestivo, que funcionando en malas condiciones expulsa gases continuamente por la solución de continuidad, que al separar los bordes impiden y destruyen la cicatrización; las estrecheces rectales específicas explican muchas veces por qué se ha formado y mantiene una fistula baja hacia la región del periné.

Anatomía patológica. — Por su sitio, pueden dividirse en *superiores é inferiores*.

Las fistulas *recto-vaginales inferiores* ocupan la parte baja del tabique, desde el periné á la mitad del tabique recto-vaginal. Algunas muy inferiores y casi subcutáneas, merecen el nombre de *ano-vulvares*; forman un trayecto fistuloso del borde del ano á la horquilla, siendo, por lo común, muy reducido y con frecuencia tortuoso: son debidas siempre á supuraciones.

Las fistulas recto-vaginales inferiores se encuentran en el cuerpo perineal, siendo su sitio más frecuente hacia el vértice del mismo y el comienzo del tabique recto-vaginal. Las producidas por supuraciones, entre las que la más frecuente es la de la glándula de Bartolino, atraviesan por un trayecto tortuoso desde el recto, por encima del esfínter, á la vagina, hacia uno de los lados correspondientes á la glándula vulvo-vaginal. Las que ocupan el vértice del periné y la parte más baja del tabique son, por lo común, originadas por los desgarrros del parto.

Las fistulas *recto-vaginales superiores* ocupan la parte más alta del tabique, encontrándose á veces junto al fondo de saco posterior, siendo su origen más frecuente las supuraciones del fondo de Douglas y las operaciones ginecológicas.

El tamaño de las fistulas recto-vaginales es muy variable, generalmente son pequeños trayectos fistulosos de algunos milímetros de diámetro; algunas veces llegan á permitir la introducción del índice, sobre todo las que ocupan el tabique y son de origen puerperal. Alguna vez se observan hacia el fondo de saco posterior fistulas de gran tamaño, debidas casi siempre á la formación de grandes escaras, ocasionadas por la compresión de instrumentos, ó á supuraciones extensas.

Los contornos de la fistula no presentan con tanta frecuencia como las fistulas urinarias callosidades é induraciones. Sin embargo, cuando son debidas á partos laboriosos, pueden hallarse circuidas de tejido cicatricial; generalmente van acompañadas en estos casos de fistulas urinarias, y no es raro encontrar bridas cicatriciales que las deformen.

Síntomas y diagnóstico. — El síntoma más constante que manifiesta la enferma es la salida de gases por la vagina; á través de los pequeños trayectos fistulosos, cuando su abertura rectal está por encima del esfínter, filtran los gases, ocasionando á la enferma una sensación desagradable.

La expulsión de materias fecales por la vagina, aunque la fistula sea de regular tamaño, sólo tiene lugar cuando existe diarrea. Tan sólo en las de grandes dimensiones, muy raras, pueden pasar bolas fecales hacia la vagina.

El diagnóstico no es difícil, pues ordinariamente lo dan las enfermas explicando la salida de gases por la vagina. Su comprobación es fácil: un dedo en el

recto descubre muchas veces una depresión indurada que corresponde al trayecto, y nos hace ver, practicando la inspección vaginal en la posición vulvar; la abertura genital de la fistula; una sonda servirá para comprobarla. Si el orificio es mayor, el dedo podrá atravesar y apreciar todas las circunstancias que la acompañan. En caso de duda, un enema con leche filtrará por la abertura, y saliendo á la vagina nos dará la seguridad de su existencia.

Curso y pronóstico. — Cuando son recientes, tienen una gran tendencia á la curación espontánea, particularmente las de la parte baja; la escasez de fistulas de gran tamaño demuestra esta tendencia á la reparación, quedando tan sólo trayectos fistulosos sostenidos por el paso continuo de gases.

Una vez establecida la fístula y cicatrizados sus bordes, es absolutamente incurable, como no sea mediante una intervención; sin embargo, su existencia es bastante tolerada, excepto en aquellos casos en que la fístula es producida y sostenida por estrecheces y supuraciones rectales, cuyos síntomas no deben confundirse con los de la fístula.

Pocas complicaciones produce la fístula recto-vaginal si no pasan por ella materias fecales; cuando esto ocurre, la vaginitis y vulvitis consiguientes se presentan de una manera rebelde y pueden originar infecciones ascendentes del aparato genital.

Tratamiento. — A pesar de los ensayos de cauterización, el tratamiento ha de ser quirúrgico si quieren obtenerse resultados positivos.

Las fistulas recto-vulvares superficiales y subcutáneas se tratan, como las fistulas ordinarias del ano, incindiéndolas, raspando el trayecto y taponándolo luego, buscando una curación por granulación.

Las fistulas recto-vaginales inferiores, indiscutiblemente las más frecuentes, deben tratarse según los principios de la perineorrafia. Antes los cirujanos se contentaban con incindir el periné verticalmente, abandonando la curación á la cicatrización espontánea. Actualmente es una incorrección proceder así, y es preferible hacer una perineotomía, seguida de perineorrafia, por el procedimiento de Lawson-Tait.

Dos casos pueden presentarse, según la situación de la fístula y el estado del periné. Puede encontrarse la fístula en el mismo cuerpo perineal ó bien más ó menos alta en el tabique.

En el primer caso, la mejor conducta es incindir completamente el periné desde la fístula hasta su cara cutánea; luego se reseca el trayecto fistuloso que viene á formar el vértice del desgarró artificial, y se procede á la sutura ordinaria, tal como diré al hablar de la perineorrafia. Bastantes veces he recurrido á esta práctica, obteniendo siempre éxito completo.

Si la fístula está hacia el vértice del periné ó en el tabique, podemos encontrar dos variedades: ó bien el periné está bien conservado, sin desgarró y con la resistencia debida, ó bien el cuerpo perineal se nos ofrece relajado, á veces con el esfínter interesado ó muy adelgazado el grosor perineal. En este segundo caso se procede como en el caso anterior, haciendo una perineotomía completa ántero-posterior hasta el sitio de la fístula, que se reseca luego, y sutura.

Si, por el contrario, el periné está bien conservado, es preferible, aunque

no dé mejores resultados, respetar el periné y practicar el desdoblamiento del mismo hasta uno ó dos centímetros más arriba de la fistula, de modo que ésta quede perfectamente desdoblada con un orificio en el colgajo rectal y otro en el vaginal. Al aplicar los puntos se hace de manera que por cada orificio pase uno junto á sus bordes, para coaptarlos; además, con el punto profundo que alcanza hasta el vértice de la pérdida de substancia, y con el del orificio vaginal, se procura, cosa muy fácil de lograr, atraer el colgajo vaginal hacia abajo, de modo que, hecha la sutura, los dos orificios no puedan volver á corresponderse (figura 241). Por estos procedimientos pueden alcanzarse fistulas situadas muy altas en el tabique recto-vaginal.

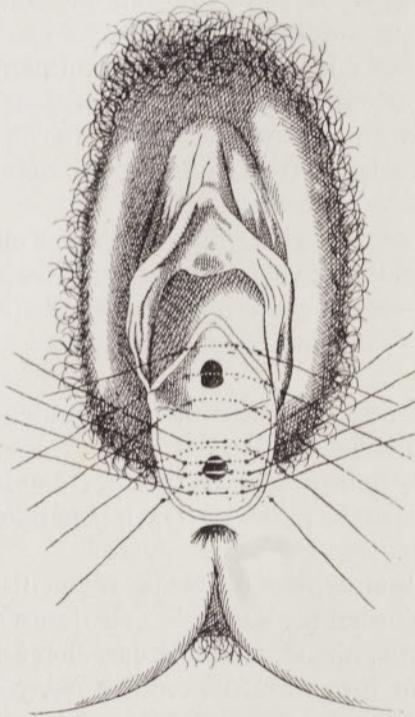


FIG. 241

Fistula recto-vaginal. Desdoblamiento del periné. Sutura Lauenstein sobre la fistula rectal. Sutura de perineorrafia (SANGER).

La colpo-perineorrafia de Hegar, que Schauta y otros recomiendan para estos casos, no tiene las ventajas ni la sencillez del procedimiento que acabo de exponer.

Cuando la fistula se encuentra muy alta, en el tabique recto-vaginal, y no es asequible con la perineotomía y perineorrafia consecutiva, entonces debemos operar desde la vagina, pudiendo recurrir á distintos procedimientos.

El avivamiento y sutura simples, como se practica para la fistula véscico-vaginal, es operación sumamente sencilla y fácil, aunque, al decir de los autores, fracasa casi siempre. Lo he aplicado una vez en una enferma que tenía además una gran fistula véscico-vaginal, y en la misma sesión operé las dos; tenía la fistula un centímetro de diámetro, avivé alrededor prolongando el avivamiento algo por arriba y por abajo, y apliqué cinco puntos de catgut trans-

He obtenido, procediendo de esta manera, excelentes resultados, y considero inútil complicar la operación haciendo, como aconseja Pozzi, sobre el orificio rectal tres ó cuatro puntos de sutura á lo Lauenstein, que se dejan perdidos (fig. 241); siempre, aunque sean de catgut, serán cuerpos extraños en el interior de la herida que pueden infectarse fácilmente, dada la vecindad del recto, y estorbar la cicatrización por primera intención, que en estos casos debe obtenerse y se obtiene siempre. Uno de los puntos de perineorrafia bien aplicado, coapta perfectamente los bordes de la abertura.

Cuando se practica la perineotomía total y perineorrafia consecutiva, es también inútil, como aconsejan Sanger, Felizet y otros, suturar aparte los bordes de la herida rectal, ya que la coaptación es perfecta con la sutura de perineorrafia bien aplicada, y los resultados son siempre buenos y perfectos.

versalmente, y formando, por tanto, una sutura longitudinal (fig. 242); el resultado fué completo é inmediato para ambas fistulas. El obstáculo principal para que el avivamiento simple dé resultado es la delgadez del tabique recto-vaginal, que no permite un avivamiento extenso.

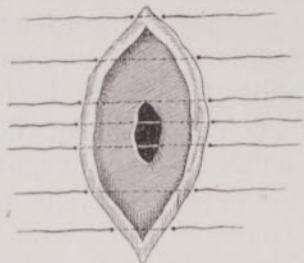


FIG. 242

Avivamiento directo y sutura única en una fistula recto-vaginal.

Por tal motivo, es preferible en estos casos hacer la operación por desdoblamiento. Por arriba y por abajo de la fistula se traza una incisión de dos centímetros, y se disecciona á

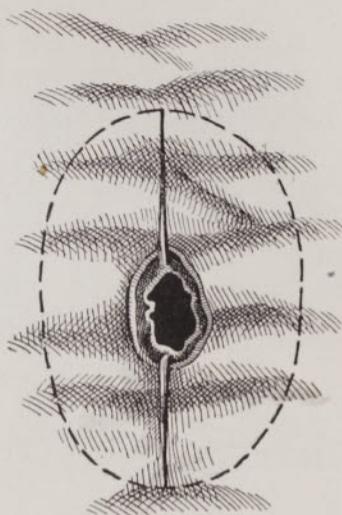


FIG. 243

Incisión longitudinal sobre la vagina para el desdoblamiento en una fistula recto-vaginal.

cada lado la mucosa vaginal á la distancia de dos centímetros (fig. 243); luego se sutura la pared rectal por el procedimiento de Lauenstein con seda muy fina ó catgut (fig. 244), ó bien en bolsa, como aconseja Doyen (fig. 245), y por encima se suturan los col-

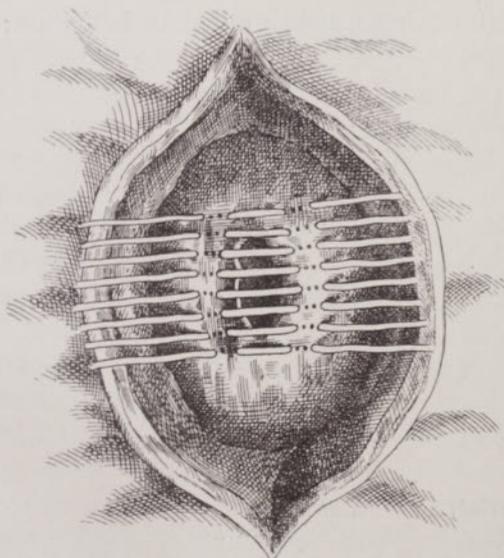


FIG. 244

Sutura de Lauenstein sobre la pared rectal, después del desdoblamiento.

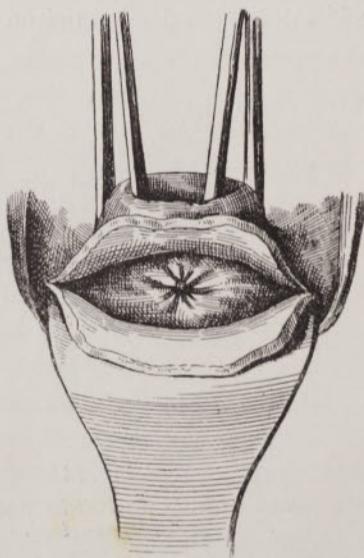


FIG. 245

Sutura en bolsa de la pared rectal, según el procedimiento de Doyen.

gajos vaginales (fig. 246). No es necesaria la sutura rectal que aplica Sanger. Dada la delgadez del tabique, se comprende y parece que ha de dar bue-

nos resultados la *autoplastia por deslizamiento*, recomendada por Fritch y Le Dentu, con procedimientos muy parecidos é inspirados en el mismo principio.

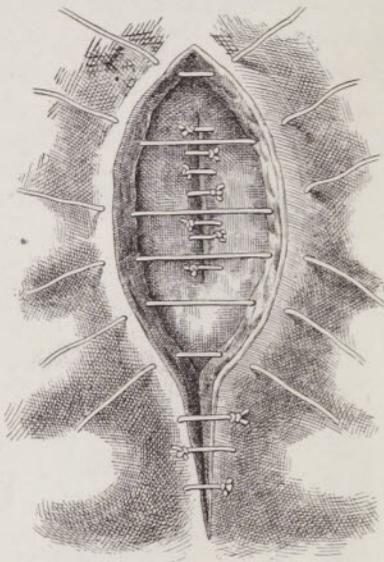


FIG. 246

Sutura de los colgajos vaginales.

El procedimiento de Fritch, más sencillo que el de Le Dentu é igualmente eficaz, consiste (fig. 247) en trazar dos incisiones curvas de concavidad superior, de las que una pasa en su convexidad por el borde superior de la fistula y la otra un centímetro más abajo del borde inferior; toda la mucosa vaginal comprendida entre estas dos incisiones se excinde, dejando una superficie cruenta en forma de media luna. Luego se disecciona un colgajo de la parte alta, que resulta, por tanto, de convexidad inferior: este colgajo por desdoblamiento debe ser bastante extenso para poderlo deslizar sobre la fistula y suturarlo á la incisión inferior (fig. 248); previamente se obtura la fistula. De este modo el colgajo vaginal cierra como una válvula la abertura fistulosa y no se corresponden las suturas, siendo más segura la cicatrización. Fritch ha obtenido con este procedimiento cuatro éxitos.

El procedimiento de Segond es realmente un medio extremo, aplicable sólo en casos excepcionales, y aun luchando con grandes dificultades. Consiste en la resección del recto desde encima del esfínter hasta más arriba de la fistula; se

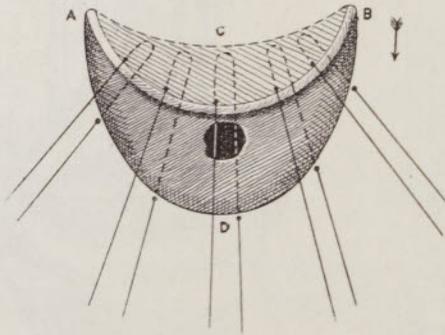


FIG. 247

Procedimiento de Fritch para la fistula recto-vaginal.

A, B, D, superficie avivada que ha de recubrir el colgajo que tiene la base, A, C, B.

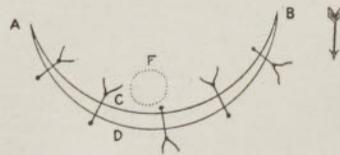


FIG. 248

Sutura del procedimiento de Fritch.

Colgajo A, C, B, coaptado con el borde A, D, B, tapando la fistula, F.

coge luego el extremo superior del recto, se hace descender y se sutura al borde del ano, cuya mucosa se ha resecao previamente; la desaparición de la fistula por este procedimiento es absoluta. Parece que le sugirió la idea una enferma

que, á consecuencia de haber llevado en la vagina, durante diez y seis años, un tarro de poner pomada, tenía una gran pérdida de substancia del fondo de saco posterior y del tabique.

Sanger ha propuesto y realizado llegar á estas fistulas superiores del tabique á través de una gran brecha perineal mediante la perineotomía transversal de Zukerland, de uno á otro isquion; desdoblamiento del tabique hasta la fistula, sutura de ella y taponamiento de la herida.

Pueden presentarse en condiciones tan variadas las fistulas recto-vaginales, que bueno es tener en cuenta los muchos recursos que pueden emplearse; pero en verdad, en la inmensa mayoría de casos, y para la práctica corriente, nada es comparable á la perineotomía ántero-posterior ó por desdoblamiento y perineorrafia consecutiva, por su sencillez y perfectos resultados; son muy pocas las fistulas que escapan á su acción.

FÍSTULAS ÉNTERO-VAGINALES

Están constituidas por la comunicación del intestino delgado con la vagina.

Etiología y patogenia. — Aparte de las fistulas debidas á la ulceración cancerosa, de las que no nos ocuparemos en este lugar, el parto y las supuraciones pelvianas eran antes casi el único origen de las fistulas éntero-vaginales.

Las fistulas éntero-vaginales consecutivas al parto son realmente raras; quizás debe aceptarse la explicación de Fritch, quien dice que si en los partos distócicos es mucho más frecuente encontrar pérdidas de substancia hacia el tabique anterior que hacia el posterior, es debido á que, cuando en el fondo de Douglas existen mortificaciones que comprometen el intestino, sobreviene la peritonitis y la enferma muere; pero téngase en cuenta también que el intestino delgado no desciende generalmente al fondo de Douglas durante el embarazo, y eso explica también en parte la rareza de las fistulas éntero-vaginales de origen puerperal. La mayoría de veces el mecanismo es el mismo: una rotura de la vagina y prolapso de un asa intestinal á su través; Breisky opina que de 21 casos que ha podido recoger, en 8 el mecanismo ha sido éste. El asa intestinal prolapso se gangrena y queda establecida la fistula.

Mucho más frecuentes que las anteriores son las producidas por supuraciones pélvicas que alcanzan el fondo de Douglas, y que al abrirse á la vez al intestino y al fondo vaginal dejan establecida la fistula. En tanto que no he tenido ocasión de observar ningún caso puerperal, he visto tres espontáneas debidas á supuraciones pélvicas. La historia de estas enfermas me deja la convicción de que todas ellas sufrieron pelvi-peritonitis tuberculosas, supuradas secundariamente; existen formas de peritonitis tuberculosa de marcada tendencia destructiva que producen con frecuencia destrucciones viscerales; algo de ello habrá notado Veit cuando dice que la causa de la perforación es «la inflamación infecciosa localizada en la cavidad de Douglas, y entre ellas las que tienen por base una predisposición tuberculosa (1).» No puedo presentar de mis casos la

(1) VEIT: *Enciclopedia de Ginecología*, tomo I, pág. 440.

demostración de la naturaleza bacilar por exámenes microscópicos, pero si la convicción por el curso clínico de las enfermas, sólo que en vez de creer en una simple predisposición tuberculosa, opino que la primera causa fué una bacilosis genital, supurada luego por una infección secundaria. Jaylle (1) cree que son las infecciones estreptocócicas las que tienen tendencia á producir fistulas éntero-vaginales; pero bajo este punto de vista de la patogenia, sus observaciones pierden gran valor, por referirse á casos de histerectomía vaginal seguidos de fistula estercorácea, en los que son otras las causas que obran, y en este concepto más enérgicas que los trabajos supurativos.

Actualmente son más frecuentes las fistulas éntero-vaginales que lo fueron antes; en efecto, la histerectomía vaginal es á menudo causa de heridas del intestino, unas veces desgarrando adherencias que llevan consigo la pared intestinal, otras porque el ginecólogo lo hiere con un instrumento ó con los dedos, y finalmente existen algunos métodos de colocar las pinzas de presión con los que se corre el riesgo de coger con los bocados de la pinza un asa intestinal. Lo cierto es que existen mayor número de fistulas éntero-vaginales operatorias que puerperales ni espontáneas, si exceptuamos las producidas por la invasión del cáncer.

Como causas raras, se citan ciertas caídas y la persistencia durante mucho tiempo de cuerpos extraños en la vagina.

Anatomía patológica.—Breitzmann y Dahlmann citan casos de abertura del intestino al fondo de saco vaginal anterior, pero no es éste el sitio de elección, y ordinariamente al decir fistula éntero-vaginal entendemos que se encuentra siempre en el fondo de saco posterior, detrás del cuello del útero.

Su tamaño es mayor ó menor, según los casos, y puede revestir dos formas: la de *fistula éntero ó ileo-vaginal* y la de *ano contra-natural*. En el primer caso, el intestino adherido al fondo de Douglas presenta una abertura lateral más ó menos extensa que comunica con la vagina; las materias fecales salen en parte por la vagina y en parte siguen su curso ordinario; en la forma más frecuente, la parte de intestino adherida y fistulosa suele ser la *S* iliaca ó la parte baja del íleon; á veces, aunque raramente, es la parte alta. En el segundo, el intestino desemboca por completo en la vagina; un trozo de asa intestinal ha sido prolapsado, y al esfacelarse ha dejado en el fondo de la fistula los dos extremos intestinales como dos cañones de fusil; en estos casos casi siempre es el íleon el interesado; las materias fecales salen todas por la vagina.

La abertura fistular se presenta de distinta forma y casi siempre de bordes callosos; unas veces es una pequeña abertura en el mismo fondo de saco, inmediata al cuello del útero, otras es una abertura bastante grande, sobre todo en los casos de ano preternatural que interese algo la pared posterior.

Síntomas y diagnóstico.—El único síntoma es la salida de materias fecales y de gases por la vagina. La salida de las materias fecales es muy variable, según se trate de fistula ó de ano preternatural, y según la porción del intestino interesada.

En los casos de fistula es parcial la salida de materias fecales, y en los de

(1) POZZI: *Traité de Gynecologie*, pág. 1050.

ano preternatural es total. Cuando la comunicación se establece con la *S* iliaca, son excrementos duros ó pastosos los que salen por la vagina; y si se trata de una fistula pequeña, á veces es intermitente esa evacuación vaginal, porque las materias sólidas pasan fácilmente indiferentes por delante de la fistula. Si es el íleon, y sobre todo su parte alta, el interesado, la salida de materias excrementicias es casi continua, líquidas ó semilíquidas y de color verdoso más ó menos subido; son verdaderas materias quilosas las que se eliminan.

El diagnóstico no presenta dificultades. Debe diferenciarse tan sólo la fistula éntero-vaginal de la recto-vaginal; la exploración vaginal directa, el tacto rectal, el empleo de sondas y de enemas nos bastarán para establecer con seguridad el diagnóstico.

Es muy conveniente para el tratamiento dejar sentado si se trata de una fistula ó de un ano preternatural. Aparte de que en éste los materiales excrementicios salen todos por la vagina, tanto que la porción inferior del intestino sufre cierta atrofia, el tacto, cuidadosamente practicado, puede llegar á descubrir el espolón que separa los dos extremos intestinales: hay que tener en cuenta también, antes de sentar el diagnóstico de ano preternatural, que éste es muy raro en tal región.

Curso y complicaciones. — Todas las fistulas éntero-vaginales muestran una marcada tendencia á la curación, como la mayor parte de fistulas esterco-ráceas: las materias excrementicias siguen fácilmente el conducto intestinal. Los tres casos espontáneos de fistula éntero-vaginal que he tenido ocasión de ver, uno curó á los tres meses, otro se hizo definitivo y persistió hasta que la enferma murió de tuberculosis pulmonar, el tercero lo tuve en observación dos meses y probablemente la fistula se curó por ser muy pequeña é intermitente, aunque la enferma presentaba marcadas lesiones pulmonares de carácter fímico.

En las fistulas producidas por el parto se observan muchos casos de curación espontánea; los bordes de la fistula se retraen y los materiales intestinales recobran fácilmente su circulación por el intestino.

No hay ginecólogo de la época presente que lleve una práctica activa, que no haya sido testigo de la tendencia que estas fistulas operatorias tienen á la curación espontánea. Se hace una histerectomía vaginal con pinzas ó sin ellas, á los cuatro ó cinco días se observa la salida vaginal de materiales excrementicios; á los quince ó veinte días desaparece y todo queda cicatrizado. Tres veces me ha ocurrido este accidente: en dos las cosas ocurrieron como dejo dicho; en la tercera tuve que intervenir á los seis meses de practicada la primera intervención.

Los síntomas generales son muy variables, según el punto del intestino en que radica la lesión. Las fistulas bajas de la *S* iliaca son, por regla general, bien toleradas, sin que el estado de la enferma se resienta: es tan sólo la molestia de la salida de excrementos lo que apura á la enferma, y la vulvo-vaginitis y metritis, que no faltan nunca en tales circunstancias. Pero cuando la parte interesada es el íleon, y sobre todo una de sus primeras porciones, la fistula es grande, y en especial si se trata de un ano preternatural, las materias quilosas se eliminan por la vagina sin recorrer el tramo intestinal y, por tanto, sin ser absorbidas. A las dos ó tres horas de la comida se presenta una verdadera deposición vaginal abundante, en la que, junto con materiales quilosos algo elabora-

dos, se expulsan alimentos que han sufrido todavía pocas alteraciones. En semejante contingencia la nutrición se resiente muy pronto, la enferma se pone caquética y muere por inanición; no se me borrará de la memoria el triste cuadro que presencié en uno de mis viajes, hace 15 años: tratábase de una enferma que había sufrido, hacía cinco meses, una histerectomía vaginal por miomas hemorrágicos; desnutrida y emaciada al extremo, había sufrido inútilmente, si no recuerdo mal, y según me dijo el mismo operador, cuatro tentativas de obturación directa; iba á practicar la quinta, y conversando con el operador, ginecólogo distinguidísimo, sobre las probabilidades del éxito, le aconsejé que hiciera la laparotomía, como único recurso para salvar á la enferma: no se atrevió por el mal estado general en que se hallaba; hizo otra tentativa vaginal, que fracasó como las anteriores, y después supe que la enferma había muerto al cabo de poco tiempo.

El pronóstico, por tanto, es sumamente variable: de incurabilidad, cuando la fístula se halla definitivamente establecida, puede ser perfectamente tolerada por el organismo, á pesar de sus molestias, si se encuentra en la parte baja del tramo intestinal, pero merece un pronóstico grave y hasta fatal si se halla en la parte alta.

Tratamiento. — Para el tratamiento de las fístulas entero-vaginales deben tenerse en cuenta las condiciones de la misma. Si se trata de una verdadera fístula tan sólo, siendo muy pequeña, deberá ensayarse la cauterización de sus bordes para ver si se logra la cicatrización; ordinariamente deberá recurrirse á la intervención quirúrgica, poniendo en práctica la obturación directa mediante avivamiento de los bordes y sutura entrecortada. El caso á que antes he hecho referencia, lo traté por este medio con éxito completo á la primera tentativa.

Cuando se trata de un ano preternatural, sería un contrasentido recurrir á la obturación y hay que valerse de otros medios aplicables también á las grandes fístulas que no obedecen al avivamiento y sutura directas, particularmente si se trata de fístulas íleo-intestinales altas, que obran sobre la nutrición de las enfermas.

Cuando existe un ano manifiesto y se toca el espolón, se comprende perfectamente la conducta de Weber de convertirlo en fístula y luego curar ésta por obturación directa. Weber aplicó desde la vagina (1) un enterotomo de Dupuytren (fig. 249), modificado *ad hoc*, que se desprendió á los seis días y el ano vaginal quedó convertido en fístula. Antes de completar la intervención con una sutura directa murió Weber, y Heine, nueve meses después, completó la curación con éxito completo haciendo una nueva aplicación del enterotomo y una sutura directa; el resultado final fué perfecto. El procedimiento de Weber es perfectamente lógico y aceptable en un caso claro de ano preternatural.

El procedimiento de Casamajor de desviar hacia el recto los materiales que salen por la fístula, aplicando los bocados de una pinza especial en el recto y en la fístula para ensancharla y hacerla comunicar con el recto, ocupa un lugar intermedio entre la operación de Weber y la propuesta y realizada por Simón, que consiste en hacer una amplia fístula recto-vaginal y una colpo-kleisis con-

(1) HEGAR Y KALTENBACH: *Traité de Gynecologie opératoire*, pág. 536.

secutiva. En un caso claro como el de Weber podrá seguirse su conducta, pero en los demás, si no puede aplicarse la obturación directa ó está contraindicada, debe seguirse otro camino distinto por completo é ir directamente á practicar la laparotomía, que es ya la primera indicación en los casos de fístula íleo-vaginal grave por su altura, en vez de entretenerse con procedimientos que si un día pudieron tener su importancia, hoy la han perdido por completo, gracias á los progresos de la técnica en la cirugía intestinal.

Erlach, Nareth, Doyen y otros han obtenido resultados brillantes por medio de la laparotomía: la vía es fácil y expedita. Se practica la laparotomía media en Trendelenburg acentuado: se deja la pelvis libre con sólo el asa adherida y se explora si puede desprenderse, lo que resulta casi siempre posible, y con la fístula intestinal á la vista se decide si cabe una enterorrafia simple, lo que ocurrirá raras veces, ó es precisa una resección del trozo dañado: en este caso se practica la resección y se hace luego la éntero-anastomosis lateral; tan sólo conviene la enterorrafia circular cuando no es posible la lateral (1).

Si el asa no puede desprenderse se reseca *in situ*, invirtiendo los extremos hacia la fístula y uniéndolos con una sutura en bolsa: con los otros dos extremos se practica la enterorrafia lateral.

Aun cuando al practicar Roux por primera vez la laparotomía para curar una fístula éntero-vaginal grave, pudo parecer una temeridad, hoy es una operación perfectamente aceptable y de resultados positivos, pudiendo por este medio, con gran número de probabilidades, lograrse la curación de casos como el que dejo expuesto.

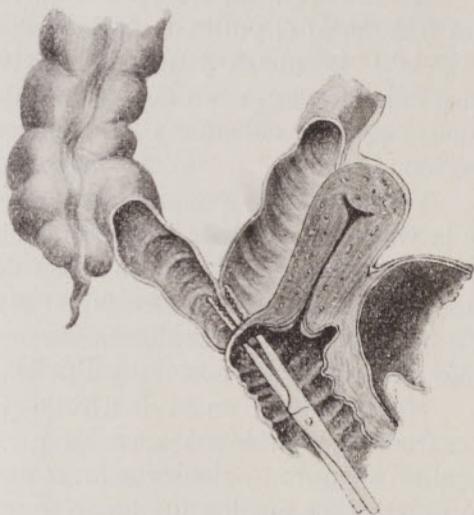


FIG. 249

Procedimiento de Weber para el ano vaginal preternatural.

ESTENOSIS Y ATRESIAS ADQUIRIDAS

Etiología y patogenia. — Por lo que hemos dicho al hablar de las fistulas genitales, se comprende que la misma causa que las origina podrá producir estrecheces y atresias vaginales. Realmente la causa más común y frecuente

(1) *Comptes-rendus du quatrième Congrès international de Gynecologie*, pág. 68. Amsterdam, 1900. GINECOLOGÍA — 2.^a edición — T. I. 53.

de las estrecheces vaginales, se encuentra en los partos laboriosos y en las infecciones genitales consecutivas.

El esfacelo de porciones de vagina más ó menos extensas, sin que llegue á interesar la vejiga ni el recto, al venir el trabajo de reparación deja en pos de sí retracciones y cicatrices sumamente variadas; la retracción del tejido cicatricial que se forma en las ulceraciones que siguen á los partos laboriosos con esfacelo, es causa de deformidades sumamente variadas por su sitio y extensión.

La intervención instrumental, ocasionando compresiones y desgarros, es con frecuencia el punto de partida de cicatrices viciosas: parece que la rotación forzada de la cabeza dentro de la pelvis es una de las maniobras más abonadas para dejar la vagina en condiciones de formarse cicatrices viciosas, porque produce desgarros oblicuos y denudaciones que difícilmente se reparan con perfección.

Varios autores han citado casos de desprendimiento y expulsión completa de la vagina, esfacelada á consecuencia de un parto laborioso; se comprende que cuando se eliminan extensas zonas de mucosa vaginal, al venir la reparación, será ésta forzosamente defectuosa por la falta de zonas epiteliales que epidermicen las superficies granulosas. Por eso son más frecuentes las estrecheces después de los partos laboriosos y difíciles que después de los partos instrumentales.

Mucho influye en su desarrollo el tratamiento consecutivo, pues existiendo con frecuencia infecciones locales que ocasionan pocos síntomas, el tratamiento local no siempre es el adecuado: si durante el período de reparación se pusieran en práctica los medios que luego se usan para obtener la curación de las estrecheces, muchos serían los casos en que se evitarían.

Otra causa de estrecheces, y aun de atresias vaginales, es la inflamación de la mucosa, que en cualquier época de la vida puede dar origen á semejantes procesos, pero particularmente en épocas avanzadas y hacia la menopausia. Veit cree que la mayor parte de veces es la vaginitis gonocócica la causante de la lesión: la clase de infección no es lo más importante; lo que sí interesa recordar es que, á consecuencia de una inflamación crónica de la mucosa, puede desarrollarse un proceso de retracción que puede llegar hasta la atresia. Las papilas de la mucosa, engrosadas y escoriadas, se ponen en contacto unas con otras, se adhieren formando repliegues, y éstos, cada vez más numerosos, llegan á producir una estrechez y á veces una atresia vaginal. Este proceso es distinto del que hemos descrito al hablar de la kraurosis de la vagina, pues en ésta se trata de un proceso atrófico profundo, parenquimatoso, por así decirlo, de la mucosa, en tanto que en aquélla se trata de un proceso superficial de simple adherencia. Como se trata de una afección crónica y tardía en su desarrollo, pasa su evolución muchas veces inadvertida, hasta que el ginecólogo encuentra la brida ó estrechez y aun atresia, cuyo origen es difícil precisar; no suele faltar en estos casos el precedente de una leucorrea sostenida.

También la vaginitis aguda puede ser origen de estrecheces y atresias, sobre todo la diftérica, y la que se presenta en los casos de disentería y especialmente en la escarlatina; como el proceso vaginal coincide á menudo con el período agudo de la dolencia, no llaman la atención los fenómenos del aparato genital y se fraguan inadvertidamente ulceraciones y esfacelos que conducen á deformidades acentuadas.