

nal, cuyo extremo inferior se mantenía abierto para poder lavar el peritoneo. La salida por la herida abdominal de un líquido teñido que había sido inyectado en la vejiga, probó que la comunicacion era con esta víscera y no con el uréter. Restablecióse la enferma, cerrándose espontáneamente la fístula.

Al requerir mayor estension de superficie desnuda de la que podía obtenerse avivando los bordes fistulosos, Langenbeck y Collis han dividido los bordes de la fístula, separando los dos colgajos así formados y reuniendo por la sutura las superficies cruentas (51).

## CAPÍTULO XI.

## FÍSTULAS FECALES.

*Definicion.*—Estas fístulas, que se observan con ménos frecuencia que las urinarias, consisten en una comunicacion entre la vagina ó la vulva y alguna parte del conducto intestinal.

*Variedades.*—Pueden ser recto-vaginales, entero-vaginales, ó recto-labiales, siendo la primera forma la mas comun, y la segunda la mas rara de las tres.

*Causas.*—Son casi idénticas á las que producen las fístulas urinarias, á saber :—

Presion prolongada ;  
Lesiones traumáticas ;  
Ulceracion ó absceso.

La primera de estas puede producir dichas fístulas, lo mismo que las que se presentan en la pared vaginal anterior, dando lugar á una flegmasía intensa que determina la formacion de escaras, ó bien la intensidad de la presion puede ser tal que destruya rápidamente la vitalidad de la parte. A los partos laboriosos se debe con mas frecuencia esta presion; pero en algunos casos raros puede ser producida por pesarios mal ajustados ó la presencia en el recto de materias fecales endurecidas.

Es evidente que estas fístulas pueden provenir de lesiones traumáticas, causadas por los instrumentos empleados en el parto ó por los que sirven para la extraccion de masas fecales endurecidas.

Las ulceraciones ó los absesos producen mucho mas á menudo las fístulas fecales que las urinarias. De la variedad recto-vaginal son causa fecunda las estrecheces del recto, las cuales, determinando la retencion de las materias estercolares, escitan una ulceracion que puede extenderse á la vagina. Un absceso entre esta última y el recto, puede ponerlos comunicantes, ó ir á abrirse en uno de los labios, formando un trayecto que conexe dicho labio con el recto. De la misma manera

BIBLIOTECA  
DE MED. Y N. B.

se ha visto una acumulacion purulenta establecer una comunicacion entre el *caput coli* y la vagina. Por último, las ulceraciones sifilítica y cancerosa pueden abrir un canal entre los conductos vaginal é intestinal.

*Sintomas.*—El síntoma mas marcado, y á menudo el único que llama la atencion de la enferma, es la emision de gases apestosos ó de materias fecales por la vagina. La cantidad de las emisiones depende de las dimensiones de la fístula; pero no así la incomodidad acarreada por el accidente, pues por pequeña que sea la cantidad, la fetidez del olor que despidе basta para contristar en sumo grado á la enferma.

*Signos físicos.*—Colocada de espaldas la enferma, debe practicarse el tacto en toda la superficie vaginal. Si es algo grande la fístula, se la descubrirá desde luego; si no, rara vez dejará de encontrársela por medio de una exploracion cuidadosa con el spéculum. Debe introducirse el spéculum de Sims por debajo de la sínfisis de modo que eleve la pared vaginal anterior, mientras que las laterales se mantienen separadas con unas espátulas. Si la exploracion visual no basta para encontrarla, se puede llenar de agua teñida con grana ó añil el recto, observando con atencion el punto por donde sale.

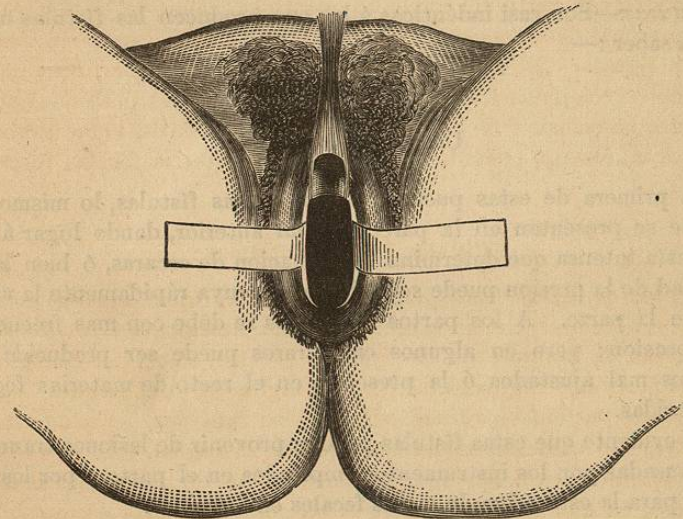


FIG. 64.—Exploracion para descubrir la fístula fecal.

*Pronóstico.*—Las fístulas fecales son mas susceptibles de cerrarse espontáneamente que las urinarias, por cuanto dan paso á excreciones gaseosas y semi-flúidas, y no á un líquido irritante que gotea constantemente é impide la reunion de las paredes fistulosas; pero aun así y todo, rara vez se efectúa la curacion sin la ayuda de la cirujía.

*Tratamiento.*—Las fístulas recto-vaginal y recto-labial deben curarse siempre por la sutura. Esta se practica del mismo modo que para las fístulas vésico-vaginales, escepto que se coloca la enferma en la posicion de la litotomía, y se introduce el spéculum de modo que eleve la pared anterior de la vagina, en vez de la posterior. Antes de operar, se paraliza siempre el músculo esfínter del ano, dilatándolo perfectamente con los dedos, despues de lo cual se colocará un tubo rectal, á ménos que moleste mucho á la enferma. Tambien ántes de la operacion se vaciará completamente el recto por medio de una lavativa, prolongando despues la constipacion con el opio por espacio de diez ó doce dias; y cuando se permita la primera evacuacion, se administrarán laxantes, á fin de evitar el tenesmo, el cual podría desunir los labios de la fístula.

En un caso de fístula recto-vaginal introduje el spéculum en el recto y practiqué la oclusion de la fístula en la superficie rectal, siendo sorprendente la facilidad con que se llevó á cabo la operacion (52).

#### Fístulas Éntero-Vaginales.

Es rara esta variedad, que consiste en un trayecto fistuloso entre la vagina y alguna parte del conducto intestinal encima del recto; y cuando se presenta debe considerarse como un ano artificial cuya obliteracion sería peligrosa. No sucede así cuando es directa la abertura y no hay trayecto de comunicacion entre uno y otro conducto; pero si existe un trayecto, la oclusion de su estremidad vaginal daría lugar probablemente á un absceso, escitado por el paso de materias fecales fuera del intestino.

#### Fístulas Vaginales Simples.

*Definicion.*—Bajo esta denominacion se agrupan aquellas comunicaciones fistulosas con la vagina, que no desempeñan las funciones escretorias de ninguno de los órganos vecinos, como, por ejemplo, las fístulas peritóneo-vaginales, las períneo-vaginales, y las ciegas.

*Fístula peritóneo-vaginal.*—Preséntase rara vez. Cuando existe es de temerse el descenso del intestino en la vagina, y la entrada del aire y de flúidos en la cavidad peritoneal. Una de las razones acaso de su rareza, es que, no dando paso á ninguna sustancia escrementicia, desaparece generalmente sin hacerse crónica. En todo caso, su presencia no acarrearía molestia alguna, y la fístula sería susceptible de curacion inmediata por la sutura.

La *Fístula períneo-vaginal* puede resultar ora de la reunion imperfecta de una rasgadura del periné, si se ha dejado una pequeña abertura cerca del esfínter del ano; ora de la penetracion del periné por la parte del feto que se presenta primero. Se cura con facilidad por medio de

BIBLIOTECA  
MUSEO DE HISTORIA NATURAL

la incision, la sutura, la cauterizacion, ó las inyecciones, segun lo prevenido para las fístulas fecales.

Las *Fístulas vaginales ciegas* son aquellas que determinan una acumulacion purulenta en alguna parte de la pélvis. Las estudiaremos detenidamente al tratar de los absesos de la pélvis, bastando advertir aquí los principios que sirven de base á su tratamiento: 1º, la dilatacion del trayecto fistuloso por medio de las esponjas preparadas ó la incision; 2º, el producir una accion alterante en las paredes del absceso, por medio del yodo, el hierro, el nitrato de plata, el agua, etc., etc.

## CAPÍTULO XII.

### CONSIDERACIONES GENERALES ACERCA DE LA PATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES UTERINAS.

El estado incierto en que se halla la patología uterina, con mas eficacia que otra ninguna cosa, impide los progresos de la ginecología, desacreditándola relativamente á las hermanas especialidades como objeto de estudio especial, y avivando la llama casi ahogada de una preocupacion contra la cual sólo hace medio siglo que ha podido luchar ventajosamente.

En la medicina general, en cirugía y en todos los demas ramos especiales, considérase el estudio de la patología como la clave del arco que las sostiene, y los observadores se manifiestan dispuestos á ponerse de acuerdo acerca de los principios. En ginecología todo se presenta bajo el triste aspecto de la incertidumbre y la disension; y muchos de los que á ella se dedican, en vez de adoptar doctrinas liberales y sólidas, se hacen partidarios de algun dogma ó teoría especial, la cual á su vez se ve combatida acaloradamente por otros que sostienen teorías no ménos mezquinas, limitadas y exclusivas.

Como consecuencia de semejante estado de confusion entre las inteligencias mas distinguidas que se dedican á este ramo, cada especialista novel se cree con derecho á labrar y defender una teoría suya, ó á acogerse á alguna de las muchas que se presentan á su eleccion.

No puede negarse que la ginecología cuenta hoy tantos hombres hábiles, celosos y aplicados como otro cualquier ramo de la ciencia médica. ¿Por qué, pues, un cuerpo como este ha de debilitar su influencia por su adhesion á teorías disidentes y de partido? Por qué los unos se sienten obligados á sostener que es la inflamacion del parénquima la que desempeña el importante papel de causa de las lesiones uterinas; otros, que el principal elemento morbífico consiste en una irritacion ó hiperestesia de los nervios uterinos; otros, que la mayoría de las enfermedades del útero reconocen por causa la inflamacion de la mucosa de este órgano; miéntras que otros todavía atri-

BIBLIOTECA  
DE MEDICINA