embridado con demasiada fuerza. Una vez terminado este trazado, se efectúa el avivamiento, excavando los tejidos al lado de la uretra; de este modo la herida resultante es bastante profunda. Luego se hace la sutura de la herida atrayendo la uretra hacia el clítoris; los puntos de sutura se convierten en oblicuos á medida que se acercan al orificio uretral y los últimos resultan directamente colocados de delante hacia atrás. PAWLIK elige para esta operación la posición genu-pectoral; se sirve de seda fenicada y expolvorea la sutura con yodoformo. Deja que transcurra una semana para practicar la segunda operación en el otro lado, es decir, cuando la enferma ya se ha repuesto de la primera intervención, y recomienda la evacuación frecuente de la vejiga durante el primer tiempo que sigue á la operación. Con este procedimiento ha obtenido numerosos éxitos.

Fístulas fecales

Con este título común abarcaré las fístulas **recto-vaginales** y las fístulas **éntero-vaginales.**

Fístulas recto-vaginales

Fístulas recto-vaginales Etiología

Etiología.—La causa más frecuente es el **parto**; sin embargo, la compresión no obra aquí, como en las fístulas urinarias, produciendo escaras. Las fístulas recto-vaginales suelen presentarse como una de las consecuencias más inmediatas del traumatismo, y por lo común subsiguen á un ancho desgarro del periné, que se ha cicatrizado por la parte inferior en el punto de mayor espesor de los tejidos, dejando subsistir al otro lado superior una perforación; en este punto, á causa de la delgadez del tabique recto-vaginal, los dos epitelios han logrado reunirse y orlan, por decirlo así, la solución de continuidad de un modo estable. Aunque más raramente, pueden también intervenir otras causas, como son: rasgadura producida por el fórceps ó el cefalotribo, gangrena del tabique por permanencia demasiado duradera de la cabeza, traumatismo directo por un **cuerpo extraño**, que ha sido introducido con violencia ó que permanece el tiempo suficiente para provocar una ulceración, ya obre este cuerpo desde la vagina, ya por el recto. Por último, **ulceraciones** de diversa naturaleza, abscesos de uno ú otro de los conductos en cuestión, pueden establecer entre éstos una comunicación anormal;

en algunos casos estas perforaciones tienen lugar por encima de los **puntos de estrechez del recto** (1). También quistes dermoides, quistes de embarazo extra-uterino, que hallándose en el fondo de saco de DOUGLAS han supurado, pueden determinar una comunicación entre la vagina y el recto, vaciándose simultáneamente en uno y otro de estos conductos. Sin embargo, antes de que haya tenido lugar la cicatrización de los bordes de estas comunicaciones fistulosas, no entran éstas á figurar en la clase de las fístulas propiamente dichas.

Anatomía patológica

Anatomía patológica.—Trataré únicamente de las fístulas que pueden ser llamadas cicatriciales, y dejaré de lado las comunicaciones anormales recientes ó verdaderas heridas frescas, como también las fístulas cancerosas, que solamente son un epifenómeno de un proceso patológico, y las fístulas purulentas en vías de evolución.

Con VERNEUIL, precisa establecer en estas fístulas una división por razón del sitio que ocupan; hay fístulas que deben llamarse **recto-vulvares**, porque se abren al borde de la vulva muy cerca de la horquilla; otras son **recto-vaginales inferiores**, por hallarse su orificio situado en la mitad inferior de la vagina; otras, en fin, más raras, son **recto-vaginales superiores**, pudiendo tener su asiento en las inmediaciones del hocico de tenca, en el fondo de saco posterior, siendo generalmente debidas á la antigua evacuación de una colección que ocupaba el fondo de saco de DOUGLAS.

Las dimensiones de estas fístulas se presentan muy varias, las recto-vulvares se reducen, por lo general, á un pequeño agujero; las de la porción inferior de la vagina suelen ser también muy estrechas. Unas veces el tabique se presenta tan adelgazado, que parecen como si hubiesen sido hechas con un saca-bocados, resultando francamente *ostiales* ó *labiformes;* otras veces, al contrario, son canaliculadas, ofrecen un trayecto oblicuo en el espesor de la pared, y su orificio vaginal está revestido, en ocasiones, de una especie de opérculo, formado por la columna posterior de la vagina, que se presenta más ó menos descantillada y rajada. Las fístulas que ocupan el fondo de saco vaginal posterior pueden presentar dimensiones muy grandes, siendo esto debido á que en algunos casos han sido determinadas por una ancha escara causada por la presión de un tumor, antes de vaciarse éste en los dos conductos inmediatos. Ví una fístula de esta clase, en la cual se podía introducir el pulgar; provenía de la evacuación de un quiste fetal.

(1) FÉVRIER. *Des Fistules dans le Rétrécissement du rectum.* Tesis de París, 1877.

Cuando la fístula posee cierto grado de trayecto, la mucosa vaginal parece hallarse atraída por ella y tapizar dicho trayecto.

Los bordes de estos orificios suelen ser duros, callosos y cortantes; el tejido cicatricial puede formar bridas que, tabicando la vagina, pueden juntar dichos orificios á otras fístulas vésico-vaginales, debidas al mismo parto laborioso.

Síntomas y diagnóstico

Síntomas y diagnóstico.—El signo patognomónico para el clínico y al propio tiempo el fenómeno que más abruma á las mujeres, es el libre **paso de gases y de materias fecales.** El paso de estas últimas no es absolutamente constante, faltando siempre que la fístula es estrecha ú oblicua y sólidas las materias fecales; en cambio hácese valer dicho síntoma, no bien se establece diarrea. Cuando este fenómeno es habitual, sobreviene muy intensa **vaginitis.** Con el dedo se puede apreciar un **orificio** algo marcado, que siempre se logrará descubrir con el espéculo secundado por un estilete y el tacto rectal. Para esta exploración la posición más cómoda es la de Sims. En caso necesario se propinará á la enferma un enema de leche, que irá á filtrarse por el agujero oculto detrás de un pliegue ó de una cicatriz.

Pronóstico

Pronóstico.—Por poco importantes que aparentemente puedan presentarse estas fístulas, no por esto dejan de constituir una afección muy rebelde, siendo esto debido á que la dificultad de la curación no guarda la menor relación con la extensión del mal.

Los casos más difíciles son aquellos en que existen múltiples cicatrices en la vagina.

Se habla de casos de curación espontánea, pero es seguro que en los tales se ha cometido error en la denominación; estas pretendidas *fístulas* sólo deben haber sido heridas granulosas. Una perforación, cuyos bordes se han cicatrizado, no puede curar por sólo los esfuerzos de la naturaleza, ó, para hablar con más propiedad, representa ya en sí misma un modo defectuoso, pero definitivo de curación espontánea.

Tratamiento

Tratamiento.—A primera vista, parece que la sutura directa de la fístula por la vagina debería ser la operación más sencilla en estos casos, y, sin embargo, no es así. En efecto, por este medio únicamente se logra obtener una superficie cruenta de mediana extensión, que asegura mucho menos el éxito de lo que lo hace el método *indirecto,* el cual consiste en coger la perforación en el interior de un ancho avivamiento que interese el periné. En la gran mayoría de los casos cabe decir, que la operación de la fístula recto-vaginal debe consistir en una colpo-perineorrafía ligeramente modi-

ficada, y que la vía perineal constituye el método de elección, mientras que la vía vaginal no es más que la excepción.

Operación por el periné

Operación por el periné.—Los antiguos cirujanos se limitaban simplemente á practicar la incisión vertical del periné hasta la fístula, confiando á la naturaleza el cuidado de la cicatrización, reservándose el regularizarla más tarde, si el caso lo requería, mediante una operación complementaria (1). Más adelante, esta sección pasó á constituir el primer tiempo de una perineorrafia inmediata: con esto no se hacía más que transformar la fístula recto-vaginal en una dislaceración perineal completa, tratando luego esta última como á tal. Ejemplos sueltos de este procedimiento son los de Ricord (2), Demarquay (3) y Baker-Brown (4); Richet (5) fué el primero que lo erigió en método en Francia, y Simon (6) en Alemania. Desde entonces esta práctica ha tenido numerosos defensores (7). Recientemente, la vulgarización del procedimiento de desdoble, con el cual va unido el nombre de Lawson-Tait, ha hecho que se extendiera todavía más el campo de la perineorrafia; en efecto, este procedimiento reune la gran ventaja de proporcionar con poca pérdida una gran superficie para la coaptación, permitiendo además la movilización del recto; esta última destruye el paralelismo entre el orificio rectal y el orificio vaginal de la fístula, los cuales entonces se hacen deslizar uno sobre otro por una especie de juego semejante al de un cajón de mesa.

Antes de vulgarizarse este procedimiento de perineorrafia, se había puesto en práctica toda la serie de los que más adelante describiré al tratar de los Desgarros del periné. De este modo es como Schauta (8) se sirvió del avivamiento triangular de Hegar, teniendo cuidado de inscribir dentro de él la fístula y de reunir sus bordes por suturas perdidas hechas con catgut. Chrobak (9) obtuvo

(1) Saucerotte. *Mélanges de Chir.*, París, 1801, p. 530.

(2) Véase L.-M. Michon. *Des Opérations que nécessitent les Fistules vaginales.* Tesis de concurso, 1841, p. 224.

(3) Demarquay. *Ann. de Gyn.*, 1875, t. III, p. 851.

(4) Baker-Brown. *Lancet,* 26 marzo 1864, t. I, p. 347.

(5) Richet. *Ann. de Gyn.,* 1876, t. V, p. 401.—Las ideas de Richet habían sido ya desarrolladas en 1877 por uno de sus discípulos, L. Serres. *Des Fistules recto-vaginales considérées au point de vue du traitement,* Tesis de París, 1867.— La primera operación de Richet se remonta al año 1859.

(6) G. Simon. *Operationen der Urinfisteln des Weibes (Prag. Vierteljahrschr. f. prakt. Heilk.,* 1867, Bd. XCIV, p. 61).

(7) F. Rizzoli. Bull. des Sciences méd. de Bologne, 1867, t. IV, p. 226.—Labbé, Le Dentu. *Bull. et Mém. Soc. Chir.,* 1882, p. 350 y 352.—Ch. Monod. *Ann. des Mal. des org. génito-urin.,* 1882, p. 46 y 132.

(8) Schauta. *Ueber die Operation von Mastdarmfisteln (Verhandl. der deutsch. Gesellsch. f. Gyn. zu Muenchen,* 1886, p. 282).

(9) R. Chrobak. *Ueber Mastdarmscheidenfisteln (Wien. med. Blœtter,* 1887, p. 841 y 877).

también éxitos con este procedimiento. Sin embargo, es preciso reconocer que el procedimiento actual de elección es el de LAWSON-TAIT, aplicable á casi todos los casos.

Partiendo del sitio más ó menos elevado que ocupan las fístulas recto-vaginales unas veces, y otras apoyándose en el grado de conservación más ó menos completa del periné, se ha pretendido formular las indicaciones operatorias. Es innegable que estas indicaciones tienen su parte de utilidad, y su principal valor consiste en que por ellas

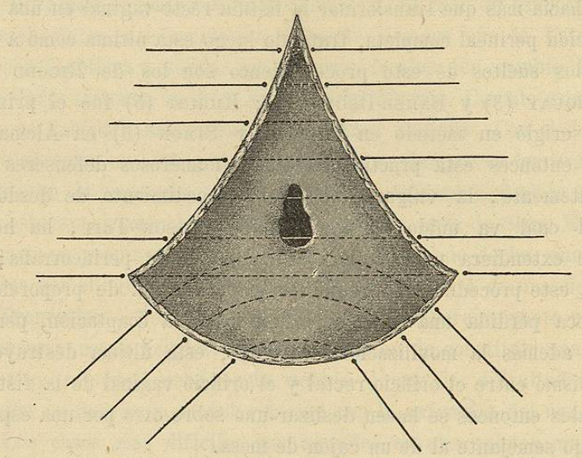

FIG. 103.—Procedimiento de colpo-perineorrafia de HEGAR, aplicado á la cura de la fístula recto-vaginal

se puede apreciar la extensión del desdoble que se ha de efectuar. También sirven para determinar si cabe ó no hacer antes la sección vertical de un delgado puente cutáneo, con objeto de separar la fístula del periné, ó si se debe hacer la sección de un periné laxo y desprovisto de sustancia muscular, aun cuando ofrezca cierto espesor. Partiendo de esta consideración preliminar, hay que establecer dos variedades en el procedimiento operatorio de la perineorrafia.

A. Si el periné es muy delgado ó parece sencillamente que *no contiene tejido suficiente* para ser respetado, no se vacilará en **seccionarlo hasta la fístula**, y se practicará inmediatamente la perineorrafia según la práctica seguida por LAWSON-TAIT en los **desgarros completos**, que más adelante se describirá.

Creo que en este caso conviene imitar á SÆNGER (1), y que

(1) M. SÆNGER. *The operative treatment of recto-vaginal Fistula (Buffalo med. and surg. Journ.*, junio 1891).

cuando la hendidura alcanza muy alto (fig. 105 y 106) se debe suturar aisladamente el recto con puntos hechos con seda, haciéndolos pasar según el modo llamado de LAUENSTEIN (1), que este cirujano ha tomado del procedimiento seguido por LEMBERT en la coaptación de las membranas serosas, según más adelante veremos.

Debo hacer notar, sin embargo, que únicamente creo útil esta sutura aislada del recto en los casos en que se ha seccionado muy alto el tabique recto-vaginal; en los demás casos con hendidura

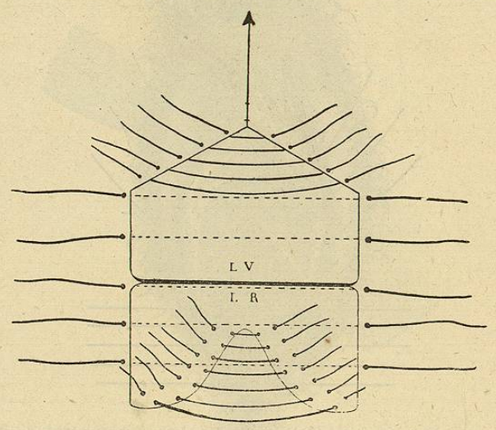

FIG. 104.—Suturas del recto, de la vagina y del periné después de la sección vertical del periné y de su desdoble (Esquema)
L. R. Colgajo rectal con sutura de LAUENSTEIN.—L. V. Colgajo vaginal

poco elevada del recto, considero que es suficiente su movilización por desdoble; de este modo se podrá atraer siempre el recto á la profundidad necesaria para no tener que practicar una sutura particular del intestino.

B. Si el periné se presenta todavía muy resistente y la fístula está situada en la parte superior del esfínter, habiendo permanecido éste casi intacto, comenzar la operación por la sección del periné ofrecería más inconvenientes que ventajas. Entonces se seguirá para el desdoble el procedimiento que observa LAWSON-TAIT en los casos de **desgarros incompletos** (véase más adelante) principiando por desdoblar el periné y después el tabique recto-vaginal hasta la parte superior de la fístula. Antes de suturar el periné, es conveniente que se cierre el orificio rectal, haciendo pasar por el lado de la herida una serie de suturas según el método de LEMBERT-

(1) LAUENSTEIN. *Centralbl. f. Gyn.*, 1886, p. 49.

LAUENSTEIN (fig. 107). Además por el lado de la vagina se suturará el orificio vaginal; para todas estas suturas nos serviremos de seda fina. Son muy numerosos los éxitos que SÆNGER (1) ha obtenido con este procedimiento.

Finalmente, ocurren casos realmente excepcionales en que el orificio fistular se halla emplazado muy alto, en las inmediaciones

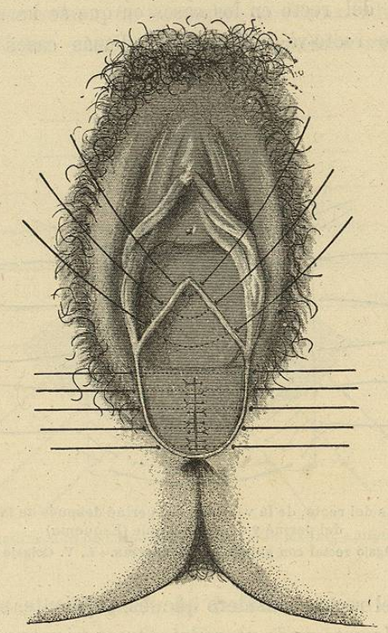

FIG. 105.—Suturas después de la sección vertical del periné y de su desdoble
El colgajo rectal está suturado. Los hilos vaginales y perineales no están todavía anudados (SÆNGER)

del fondo de saco posterior de la vagina. Siguiendo el ejemplo de SÆNGER, se podrá practicar el desdoble ancho y profundo del periné, mediante una incisión bi-isquiática, que sin vacilar deberá continuarse hasta llegar á la parte superior de la fístula, atravesando el elevador del ano; con esta incisión se ha de producir una herida que sea bastante profunda para dar cabida á los dos puños. Esta operación es la que se ha descrito antes (pág. 126 y 127) con el nombre de **perineotomía transversal.** Creo preferible la sutura de la fístula por el lado de la vagina inmediatamente después de haberla avivado; bastará entonces constreñir un poco la extensión de la

(1) SÆNGER. *Loc. cit.*

herida perineal, procurando, sin embargo, que quede entreabierta en su parte media, que se rellenará de gasa yodofórmica. Tal es la práctica que SÆNGER ha observado y á la cual es deudor de un magnífico éxito en un caso de fístula que se hallaba situada á una altura excepcional.

Con este procedimiento guarda cierta analogía el que describió primero ALPH. GUÉRIN (1), y después QUÉNU (2) y FÉLIZET (3). QUÉNU, á imitación de GUÉRIN, junta al desdoble la sutura aislada

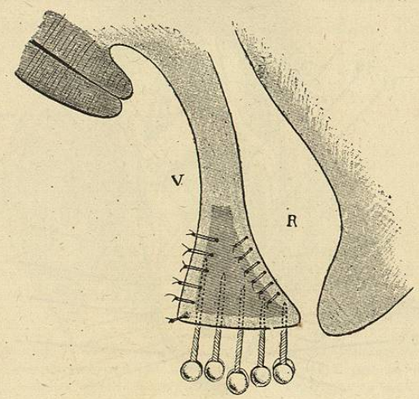

FIG. 106.—Suturas después de la sección vertical del periné y de su desdoble.
Disposición de las suturas terminada la operación

del recto y de la vagina; además, realiza el relajamiento del esfínter anal, incindiendo este músculo por detrás y reuniendo la mucosa por encima de él. FÉLIZET no sutura el orificio vaginal, pero desbrida el rectal hasta el ano, incindiendo de alto abajo toda la hojilla posterior del desdoble; esta última maniobra no me parece ofrecer ventaja alguna.

Operación por la vagina

Operación por la vagina.—En las pequeñas fístulas no complicadas con cicatrices, que impidan la extensión de la vagina, ésta es la operación que puede ensayarse, siempre que el periné se halle casi intacto y la fístula esté muy alta, pues en este caso habría necesidad de producir un gran destrozo, si se quisiese atacarla por la vía perineal; sin embargo, como ya he hecho observar antes, las probabilidades de éxito son así mucho menores. La operación por la vagina es siempre preferible á la operación por el recto. En

(1) A. GUÉRIN. *Élém. de Chir. operat.*, 5.ª edic. París, 1874, p. 677.
(2) QUÉNU. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1890, t. XVI, p. 595.
(3) FÉLIZET. *Ibid.*, p. 701. (Relación de P. SEGOND).

efecto, la vulva se presta más á la dilatación que el ano, detrás del cual se tiene que luchar con el obstáculo que opone el coxis; la mucosa vaginal es más firme, se presta más al avivamiento y da menos sangre; en fin y sobre todo la sutura se halla menos expuesta á la infección.

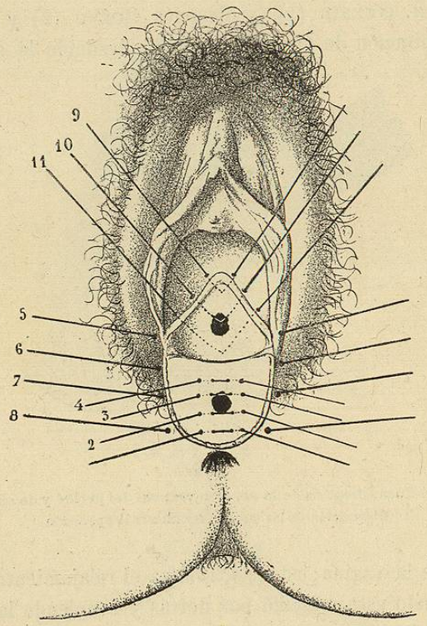

Fig. 107.—Suturas de la vagina, del recto y del periné después de haber desdoblado sencillamente el periné, sin previa sección vertical

1. 2. 3. 4. Suturas perdidas de Lauenstein (seda) cerrando el orificio rectal.—5. 6. 7. 8. Hilos profundos (plata) para la coaptación perineal.—9. 10. 11. Hilos vaginales (plata), cuya asa pasa por delante del orificio vaginal, que están destinados á obturar (Sænger).

Avivamiento con pérdida de sustancia

Procedimiento de avivamiento simple con pérdida de sustancia.—Puesta la enferma en la posición dorso-sacra, con una valva plana aplicada á la parte superior y con retractores laterales, se procede á distender la vagina. Las inmediaciones de la fístula se fijan por medio de pinzas saca-balas. Se puede disponer que un ayudante por medio del dedo mantenga alto el tabique recto-vaginal, ó bien bastará también sostenerlo por un taponamiento de gasa yodofórmica. Es preferible que el cirujano no introduzca los dedos en el intestino para no ensuciarlos, lo que siempre es inevitable, por más cuidado

que se haya puesto, por otra parte, en desinfectarlo perfectamente por medio de irrigaciones bóricas.

Se hace el avivamiento muy profundo, disecando el revestimiento del trayecto, si lo hay, hasta el nivel del recto (fig. 108). Se aplican suturas que ahonden hasta la mucosa rectal (fig. 109), haciéndolas caminar por debajo de toda la extensión de la herida, que presenta la forma de un embudo. Luego se disponen las suturas superficiales, que únicamente deben coger la mucosa y alternar con las anteriores. Sólo después de haber anudado estas últimas se procede á hacer otro tanto con las profundas. Es mejor emplear

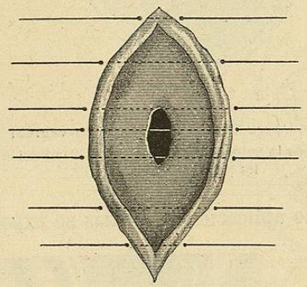

Fig. 108.—Operación de la fístula recto-vaginal. Avivamiento con pérdida de sustancia por la vagina. Suturas profundas.

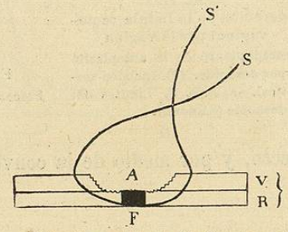

Fig. 109.—Operación de la fístula recto-vaginal por el avivamiento vaginal. Trayecto de las suturas profundas.

el hilo de plata, porque es más fácil mantenerlo aséptico. Para hacer inofensivas las extremidades de estos hilos, se aplastará sobre ellas un tubo de Galli, que deberá cortarse á nivel de las mismas. Debe tenerse sumo cuidado en disponer la línea de sutura en el sentido en que haya menos tirantez; en las grandes perforaciones suele ser el transversal. Si la perforación fuese muy ancha y muy inmediata al cuello, deberá seguirse el ejemplo de Simon y avivar el labio anterior para unirlo al borde inferior de la fístula; en tales casos las reglas van á vaciarse en el recto.

Autoplastia por desdoble

Autoplastia por desdoble.—Este método de avivamiento, usado al principio por cirujanos franceses en el tratamiento de la fístula vésico-vaginal, recientemente adoptado de nuevo en Alemania, y cuya descripción según Walcher he dado en lugar anterior (págs. 402 y 403), ha sido también aplicado á las fístulas recto-vaginales. Sænger le debe un brillante éxito. Su técnica se asemeja á la de Walcher, pero practica además una sutura protectora por el lado del recto. He aquí como dicho autor describe su procedimiento (1).

(1) Sænger. *Loc. cit.*