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.

palmente del estado de debilidad de las pacientes, agotadas por la inanición que produce la incompleta absorción de los alimentos. Sin embargo, una enferma de Mac-Keever se hizo embarazada.

Cuando la fístula es muy pequeña, puede acontecer que llegue á curar espontáneamente, gracias á la acción de una buena higiene y de un minucioso y esmerado aseo. Pero si la perforación es grande, la lesión suele ser definitiva, y las enfermas mueren por marasmo. Petit cita dos casos excepcionales en que, después de haberse esfacelado un asa del intestino delgado, sobrevino la curación.

Diagnóstico

Diagnóstico.—No bien se ha descubierto en la vagina la presencia de materias intestinales, y luego que se ha obtenido el convencimiento que deben provenir de una comunicación anormal, hay que proceder á la determinación de su punto de origen. Para buscar el orificio, es preciso deshacer los pliegues que forman las anfractuosidades de la vagina y recorrer dichos puntos con el estilete. Si este procedimiento no diere resultado, habrá que dilatar el cuello del útero y dirigir las investigaciones por este lado.

El carácter que presenten las materias expelidas nos ayudará á precisar la **porción del intestino en que se ha verificado la perforación.** Las que derivan del intestino delgado son muy líquidas, verduscas ó amarillentas; se reconocen fácilmente en ellas pequeños restos de alimentos y particularmente de legumbres (hollejo de habichuelas, de lentejas, etc.), que no son atacados por los jugos digestivos. Cuando se trata de la porción terminal del ileón, las deposiciones se manifiestan á las dos ó tres horas de la comida; si sobrevienen antes de este tiempo, es indicio de que la comunicación intestinal está situada más alta, y si lo hacen más tarde y son de consistencia más sólida con aspecto fecal, la perforación radica en la S ilíaca.

Hay que reconocer con mucho cuidado el estado que presenta el orificio fistular y guardarse de tomar el **cuello uterino** contiguo por un segundo orificio de la fístula. Cuando la perforación sea realmente doble y separadas sus aberturas por un espolón, se puede distinguir fácilmente el **conducto superior**, por ser el que da salida á las materias. Por medio de un cateterismo practicado suavemente con una sonda flexible se examinará entonces la permeabilidad y la dirección de ambos conductos. Cuando la vagina es muy estrecha y no se puede llevar á cabo el examen, se han aconsejado enemas de leche: también se pueden dilatar paulatinamente ó bien seccionar las bridas en una ó dos sesiones. Mientras se practica el cateterismo de la fístula, se hará con toda delicadeza el tacto rectal, por cuyo medio

se podrá llegar á determinar que la fístula va á parar á un punto más elevado que el que ha podido alcanzar el dedo.

Tratamiento
Cauterización

Tratamiento.—Cuando se trata de una fístula pequeña, que únicamente deja escapar una pequeña cantidad de materias y que evidentemente no interesa más que la porción lateral del intestino, se puede al principio echar mano de la **cauterización** con el termocauterio, como si se tratase de una fístula recto-vaginal. Sólo después de practicados algunos ensayos infructuosos, se recurrirá á un extenso avivamiento y á la sutura.

Sección del espolón; avivamiento y sutura

El caso es muy diferente si la perforación del intestino es terminal y la totalidad de las materias desagua en la vagina. En estas circunstancias parece que el mejor plan operatorio es el que siguieron, con éxito, O. W. Weber y C. Heine (1): Consiste en restablecer en primer lugar la continuidad del tubo digestivo por la **sección del espolón**, transformando el ano vaginal en fístula estércoro-vaginal, y después en obliterar esta última mediante el **avivamiento y la sutura.**

Para seccionar el espolón, dichos autores se han servido del enterotomo de Dupuytren. Verneuil recomienda sencillamente el empleo de pinzas largas con cremallera de fijación; con objeto de hacer la constricción más suave y menos rápida la mortificación, aconsejo que se rodee el bocado de las pinzas con un tubo de cauchú y que se avance progresivamente la presión con las muescas del juego de trinquete de las ramas.

Laparotomía y enterorrafia

Si por este procedimiento no se obtuviere el resultado apetecido, creo que el cirujano está autorizado á practicar la **laparotomía**, á desprender los dos extremos fistulares que se hallen adheridos al fondo de saco vaginal, á suturar este último, y últimamente á avivar y **suturar uno á otro los dos cabos del intestino.** En los casos de fístula éntero-uterina esta operación sería la sola racional. Si el extremo inferior estuviere obliterado ó notablemete estrechado, debería abocarse el extremo superior á la parte más inmediata del intestino grueso. Los progresos de la cirugía abdominal legitiman perfectamente hoy día semejante intervención, cuya iniciativa, algo temeraria en tiempos pasados, pertenece á Roux (2).

(1) Véase Breisky. *Die Krankh, der Vagina,* Stuttgart, 1886, p. 202.

(2) Roux (citado por L.-H. Petit. *Loc. cit.*, obs. XI) practicó la laparotomía, hizo la resección del intestino desprendido del fondo de saco vaginal y se propuso suturar el cabo superior á la porción descendente del colón, obliterando el otro cabo inferior del intestino delgado. Pero por un error de técnica operatoria, tomó el cabo superior del colón por el inferior y embrocó una dentro de otra las dos extremidades estomacales del tubo digestivo, según más tarde se descubrió en la autopsia.

Desagüe del extremo superior en el recto

Otro procedimiento, no menos peligroso que el anterior, consiste, según ha ideado JOBERT, en hacer **desaguar en el recto el extremo superior,** después de haberlo desprendido é introducido en un ojal del tabique recto-vaginal.

La operación que SIMON practica para la cura indirecta de la fístula vésico-vaginal, le inspiró para estos casos una operación semejante, la **colpocleisis** ú obliteración de la vagina por debajo de la fístula, precedida de una vasta comunicación entre el recto y la vagina. Antes de decidirse por esta operación, sería preciso obliterar el útero por medio de la **histero-estómato-cleisis.**

Creación de una vía de derivación de las materias hacia el recto

Es preferible á este procedimiento el de CASAMAYOR (1), que consiste en la **creación de una vía de derivación de las materias hacia el recto,** por debajo de la fístula vaginal. Para esto CASAMAYOR hizo pasar al través de la fístula una de las ramas de pinzas largas y curvas en el sentido del sacro y la introdujo en el intestino, mientras que dirigía la otra rama por el recto. Colocadas de este modo dichas ramas, procedió á articularlas, y, cuando se hubo asegurado que sólo cogían las partes que quería dividir, las cerró. Con esto produjo una escara, y después que ésta se hubo desprendido, las materias pudieron pasar directamente al recto, lo cual no impidió, sin embargo, que parte de ellas continuasen pasando por la vagina, sucumbiendo la enferma al mes siguiente de la operación.

VERNEUIL (2) ha propuesto introducir en la técnica de CASAMAYOR la siguiente modificación: 1.° perforación del tabique recto-vaginal á 1 centímetro por debajo de la fístula por medio de un trocar curvo, después introducción de un tubo de cauchú; 2.° igual perforación del tabique ileo-rectal á unos 3 centímetros por encima de la primera punción, é introducción de un segundo tubo de cauchú; 3.° reunión sólida de las dos extremidades rectales. De esta manera se obtiene un asa cuyos dos cabos salen por la vagina, uno de ellos por el ano anormal y el otro por debajo de éste, mientras que la parte media corresponde al tabique que se pretende dividir. Después de esto falta sólo constreñir estos hilos, que en virtud de su elasticidad efectuarán la sección.

VERNEUIL no ha tenido ocasión de poner en práctica este ingenioso procedimiento, así que no se puede afirmar, si la derivación hacia el recto, que de este modo se obtendría, bastaría ó no para provocar la obliteración de la perforación vaginal.

(1) CASAMAYOR. *Loc. cit.*, p. 170.
(2) Véase L.-H. PETIT. *Loc. cit.*

CAPITULO IV

Del vaginismo

Definición. División.—Reseña histórica.—Etiología.—Patogenia.—Anatomía patológica.—Síntomas. Hiperestesia con contractura. Hiperestesia sin contractura.—Diagnóstico. Vaginismo superior.—Tratamiento. Antiespasmódicos. Escisión del hímen. Dilatación. Sección del nervio pudendo interno y del esfínter vaginal. Electricidad.

Definición División

Definición. División.—El vaginismo, ó *vaginodinia* (SIMPSON), *espasmo de la vagina* (KIWISCH), consiste en una hiperestesia anormal de los órganos genitales externos, que puede llegar hasta á producir la contractura espasmódica del constrictor de la vagina y también la de los otros músculos del suelo pélvico. Existen tres modos distintos de manifestarse esta afección, ó mejor dicho, tres tipos particulares:

1.° La **hiperestesia con contractura**; 2.° la **hiperestesia sin contractura**; 3.° la **contractura sin hiperestesia.**

El primero de estos tipos es el que ocurre con más frecuencia, y el último es el más raro.

Partiendo del sitio en que aparece la contractura se ha creído poder establecer otra división, distinguiéndose en este sentido un **vaginismo inferior** ó dependiente del constrictor de la vagina, y un **vaginismo superior,** producido por el calambre de los hacecillos que ocupan la parte más baja y más interna del elevador del ano (HILDEBRANT) (1). No creo que merezca conservarse esta distinción en clínica, visto lo excepcional que se presenta la variedad de contractura de la parte profunda del canal vaginal. Es probable que no exista el llamado **vaginismo esencial** ó **idiopático**; lo que en tales casos seguramente debe ocurrir es, que no se conoce el punto de partida del reflejo.

Reseña histórica

Reseña histórica.—El cuadro clínico más completo que se ha trazado del vaginismo es el de MARION SIMS (2), que fué el que le

(1) HILDEBRANDT. *Ueber Krampf des Levator Ani beim Coitus (Arch. f. Gyn.*, 1872, Bd. III, p. 221.)—REVILLOUT. *Le Vaginisme supérieur et le Vaginisme proprement dit (Gaz. des Hôp.*, agosto 1874, p. 793, é *Ibid.*, 1881, p. 625).—P. BUDIN. *Le Releveur de l'anus chez la femme (Progrès méd.*, 1881, p. 613).
(2) MARION SIMS. *Obstetr. Transact.*, Londres, 1862, t. II, p. 356.