Como primer tiempo se introduce el índice izquierdo en el

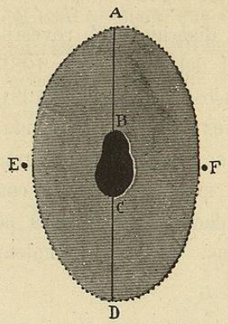

Fig. 110
Operación de la fístula recto-vaginal por la vagina
Procedimiento de la autoplastia por desdoble. AD. Incisión vertical.—A. E. B. F. Límites del desdoble (Sænger).

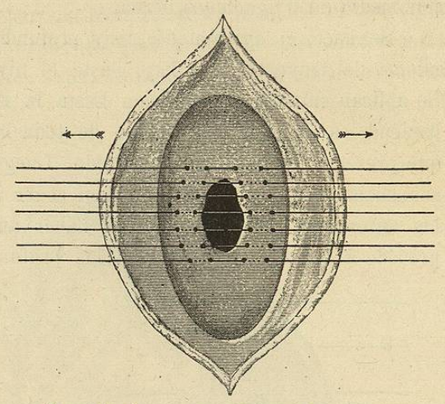

Fig. 111.—Operación de la fístula recto-vaginal
Procedimiento de la autoplastia por desdoble. Conducción de los hilos profundos

recto, y por medio de la conveniente aplicación de pinzas se expone

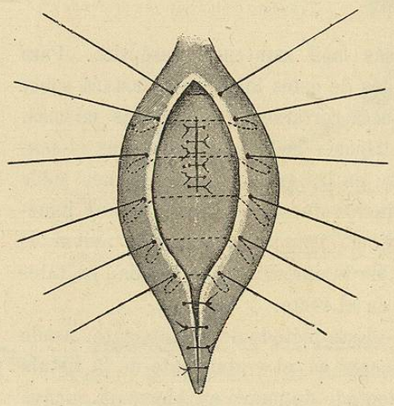

Fig. 112.—Operación de la fístula recto-vaginal. Autoplastia por desdoble
Suturas anudadas al nivel del orificio rectal. Suturas profundas del orificio vaginal, todavía no anudadas (Sænger).

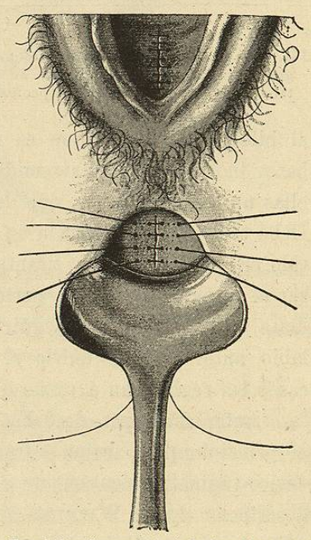

Fig. 113.—Operación de la fístula recto-vaginal. Autoplastia por desdoble
Las suturas vaginales están colocadas. Introducción de las suturas protectoras al nivel del recto (Sænger).

bien á la vista el campo operatorio. Se practica luego en la línea

mediana una incisión vertical, que llegando exclusivamente hasta el recto, se extiende cosa de 1 centímetro y medio más allá del extremo superior é inferior de la fístula (fig. 110). Alrededor de ésta se opera el desprendimiento de los colgajos vaginales. Verificada la retracción de los bordes de estos colgajos, queda la fístula emplazada en medio de una superficie denudada, que afecta la forma elíptica.

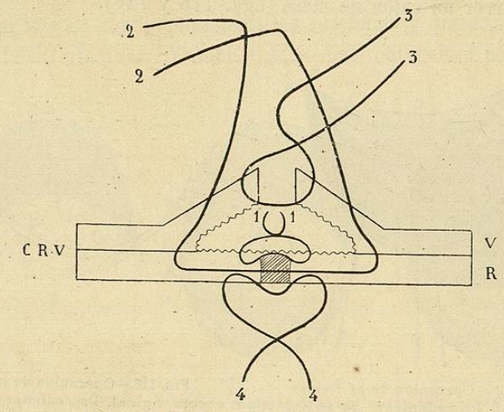

Fig. 114.—Operación de la fístula recto-vaginal. (Esquema para demostrar la disposición que guardan las suturas)
1. 1. Suturas perdidas de la superficie rectal de la fístula.—2. 2. Suturas vaginales profundas.—3. 3. Suturas vaginales superficiales.—4. 4 Suturas protectoras del lado del recto (Sænger)

Para el cierre de la perforación rectal se aplican unas seis á ocho suturas perdidas con seda fina, según el procedimiento de Lauenstein (fig. 107). Después se verifica la sutura de los colgajos vaginales, por encima de la fístula, mediante puntos profundos de sutura (fig. 112) hechos con crin de Florencia y por otros superficiales hechos con seda (fig. 114). En último lugar Sænger dispone una serie de suturas protectoras del recto, con objeto de evitar que las materias fecales vayan á insinuarse entre las superficies de coaptación. Para practicarlas hace tomar á la mujer la posición de Trendelenburg y dilata antes el recto. Puesta de este modo la fístula al descubierto, sin necesidad de ningún nuevo avivamiento, se la sutura con puntos de seda fina (figs. 113 y 114). La enferma de Sænger se hallaba perfectamente curada al cabo de diez y seis días (1).

(1) Sænger *(Loc. cit.)* hace especial insistencia sobre el modo de sutura de la fístula (sutura de Lauenstein) por debajo de los colgajos. Para que resulte una buena coapta-

Autoplastia por deslizamiento

Autoplastia por deslizamiento.—Este procedimiento, cuya primera idea sería fácil de descubrir entre los antiguos cirujanos, ha sido empleado con éxito por Fritsch (1) y por Le Dentu (2) en el tratamiento de las pequeñas fístulas situadas en la parte alta de la vagina. Representa un verdadero procedimiento autoplástico y consiste en preparar un colgajo vaginal por encima de la fístula, y en hacerlo luego deslizar por delante de la misma, de la manera como se hace correr un cajón de mesa (figs. 115 y 116).

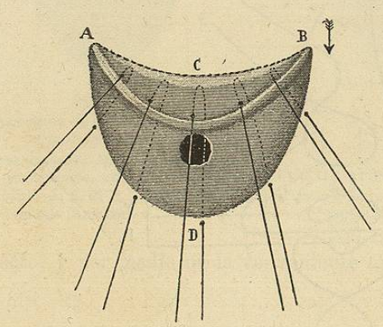

Fig. 115.—Operación de la fístula recto-vaginal. Procedimiento de autoplastia por colgajo
Disposición de los colgajos y de las suturas (Fritsch)

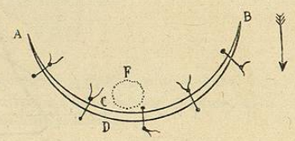

Fig. 116.—Operación de la fístula recto-vaginal. Procedimiento de autoplastia por colgajo
Los hilos están anudados (Fritsch)

Primero se hace una incisión curva A B á lo largo del borde superior de la fístula F. Por debajo de esta incisión se desprende la mucosa en una extensión reducida, que alcanza hasta C. En ADB se practica una nueva incisión curva más profunda y no muy separada de la fístula, y en caso necesario se escinde entre las dos incisiones un reducido colgajo en forma de media luna, formado por los tejidos cicatriciales indurados. Después se corre hacia abajo el colgajo superior y se le sutura al borde inferior de la herida, haciendo que los hilos caminen por debajo de la superficie cruenta. Por este procedimiento Fritsch ha alcanzado cuatro éxitos, mientras que Sænger tuvo un fracaso.

Le Dentu ha empleado con eficacia un procedimiento, en principio idéntico á éste, pero que difiere en algunos detalles de ejecución no teme multiplicar los puntos de sutura. A causa de la reabsorción demasiado rápida del catgut, prefiere á este hilo la seda de China, previamente hervida en una solución de ácido fénico al 5 por 100 y conservada en otra de sublimado al 1 por 500.

(1) Fritsch. *Centralb. f. Gyn.*, 1888, p. 804.

(2) Le Dentu. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1890, t. XVI, p. 590 y siguientes.

ción. Hé aquí la descripción (1) que dicho autor da de esta *autoplastia por deslizamiento con superposición de colgajos y disposición valvular*.

«1.° Introducción en el recto del índice de la mano izquierda protegida por un guante de cauchú. Gracias á esta precaución se puede hacer uso de este mismo dedo durante la operación, sin temor de infectar la herida. Con esta maniobra se repele hacia la vagina el tabique recto-vaginal y se le distiende de manera que se presente en buenas condiciones para las secciones y disecciones que en él se deban practicar. También se podría obtener el mismo resultado por otros medios, por ejemplo, con el dedo de un ayudante; ó también, con una pequeña vejiga de Petersen moderadamente dilatada se produciría el mismo efecto, con la única diferencia, empero, que adoptando la primera práctica el cirujano adquiere por medio del dedo una idea más exacta del espesor del tabique y de la marcha de sus disecciones. Por esta razón el empleo del guante de cauchú es ciertamente preferible á todos los otros medios.

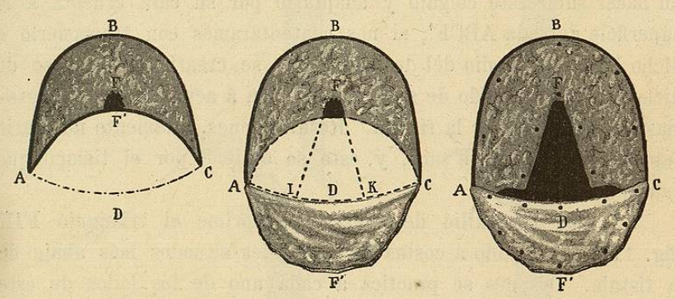

Fig. 117.—Operación de la fístula recto-vaginal por autoplastia y deslizamiento
Disposición del colgajo y del avivamiento (Le Dentu)

2.° Con un bisturí de punta fina se traza la incisión curva ABC (fig. 117), que ha de pasar á una distancia de más de 1 centímetro por encima de la fístula; después sigue otra incisión también curva AF'C, la cual por su parte deberá pasar junto al borde inferior de la misma. Luego se aviva la mucosa vaginal en toda la extensión que queda circunscrita en forma de media luna por dichas incisiones ABC y AF'C.

3.° Disección de la mucosa vaginal de arriba abajo, partiendo de la incisión AF'C y alcanzando hasta una línea representada por

(1) Le Dentu. *Loc. cit.* p. 590.

los puntos ADC (fig. 117, *a*). El punto D de esta línea curva que representa la base del colgajo disecado, debe hallarse á la distancia de 1 buen centímetro por debajo de la fístula, de manera que la distancia F'D venga á resultar igual á la distancia BF ó todo lo más un poco menor que la misma.

4.° Invertido en dirección del ano el colgajo AF'CD (figura 117, *b*), se presenta á la vista del cirujano una gran superficie avivada, que por un lado está formada por el avivamiento ABCF', obtenido á costas de la mucosa vaginal, y por otro lado por la disección del colgajo AF'CD. Lo esencial de la operación consiste en hacer subir este colgajo y adaptarlo por su cara cruenta á la superficie avivada ABCF'; si nos contentáramos con trasponerlo á dicho lugar por medio del deslizamiento, se crearía en la base de dicho colgajo un fondo de saco, donde irían á acumularse las materias que pasarían por la fístula. Resulta, pues, altamente necesario suprimir este fondo de saco, y esto se obtiene por el tiempo que vamos á describir.

5.° Con el auxilio de tijeras se suprime el triángulo FIK (fig. 117, *b*), cortado á costas de los tejidos situados más abajo de la fístula. Después se practica á cada uno de los lados de este triángulo el desbridamiento del colgajo superior en la mitad de las líneas AI y KC (fig. 117, *c*). De esta manera queda el recto anchamente abierto por debajo de la fístula y desaparece el fondo de saco que, en caso contrario, quedaría entre dicha fístula y la base D del colgajo ADCF'.

Sólo falta colocar las suturas. Este tiempo exige un cuidado especial. Es necesario disponer de una decena de hilos de plata ó de seda que sean bastante finos, enhebrados por ambas extremidades en agujas también finas y de corvadura mediana. Según sea la extensión de la fístula, deberán colocarse de 5 á 8 de estos hilos, y en número mayor si sus dimensiones son muy grandes. La manera de disponer estos hilos es como sigue:

6.° Con una aguja que conduce uno de los cabos de un hilo, se penetra en el punto B del colgajo superior, que se ha cortado á expensas de la mucosa vaginal, y se sale en F después de haber hecho caminar el hilo por el espesor de dicho colgajo, procurando en cuanto se pueda no penetrar en el recto. Después se atraviesan los puntos D (base) y F' (vértice) del colgajo inferior con cada una de las agujas enhebradas á los dos cabos del hilo (fig. 118, 1).

Tirando de las dos extremidades del hilo y repeliendo hacia

atrás el colgajo inferior, se logra adaptar la cara posterior cruenta de este último á la cara anterior igualmente cruenta del colgajo superior. Para mantener fija esta adaptación, basta que se fijen las dos extremidades del hilo por medio de dos tubos de Galli, de los

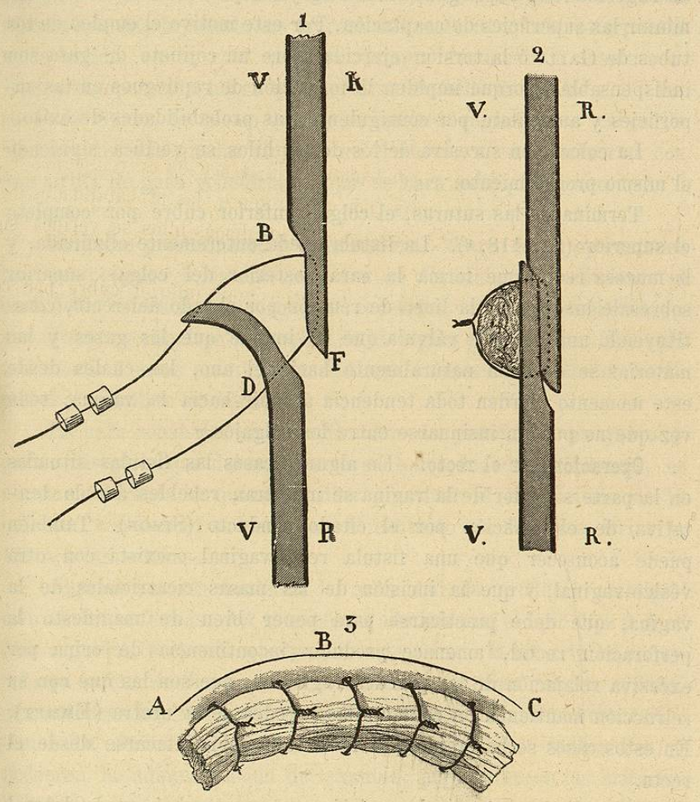

Fig. 118.—Operación de la fístula recto-vaginal por autoplastia y deslizamiento. Disposición de las suturas (Le Dentu)

cuales se aplasta el que es más superficial, pero procurando no dejar el hilo demasiado apretado, porque de lo contrario, con la tumefacción que se insinúa en los colgajos, se perderían los tubos de Galli en el espesor del tejido y podrían ser causa de ulceración y hasta de perforación.

También se podrían asegurar los hilos retorciéndolos encima de un cojinete de gasa yodofórmica, interpuesto entre sus extremida-

des libres y aplicado contra la cara anterior del colgajo inferior (fig. 118, 2). De todos modos hay que desechar enteramente la torsión directa de los hilos por encima del colgajo sin interposición de gasa yodofórmica, pues de este modo se evitará toda formación de rugosidades y repliegues en el colgajo, cuyo resultado sería disminuir las superficies de coaptación. Por este motivo el empleo de los tubos de Galli ó la torsión ejercida sobre un cojinete de gasa son indispensables, porque impiden la formación de repliegues en las superficies y aumentan, por consiguiente, las probabilidades de éxito.

La colocación sucesiva de los demás hilos se verifica siguiendo el mismo procedimiento.

Terminadas las suturas, el colgajo inferior cubre por completo el superior (fig. 118, 3). La fístula queda enteramente eliminada, y la mucosa rectal que forma la cara posterior del colgajo superior sobresale un poco dc la línea de reunión por el lado del recto, constituyendo una pequeña válvula que no impide que los gases y las materias se deslicen naturalmente hacia el ano, las cuales desde este momento pierden toda tendencia á subir hacia la vagina, toda vez que no pueden insinuarse entre los colgajos.»

Operación por el recto

Operación por el recto.—En algunos casos las fístulas situadas en la parte superior de la vagina se muestran rebeldes á toda tentativa de obliteración por el citado conducto (Simon). También puede acontecer que una fístula recto-vaginal coexista con otra vésico-vaginal, y que la incisión de las masas cicatriciales de la vagina, que debe practicarse para poner bien de manifiesto la perforación rectal, amenace producir incontinencia de orina por excesiva relajación de las paredes vaginales, que son las que con su retracción mantienen en contacto las paredes de la uretra (Emmet). En estos casos se ha creído que la fístula debía atacarse desde el recto.

Colocada la mujer en la posición genu-pectoral ó en la lateral de Sims, se hace primero la dilatación del esfínter anal para vencer la resistencia, después se distiende con valvas cortas y con retractores la cavidad rectal, y se atraen é inmovilizan por último las partes circundantes de la fístula con pinzas y ganchos. Es de suma utilidad que la operación se verifique bajo irrigación continua, á fin de mantener el campo operatorio limpio de sangre, la cual puede fluir en abundancia á medida que avanza el avivamiento. La introducción del dedo en la vagina facilitará mucho la operación. Estos casos requieren una sutura algo modificada: siguiendo los preceptos

de Simon, se hunde la aguja en el circuito inmediato á la herida del recto y se procura empujarla de tal modo hacia la vagina, que venga á salir en este canal 1/2 centímetro poco más ó menos de los bordes de la perforación. En ocasiones, podrá ser más fácil el procedimiento inverso, colocando los hilos desde la vagina. Se procurará evitar que la membrana mucosa del recto no quede interpuesta en la herida, en la cual muestra siempre tendencia á insinuarse. Para esta operación habrá que servirse de hilo de plata y de los tubos de Galli, lo mismo que en la sutura vaginal; los cabos de los hilos deberán quedar alojados en el recto, y se envolverán con una tirilla de gasa yodofórmica, que se hará salir por el ano.

Cuidados preliminares y consecutivos

Cuidados preliminares y consecutivos.—Para estas operaciones hay que preparar á las enfermas con un tratamiento preliminar, el cual debe consistir en purgantes repetidos, enemas, semi-dieta y por último escrupulosa antisepsis de la vagina y del recto. No será mal añadir á estas prácticas la antisepsis intestinal, administrando naftol y salicilato de bismuto.

La cura consistirá en la aplicación de yodoformo en polvo y gasa antiséptica que deberá renovarse todos los días. Además, es necesario durante los primeros días practicar el cateterismo de la enferma, con lo cual se evita que el contacto de la orina irrite la vulva y las suturas.

Algunos autores sostienen la necesidad de producir constipación en las enfermas, y á este efecto administran el opio diez ó doce días seguidos, creyendo que pasado este tiempo la cicatriz ha adquirido ya suficiente firmeza para resistir las materias fecales sólidas, que entonces hay necesidad de expeler. Otros cirujanos, al contrario, temen los efectos de una evacuación retenida durante tantos días, y prefieren la administración de laxantes; pero entonces las materias líquidas se insinúan en las suturas y acarrean su infección. Hegar recomienda la conducta siguiente, que considero muy apropiada: antes de la operación se propina una fuerte purga á la enferma, y después de la operación sólo se le permite tomar leche y potaje durante los tres primeros días; al cuarto día por la noche se le administra una pequeña dosis de calomelanos y al día siguiente por la mañana un vaso de agua mineral purgante, y, cuando haya hecho dos deposiciones, con un poco de opio se combaten las ulteriores evacuaciones. De esta manera se provoca esta necesidad cada cuarenta y ocho horas.

Si las suturas metálicas no lesionan los tejidos, podrán dejarse estacionadas durante quince días; para retirarlas hay que hacerlo siempre por el lado por el cual se han retorcido y afirmado. Si las suturas son de seda, no pueden dejarse más de ocho días, porque pasado este tiempo se infectan y provocan necesariamente inflamación.

Fístulas éntero-vaginales (1)

Definición

Desígnanse con este nombre las comunicaciones que pueden establecerse entre la vagina y los intestinos (exceptuando el recto).

Según el grado de extensión que alcanzan y según la cantidad de materias á que dan paso, podrían llamarse estas fístulas *ano vaginal contra naturaleza* ó *fístula estércoro-vaginal*.

Mac-Keever (2) publicó una de las primeras observaciones de esta clase. Se conocen otras debidas á Roux (3), Casamayor (4), Ashwell, Breitzmann, Simon, Demarquay (5), etc. En una monografía hecha con suma escrupulosidad, L.-H. Petit (6) ha reunido todos los casos esparcidos en la ciencia.

Etiología

Etiología.—En la mayoría de los casos esta lesión reconoce como origen la ruptura del fondo de saco posterior de la vagina durante el **parto**. Por el lugar de la perforación se desliza un asa intestinal, y adhiriéndose en dicho punto se mortifica de un modo más ó menos completo, ya por un trabajo rápido de estrangulación, ya por un proceso lento de ulceración. Igual efecto pueden determinar los **traumatismos directos**, que por lo demás sólo se presentan muy raras veces; otro tanto debo decir de las heridas ocasionadas con instrumentos quirúrgicos en el curso de ciertas operaciones, durante la histerectomía vaginal, por ejemplo; figura, por último, como causa excepcional, la **supuración** de quistes dermoides ó de embarazos extra-uterinos, que se han abierto simultáneamente en la vagina y en los intestinos. Las perforaciones cancerosas, por su

(1) Sólo debo mencionar las llamadas *fístulas éntero-uterinas*, lesiones excesivamente raras y de sintomatología todavía no bien precisada. Para su estudio, el lector puede consultar la Memoria de L.-H. Petit. *Anus contre nature iléo-vaginal et Fistules intestino-utérines* (*Ann. de Gyn.*, 1882, t. XVIII, p. 401; *Ibid.*, 1883, t. XIX, p. 353, y t. XX, p. 221).

(2) Mac-Keever. *Practical remarks on Laceration of the uterus and vagina, with cases*, Londres, 1824, p. 41 á 58.

(3) Roux. *Bull. de l'Acad. de Méd*, 10 abril 1828.—*La Clinique des Hôp.*, 1828, n.° 23, p. 129.

(4) J.-A.-L. Casamayor. *Journ. hebd. de Méd. de Paris*, 1829, t. IV, p. 170.

(5) Demarquay. *Gaz. méd. de Paris*, 1867, p. 341.

(6) L.-H. Petit. *Loc. cit.*

parte, no pueden entrar en el cuadro de las lesiones permanentes que nos ocupan en esta materia.

Anatomía patológica

Anatomía patológica.—El fondo de saco posterior de la vagina constituye casi exclusivamente el sitio de la abertura anormal. Breitzmann (1) y Dahlmann (2) han visto casos en que la fístula se abría en el fondo de saco anterior. La porción del intestino que con más frecuencia se presenta afectada está representada por la última parte del ileón; también se han observado fístulas de la S ilíaca.

Si la eliminación abraza toda un asa intestinal, el orificio resulta muy ancho; en algunos casos se presenta doble y separado por un espolón, bien que esto suele tener lugar raras veces. En otros casos sólo se trata de un simple agujero. En las inmediaciones de la fístula existen á veces bridas cicatriciales que estrechan la vagina. El cuello uterino se halla alterado por la metritis provocada por la infección constante de la vagina, la cual por su lado está también inflamada.

El extremo inferior del intestino muestra gran tendencia á atrofiarse y á obliterarse; en el caso de Casamayor se había transformado en una brida sólida. En ocasiones coexisten fístulas vésico-vaginales.

Si una fístula se establece por el intermedio de una cavidad quística, puede llevar el nombre de **íleo-quisto-vaginal** (Petit).

Síntomas

Síntomas.—Cuando la comunicación es muy ancha, la mayor parte de las **materias fecales** y á veces su totalidad pueden vaciarse en la vagina; es decir, en tales casos existe un verdadero **ano vaginal**. Las materias aparecen unas dos horas después de la comida y tienen el aspecto de alimentos incompletamente digeridos, mezclados con bilis y con consistencia de gachas. La naturaleza de los excrementos y el momento de su aparición constituyen dos signos preciosos para determinar exactamente el punto donde radica la perforación. Puede sentírsela algunas veces por medio del tacto, y se la descubre fácilmente, distendiendo las paredes vaginales con valvas y separadores, haciendo tomar á la enferma diferentes posiciones sucesivas.

Cuando la perforación es pequeña, son necesarias á veces repetidas exploraciones para descubrirla.

A menudo hay suspensión de las **reglas**, proviniendo esto princi-

(1) Breitzmann. *Med. Zeit. preuss. Vereins*, 26 junio 1844, p. 122.

(2) Dahlmann. *Arch. f. Gyn.*, 1880, Bd. XV, p. 122.