UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO RADICAL

DE LAS

FÍSTULAS RECTO-VAGINALES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ERNESTO I. MORENO

EX-PRACTICANTE DE LOS HOSPITALES

(AÑOS 96, 97, 98, 99)

BUENOS AIRES

Imprenta de Guttemberg

1899

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO RADICAL

DE LAS

FÍSTULAS RECTO-VAGINALES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ERNESTO I. MORENO

EX-PRACTICANTE DE LOS HOSPITALES

(AÑOS 96, 97, 98, 99)

BUENOS AIRES

Imprenta de Guttemberg

1899

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en esta tesis.

(Art. 162 del Reglamento).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Doctor D. Enrique E. del Arca

VICE-DECANO (en ejercicio)

Doctor D. José T. Baca

Académicos Titulares

Doctor D. Leopoldo Montes de Oca
» » José T. Baca
» » Rafael Herrera Vegas
» » Jacob de T. Pinto
» » Eufemio Uballes
» » Juan R. Fernández
» » Enrique E. del Arca
» » Pedro N. Arata
» » Manuel Blancas
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleize
» » José Pena
» » Eliseo Canton
» » Luis Guemes

Académicos Honorarios

Doctor D. Ernesto Aberg
» » Pablo Marengo
» » Eduardo Wilde
» » Martín Spuch
» » Telémaco Susini
» » Emilio R. Coni
» » Edmundo Noccar

Secretario

Doctor D. Luis M. Acuña

Pro-Secretario

Doctor D. Zenón Aguilar

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos Substitutos
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutierrez
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid
Fisiología general y humana		Vacante
Higiene pública y privada	Doctores	Enrique Revilla Ricardo Schatz
Patologia general y ejercicios clínicos	Doctor	Gregorio A. Alfaro
Materia Médica y terapéutica	Doctores	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Patología externa	»	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna	Doctor	Marcial V. Quiroga
Anatomía patológica	»	José Badía
Medicina operatoria	»	Alejandro Posadas
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	Doctores	Alfredo Lagarde José F. Molinari
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Facundo Larguía Antonio F. Piñero
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Francisco Barraza Téofilo A. Moret
Enfermedades nerviosas y su clínica.	»	José A. Esteves José R. Semprum
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	Doctor	Benjamin T. Solari
Clínica Quirúrgica	Doctores	Juan B. Justo Diógenes Decoud
Clínica Médica	»	Julio Mendez Ignacio Allende
Obstetricia y Clínica respectiva	»	Luis F. Vila Fanor Velarde
Física médica	Doctor	Juan J. Galiano
Medicina legal y Toxicología	Doctores	~~F. de Veyga~~ Domingo Cavia
Química aplicada á la Medicina		Vacante
Farmacia práctica		Vacante
Laringología, otología, rinología	Doctor	Wenceslao Téllo y Elisio V. Segura
Enfermedades venéreas y Dermatología	»	M. Aberastury
Obstetricia para alumnas parteras	»	Enrique Pietranera
~~Odontología~~	»	~~Leon Pereyra~~

Farmacia teoría Dr. Juan A. Domínguez
Botánica medica Dr. Lucio Durañona

PADRINO DE TESIS

Académico Doctor José T. Baca

Á MIS PADRES

Á MIS HERMANOS

SEÑORES ACADÉMICOS :

SEÑORES PROFESORES :

Las dificultades en el tratamiento operatorio de las fístulas recto-vaginales, no han pasado desapercibidas á los Cirujanos á través de los tiempos, y es quizás á su rebeldía á la curacion — que es lo que las caracteriza—que tengamos hoy una pléyade de procedimientos, ideados la mayor parte de ellos, para casos particulares. Efectivamente, á pesar de lo simple que es la lesion, su tratamiento ofrece á veces serias dificultades y no es de asombrarse que Cirujanos que llevan bien este nombre, hayan tenido que recurrir á múltiples operaciones para conseguir cerrar tan solo un pequeño trayecto; pero las dificultades no residen en las dimensiones de la fístula sino en un conjunto de circunstancias que obran al mismo tiempo para hacer fallar la operacion. De éstas no citaré mas que la antisepsia — elemento primordial en toda operacion — que la region no permite llevar al grado necesario y muchas veces, á pesar de la antisepsia los procedimientos operatorios fallan, sin que sepamos *el por qué*, como dice Lucas Championnière.

Pero la cirujía, que ha tomado gran vuelo á fines de este siglo, que ha marchado á pasos agigantados, ponien-

do un pié adelante cada día, haciéndolos atrevidos á los cirujanos, nos ha venido á dar un procedimiento radical para salvar á estas infelices de un martirio que la mayor parte de las veces les obliga á encerrarse en su casa y huir de la sociedad.

Si bien es cierto que muchas enfermas pueden soportar bien su lesion á causa de la naturaleza misma de la fístula, mas no sucederá lo mismo con aquellas que pierden materias fecales involuntariamente. Efectivamente, la fístula recto-vaginal, mirada bajo esta faz, es una afeccion que repercute mucho sobre el estado moral de la enferma.

Le será triste tener que abandonar sus mas caras amistades, para no ser repugnante su presencia por el ambiente que lleva consigo, que no puede eximirse de él, á pesar de la mayor higiene y cuidados que se prodigue.

Es en vista de esto, que los cirujanos han forzado su imaginacion, consiguiéndolo uno de ellos, Segond, quien ha imaginado un procedimiento general para curar radicalmente esta afeccion.

En el Hospital Rawson y de Clínicas ha sido puesto en práctica y el éxito ha sido completo.

Antes de terminar quiero manifestar mi agradecimiento al Doctor José T. Baca, quien me acompaña como padrino de tésis, como así mismo á los que me han guiado en este trabajo ó ayudado durante mi internado en el Hospital: Doctores Molinari, Herrera Vega, Picardo, Llobet y Beguerestain.

ETIOLOGÍA

Las fístulas recto-vaginales se dividen en congénitas y adquiridas.

Las primeras son excesivamente raras; Pucch sobre 38.420 casos, no registra más que tres casos de ano-genital, y Moreau, que ha permanecido 40 años en la Maternidad de París, no ha observado más que 4 casos.

Estas fístulas provienen de una anomalía de desarrollo en la fisura de la membrana anal y en el tabicamiento de la cloaca externa, no efectuándose la division en dos orificios, el rectal y el uro-genital, pues solo el anterior se forma, en el cual vienen á desembocar el recto, la uretra y la vagina.

Las segundas son las más frecuentes, y son éstas las que nos interesan á nosotros; pero no hay que hacer entrar en esta categoría los trayectos anormales recientes que ponen en comunicacion el recto con la vagina, que

pueden curarse en seguida poniéndose en contacto los brotes carnosos de ambos labios, sino los trayectos cicatrizados antiguos que están ya epidemisados.

Las fístulas recto-vaginales adquiridas en cuanto á su causa, se dividen en: traumáticas ú obstétricas y en expontáneas ó inflamatorias.

Las primeras se producen generalmente en el momento del parto ; pero no por la compresion y mortificacion consecutiva como en las fístulas vésico-vaginales (puede suceder, aunque raramente) sino por las desgarradura completa del periné que produce, herida que se prolonga á una distancia más ó menos alta en el tabique recto-vaginal.

¿Qué es lo que sucede despues? Que la parte inferior de la herida, más espesa y mejor nutrida, pronto se reconstituye, en tanto que la parte superior constituída por el tabique recto-vaginal delgado, los dos epitelios, rectal y vaginal, se ponen en comunicacion, quedando constituída así una solucion de continuidad ya cicatrizada, no apta para la union.

Pero no es solo el parto natural y espontáneo que provoca estas alteraciones, sino tambien el parto distócico, por los instrumentos que necesita para efectuarse él; tales son las aplicaciones bruscas del forceps, el cefalotribo mal conducido pueden romper el tabique recto-vaginal y dejar consecutivamente una comunicacion permanente entre estos dos orificios.

Los cuerpos extraños permaneciendo durante tiempo más ó menos largo, provocan fenómenos inflamatorios, luego ulceraciones hasta destruir el tabique recto-vaginal; así obran los pesarios.

Otras causas traumáticas más raras pueden venir á producir fístulas recto-vaginales, como ser: el coito brutal observado por Spencer Wells, Hartmann y hace poco por Price.

Las fístulas inflamatorias son las más frecuentes y más comunes, desarrollándose á consecuencia de abcesos que se forman en el tabique, teniendo por puerta de entrada cualquier erosion del recto ó la vagina; y es de este modo como obran las estrecheces del recto, que producen un estancamiento de las materias fecales; estas obran como cuerpo extraño, llevando consigo una alteracion del epitelio rectal, despues su caída, dejando una puerta abierta á los microbios, que vienen á formar abcesos.

Los hematoceles supurados; los abcesos del ligamento ancho, pueden producir fístulas recto-vaginales.

Las histerectomia por supuraciones pelvianas, puede tambien causar trayectos fistulosos, poniendo en comunicacion el recto con la vagina; sería más de temerlas cuando son provocadas como Jayly lo ha demostrado por estreptococos. Según Jayly, éstos existirían anteriormente y la pared del recto sería invadida en el momento de la operación y se esfacelaría en los días subsiguientes.

Una causa que provoca con mucha frecuencia estas

fístulas y que los autores no hacen más que mencionar de paso y que algunos la ponían en duda, es la sífilis; pues como se verá por las historias que presento, la mayor parte de ellas han sido ocasionadas por ella y si fuéramos á hacer una estadística, resultaría que esta causa es la más común. No hay que creer siempre en un abceso, hay que pensar tambien en el goma y buscando con cuidado los antecedentes se encontrará con frecuencia los estigmatas de esta enfermedad; es á consecuencia de esta falta de exámen que se deja evolucionar al goma hasta su desagregacion completa, que bien podría evitarse imponiendo el tratamiento á tiempo.

Por último, hablaré del estado nervioso y general de las personas.

El vaginismo ha sido incriminado en un caso por Doleris y despues de él por Florinsky y otros autores.

El mecanismo como obraría para producir una comunicacion entre el recto y la vagina, sería por una contraccion espasmódica del transverso profundo.

La cabeza fetal empujada por las contracciones uterinas vendría á hacer sentir su accion en un punto limitado, adelante por el trasverso profundo y constrictor de la vulva y hacia atras por el elevador del ano; este último, cuya parte anterior es muy débil, pues sus fibras estarían disociadas, cedería al pasaje de la cabeza, pero sin desgarrar el periné.

Respecto al estado general de las enfermas, cuando más

se encuentran en malas condiciones de nutricion, menos estarán en condiciones de resistencia y sabemos por las experiencias de Florinsky que los músculos de la personas linfáticas se rompen con más facilidad.

Anatomía Patológica

La denominacion de las fístulas recto-vaginales, en cuanto á su situacion en el tabique, ha sido clasificada de modos muy diferentes por los autores, pero todos han tenido en cuenta la aplicacion del tratamiento que convenía á cada una de ellas; así Quenu las ha dividido en supra-esfinterianas é intra-esfinterianas; Segond, en altas y bajas; pero es la clasificacion clásica de Verneuil la que más está en relacion con los hechos: recto vulvares que se abren cerca de la orquilla, recto-vaginales inferiores, que están á 3 ó 4 centímetros de la vulva, y recto-vaginales superiores que están más arriba hasta el fondo del saco vaginal posterior. En tanto que las primeras son casi siempre de origen obstétrico, las últimas provienen, lo más á menudo, de hematoceles supurados ó de cualquier coleccion purulenta del fondo de saco de Douglas.

El aspecto varía naturalmente, según el tiempo de que

datan, según su extensión, como tambien las complicaciones que tienen, pero lo más á menudo se presentan con el mismo aspecto de toda lesion análoga, con bordes blanquecinos, duros y callosos, ó bien cubiertos por un opérculo formado por la pared posterior de la vagina.

Las dimensiones de estas fístulas varían mucho, pero siempre hay cierta relacion con su situacion; así, en tanto que las recto-vulvares y vaginales inferiores son pequeñas, reducidas á pequeños orificios, en cambio las superiores son generalmente de gran tamaño que pueden permitir el pasage del pulgar, como han citado casos Pozzi y Price, etc.

El recto y la vagina están en comunicacion directa, sin ningún trayecto que los una, parece que hubieran sido hechos á sacabocados en un tabique duro y adelgazado; otras veces, en un trayecto largo, sinuoso y oblícuo de la pared recto-vaginal que los pone en comunicacion; en este caso, el orificio vaginal es casi siempre inferior y el rectal superior. La fístula es simple, y raras veces son los casos que haya habido 2 ó 3 trayectos.

Síntomas

Lo primero que llama la atencion de la enferma, es el olor infecto que sale de su vagina; efectivamente, la eliminacion de gases y materias fecales son los síntomas primordiales de esta afeccion, y si es cierto que estos últimos pueden faltar, no sucede lo mismo con los primeros, que son patognomónicos de la fístula recto-vaginal. Para que las materias fecales tomen la vía vaginal es necesario que el trayecto fistuloso reuna algunas condiciones, como son la de dimension, más ó menos grande, de poca longitud, etc.; cuando las materias fecales son líquidas ó semi-líquidas, entónces pueden pasar con bastante facilidad.

Apesar de ser característica la expulsion de gases y materias fecales, deben ser completadas con el exámen minu-

cioso de las partes para reconocer su situacion, es decir, á qué altura se encuentra de la vulva, sus dimensiones, si hay trayecto ó no, ó ver si hay complicaciones; éstas pueden provenir, sea de la fístula misma ó consecutivamente á las causas que han originado aquellas.

El epitelio vaginal pasará un tiempo más ó menos largo soportando la accion irritante de los gases y materias fecales que le bañan constantemente; pero llegará un momento en que ya no podrá permanecer impasible á estos agentes nocivos y se inflamará, propagándose á la vulva y region supero-interna del muslo; aparece un eritema intenso y doloroso, las partes atacadas se hinchan, viniendo á ser muy molesto á las enfermas; no es raro encontrar ulceraciones de la vagina y abcesos de las glándulas vulvo-vaginales.

Cuando ha habido gran destruccion de tejidos, bridas cicatriciales, pueden alterar las relaciones de esta region, retrayendo al mismo tiempo el orificio rectal ó vaginal. Pero una de las complicaciones, sobre la cual quiero insistir, que se observa con bastante frecuencia, cuando la fístula es consecutiva á un proceso sifilítico ó inflamatorio, son las estrecheces del recto; en efecto, los autores no se han ocupado de ésto, pues no lo he visto señalado en ningún libro relativo al punto, y cuán importante es tenerlo en cuenta para la eleccion del procedimiento operatorio á aplicar, como lo veremos despues; lo que digo de las estrecheces del recto, puedo hacerlo extensivo á las hemorrói-

des que pueden existir concomitantemente á la fístulas, ó ser consecutiva á la estrechez rectal que produce la dilatacion de las venas situadas debajo.

Desgarraduras completas del periné pueden existir ó solamente sub-mucosas.

Por último, no es raro encontrar fenómenos generales debidos á la mayor ó menor irritabilidad de la enferma, á sus sufrimientos físicos ó á su estado moral.

Diagnóstico y Pronóstico

El primero se impone por sí mismo; la eliminacion de gases ó materias fecales líquidas por la vagina no dejan lugar á duda; pero siempre es necesario cerciorarse por el exámen con la sonda acanalada ó el estilete. Para ello, con la mano derecha armada del estilete, al mismo tiempo que el dedo índice de la mano izquierda se introduce en el recto, se trata de seguir el trayecto y ver si el dedo rectal siente la punta del instrumento; una vez que se ha conseguido esto, ya no hay necesidad de seguir adelante. Pero sucede muchas veces que el orificio vaginal no es perceptible á la simple vista porque está cubierto por una brida cicatricial ó bien por un repliegue de la mucosa posterior de la vagina; entónces, para descubrirlo se hace un enema de leche y se abre bien la vagina con valvas, encargando á la enferma de hacer esfuerzos de defecacion;

pues si la fístula existe, pronto se verá aparecer por la vagina la leche que sale por el orificio vaginal.

El pronóstico varía según las condiciones de la fístula: pero en general su rebeldía al tratamiento es uno de los rasgos clínicos más salientes. Hay, sin embargo, algunos casos citados por Verneuil de curacion expontánea, entendida en este sentido, que despues de haber fallado la operacion, la oclusion se obtuvo en los días sub-siguientes.

Casi todas necesitan el tratamiento quirúrgico, y si algunas curan con cauterizaciones con nitrato de plata ó inyecciones irritantes, son aquellas, como dice Chrobak, fistulitas pequeñas y de trayecto largo y oblícuo.

Es necesario estar prevenidos contra estos insucesos y comunicar á la enferma que la operacion no puede salir bien y que tal vez habrá necesidad de hacer otra operacion; con esto se salva toda responsabilidad, respecto al éxito del tratamiento.

Porque efectivamente, muchas veces se recurre sin éxito á una serie de procedimientos y como último recurso uno apela á la colpocleisis. Al lado de éstas hay otras que ya son incurables; que aunque haya dicho Sims que todas las fístulas recto-vaginales son curables siempre que se pueda hacer sutura, tendremos que convenir con este autor, que algunas veces la sutura es impracticable.

Tratamiento

El tratamiento operatorio de las fístulas recto-vaginales, como lo hemos dicho anteriormente, es sumamente rebelde, apesar de que uno pueda suponerse lo contrario, y tanto mas, si se recuerda lo simple de la lesion, su tamaño generalmente pequeño y la facilidad del medio para operar, comparativamente á la fístula vésico-vaginal.

El resultado de la operación depende del estado local de la lesion para el avivamiento y sutura, como para toda operacion análoga. Efectivamente las dificultades pueden residir en la delgadez exagerada del tabique recto-vaginal, porque la pared recto-vaginal posterior está unida por tejido fibroso á la mucosa rectal.

Otras veces sucede que los orificios fistulosos se corresponden á la misma altura, sin trayecto ninguno que los una, son ostiales, como dice Pozzi, y á pesar de que se hagan anchas superficies, cruentas y oblícuas, el afrontamiento no se hace bien.

Hay otra clase de fístulas, sobre cuyas dificultades de tratamiento ha llamado la atencion A. Simon; son las que están situadas en el punto de union del tabique recto vaginal, en el triángulo perineal; el obstáculo en la cura-

cion parece estar en la constitucion diferente de los labios de la fístula, el superior formado por el tabique delgado y poco nutrido y el inferior mas espeso; la reunion fallaría á menudo.

Hay, al contrario, otras fístulas que por su situacion demasiada alta, obstaculizan la operacion, no haciéndose bien el avivamiento é irregular el afrontamiento; es en estos casos en que los cirujanos recurren á la vía sacra.

Por último, una de las dificultades con que mas se tropieza es que no se puede conseguir el ideal de toda operacion, es decir, la antisepsia rígurosa de la region, sobre todo del lado del recto, que lo mas á menudo tiene uno que contentarse con un lavaje del momento, ademas el pasaje de gases en el momento de la operacion ó post-operatorio por el trayecto fistular, como así mismo las secreciones vagino-uterinas, infectan la herida y hacen fallar la operacion.

Es en vista de estas dificultades que los cirujanos han buscado día á día, ponerse en mejores condiciones para triunfar de estos obstáculos, ideando procedimientos para cada caso particular y es por esto que vamos á encontrar muchos, y antes de hacer una descripcion detallada de cada uno de ellos, vamos á hacer una pequeña reseña histórica del tratamiento de las fístulas recto-vaginales.

Reseña histórica. — En los dos siglos precedentes ya se habían hecho tentativas, pero tentativas infructuosas de tratar las fístulas recto-vaginales por medio de las caute-

rizaciones con nitrato de plata; pero en estos tiempos, la aplicacion de la reunion inmediata, principalmente de la sutura ya había conquistado muchos triunfos, así es que vemos á Roonhuysen, aconsejando el avivamiento y sutura para el tratamiento de las fístulas vesico-vajinales en el año 1663; pero Roonhuysen operó solamente en el cadáver, cuando en 1720 Wœlter aplica el mismo tratamiento; Gatio en 1759 obtiene un éxito; en nuestro siglo ha sido ensayado por Noegele en 1812, Roux 1829 Ehrmar, etc.; pero por falta de técnica operatoria quedó á un lado.

En 1839 Hayward realiza un progreso aconsejando á los cirujanos avivar la superficie y no los bordes, como se hacía hasta entonces, siendo seguido en esta práctica por Jabert, Melsles y casi todos los cirujanos de aquella época.

Por fin en 1852, M. Sims inventa el especulun que lleva su nombre y al año siguiente combina su aplicacion con el avivamiento de la superficie para el tratamiento de las fístulas vesico-vajinales, reglando definitivamente la operacion. Es M. Sins y Bozeman á quienes se debe el método que hoy lleva el nombre de Americano; es Sims quien lo ha aplicado, propagado, perfeccionado su instrumentacion y fijado los tiempos operatorios, que á decir la verdad poco ha cambiado desde aquella época. Desde entonces el procedimiento Americano no ha tenido mas que ardientes defensores y vulgarizadores; en Fran-

cia, Follin y Verneuil y en Londres Baker Brown y Simon; este introdujo algunas modificaciones en la sutura y aconsejó al mismo tiempo, que cuando hubiera mucha destruccion de tejidos, se cerrara la vajina trasversalmente que segun Pozzi, Vidal de Cassis fué el primero en emitir esta idea.

Pero los cirujanos, comenzaron á notar que la operacion se hacia muchas veces en un tabique casi fibroso y desprovisto de vitalidad y que habia necesidad de exeresis considerable, y recurrian á procedimientos mas conservadores, á los de autoplastia que no los dejaba en peores condiciones que antes, para recurrir á una nueva operacion si fallaba la primera. Así los vemos á Fritsch, Le Dentu, aplicando estos procedimientos.

A fines de este siglo, la perineorrafia aplicada al tratamiento de las desgarraduras completas del periné, estaba en su apogeo, era aceptado por todos los cirujanos; éstos sacaron partido de esta práctica, y seccionan el periné por debajo de la fístula trasformándola en una desgarradura completa, haciendo de esta seccion el primer tiempo de una perineorrafia obteniendo éxitos completos, Richet en Francia y Simon en Alemania y Monod se declara un partidario ardiente en Francia y la proclama como procedimiento de eleccion.

La perineorrafia no deja contentos á todos en vista de los insucesos frecuentes á que exponía y vemos aparecer el de Anger, Segond, etc., viniendo á llenar éste último to-

das las deficiencias é inconvenientes de que los otros procedimientos adolecian, como tendremos ocasion de verlo, cuando nos ocupemos de la eleccion del procedimiento.

Descripcion de procedimientos — Hay una série de pracedimientos que han caido en completo olvido y que solo los recordaré por memoria, como ser: el de Maurer que trasplantaba un colgajo rectal y obturaba la fístula; el de Demarquay que incindia la pared posterior del recto y ano hasta el coxis para abrirse paso y poder avivar y suturar la fístula por el recto.

La fístula recto-vaginal puede ser abordada por cuatro vías, la via rectal, sacra, vaginal y perineal.

La vía rectal está casi completamente abandonada, apesar de haber sido en tiempo preconizada por Simon.

Otro tanto podemos decir de la vía sacra que ha fallado en las manos de Terrier dos veces, pero Heydenreich dice haber obtenido al contrario un éxito completo para una fístula situada en el fondo de saco vaginal posterior, quien despues de haber llegado sobre el recto, separa el tabique recto-vaginal y sutura aisladamente los orificios rectal y vaginal.

Las vías que hoy se siguen son la vaginal y perineal. Toda operacion de fístula recto-vaginal debe ser precedida de una série de cuidados de esta region.

Con algunos dias de antisipacion debe ser purgada la enferma y tenerla á media dieta.

Se hará la antisepsia local y del tubo intesitnal con benzorraftal y salicilato de bismuto.

Si existen complicaciones, hay que hacerlas desaparecer, como ser el exema, ó inflamaciones de la vagina y vulva.

Si hay bridas cicatriciales de la vagina que retraen este orificio, hay que destruirlas ; unos emplean con éste fin bujias en goma endu recida, que van dis tendiendo gradualmente, acompañada de insiciones de las masas cicatriciales ; otros prefieren la dilatacion extemporánea; hacen una série de insiciones sobre las heridas cicatriciales é introducen especulums de grosor diferente, pero siempre aumentando cada dia hasta quc la vagina está bien distendida.

El tratamiento mas antiguo de las fístulas recto-vaginales por la via vaginal es seguramente las cauterisaciones por el nitrato de plata ó inyecciones de sustancias caústicas; de ella han obtenido algunos éxitos Cloquet, Frollin, etc.; pero este medio es muy inseguro y solo se obtendrá resultado como lo dice Chrobak «cuando estan cerca de la vulva, de dimensiones pequeñas y de trayecto largo y oblícuo.»

Cuando se hacen inyecciones caústicas, es necesario preablemente taponar el recto, que podrian producir una rectilis y dolores intensos. De los procedimientos sanglantes, es el de M. Sims, el método llamado Americano por Verneuil y Frollin que desde nuestro tiempo se aplica

al tratamiento en las fístulas recto-vaginales siguiendo la vía vaginal. He aquí en que consiste: Se coloca á la enferma en la posicion dorso sacra; con una valva plana se levanta la pared anterior de la vagina y con separadores ó pinzas Muceux se separan las paredes laterales. Una vez dispuestos bien los ayudantes se levanta el tabique recto-vaginal, llevándolo hacia delante, con el dedo del ayudante introducido en el recto ó mejor poniendo un tapon de gaza iodoformada.

Con el bisturí se hace una insicion circular ó elíptica, cuyo mayor eje corresponda á la direccion que los puntos de sutura ejercerán menos traccion; la insicion comprenderá solamente la mucosa vaginal, la rectal no debe ser tocada, pues dá mucha sangre.

Con tigeras se saca el collorete mucoso así tallado y con él el tejido cicatricial que rodea la fístula. Cuando da mucha sangre la superficie cruenta, no se resecara de una vez la mucosa, sino que lo hará por trecho suturando á medida que se diseca.

En seguida se sutura con puntos profundos y superficiales; los primeros pasan á cinco milímetros del borde de la mucosa por debajo de la superficie cruenta y sale en un punto simétrico; los segundos son intermediarios á estos y no comprenden mas que la mucosa vaginal; se anudan primero éstos últimos, afrontando bien los bordes de la herida, y recien se anudan los hilos profundos.

Unos han empleado para estas suturas hilos de plata,

anudándolos sobre tubos de Gali; otros seda ó crin de Florencia; creo que con estos últimos es suficiente.

Se espolvorea con iodoformo la herida, taponando la vagina con gaza aseptica y se deja un dren en el recto para facilitar la salida de gases, cubriendo la vulva con un vendaje en *T*.

Los hilos se sacan á los ocho dias.

Este procedimiento ha recibido algunas modificaciones; asi Simon en lugar de hacer una insicion circular, corta el tejido cicatricial en el punto de union entre el recto y la vagina, desdoblando el tabique; prolonga dos insiciones laterales, quedando formados dos colgajos uno superior y otro inferior que los sutura por su base, es decir haciendo pasar los puntos de sutura al nivel del ángulo formado por el desdoblamiento.

Fenomenof sigue la misma práctica, pero él añade por el lado de la superficie cruenta, la sutura del orificio rectal.

Shauta, en lugar de avivar los bordes de la fístula, tallaba un colgajo triangular siguiendo el proceder que Hegar empleaba para las colporragias posteriores, quedando una gran superficie cruenta en el centro de la cual se encontraba la fístula. Haciza las suturas á planos superpuestos.

Los cirujanos, viendo que los procedimientos basados en el avivamiento llevaban gran desperdicio de tejidos y que si fallaba la operacion se encontraban en peores con-

diciones para ser tratadas nuevamente por otra operacion, han recurrido á los procedimientos de autoplastia, sea de desdoblamiento ó de deslizamiento.

Estos procedimientos han sido empleados Sanger, por Frisch, Le Dentu.

Sanger despues de haber dispuesto el campo operatorio y empujado el recto adelante, hace una insicion vertical pasando (un centímetro y medio arriba y abajo) por el centro de la fístula, diseca los dos colgajos laterales, que une una vez retraídos, dejan la fístula en el centro de un losanje oval de superficie avivada.

Ahora hace la sutura aislada del orificio rectal con puntos perdidos, siguiendo el procedimiento llamado de Lanenstein, despues pasa puntos profundos, tomando la superficie cruenta y por último, puntos superficiales que no comprenden mas que la mucosa vaginal; Sanger coloca tambien otros puntos de sutura por el lado del recto, sin avivar, con el objeto de hacer un pliegue á la mucosa por encima de la herida.

El procedimiento de autoplastia por deslizamiento ha sido puesto en práctica por Frisch, Le Dentu, Segond.

Frisch talla un colgajo vajinal por encima de la fístula y lo hace deslizar por encima de ella para suturarlo á la parte inferior de la superficie cruenta. He aquí como lo describe su autor:

Primero hace una insicion curba, cuya convexidad pasa tanjentemente al borde superior de la fístula, compren-

diendo solamente la vagina; diseca en seguida este colgajo vaginal asi circunscrito por la insicion, hasta una altura que corresponderia á la recta que uniera las dos extremidades de la insicion curba.

Despues se hace una segunda insicion curba, cuya concavidad mira arriba lo mismo que la primera, pasando á un centímetro mas ó menos por debajo del borde inferior de la fístula. Se reseca toda la mucosa vaginal comprendida entre las dos insiciones, que es en su mayor parte formada de tejido cicatricial, y se atrae el colgajo superior por delante de la fístula y se le sutura al borde inferior de la herida. Los puntos de sutura deben pasar todos por debajo de la superficie cruenta y salir, no á la base del colgajo, sino al vértice mismo.

Hace una curacion antiséptica, sacando los puntos de sutura á los diez días.

El procedimiento de Le Dentu es algo parecido al de Frisch en cuanto á su esencia, pero aquel tiene una disposicion valvular y á colgajos superpuestos:

1º Introduce el dedo índice, munido de un guante de cautchú, ó bien el dedo de su ayudante, ó tapones de gaza oidoformada; en este procedimiento es preferible que el operador introduzca su dedo para darse mejor cuenta de las disecciones minuciosas que tiene que hacer; exponiendo ámpliamente el campo operatorio.

2º Hace una insicion curbilínea por arriba de la fístula á un centímetro mas ó menos y comprendiendo en su con-

cavididad á la fístula. Del punto de partida de la primera insicion, hace una segunda, pasando esta vez por el borde inferior de la fístula, y concluye en la parte terminal de la primera, quedando de este modo circunscrito un creciente en el cual está la fístula; se reseca este creciente, tomando tan solo la mucosa vaginal.

3° En este tiempo diseca la mucosa vaginal de arriba abajo, partiendo de la segunda insicion, haciéndolo mas en el centro que en la periferia, de tal modo que una vez terminada su diseccion, el colgajo tenga por base una línea curba de concavidad superior. Ahora quedan dos colgajos; el superior, formado por la mucosa rectal y el inferior por la mucosa vaginal; la superficie cruenta de la primera mira la vagina, y la del segundo el recto; pues ahora no queda reducida la operacion mas que á hacer deslizar el colgajo inferior y aplicarlo sobre el superior; pero operando así, resultaba que quedaba un fondo de saco en la base del colgajo inferior, entre éste y la mucosa rectal subyacente á la fístula, en donde podrían acumularse las materias fecales. Le Dentu trató entonces de hacer desaparecer esta parte de la mucosa rectal, que lo consigue con el tiempo siguiente.

4° Con tijeras talla un colgajo triangular á expensas de la mucosa rectal, situada por debajo de la fístula y divide á los dos lados el colgajo superior, quedando destruído de este modo el fondo de saco, pasando en seguida á hacer la sutura, cuyo modo de efectuarla le dá mucha importancia el autor.

La sutura la hace con hilos de plata ó seda fina. Coloca dos agujas á las extremidades del hilo; con una de éstas penetra en la base del colgajo superior, no en la mucosa, sino en la superficie cruenta, camina por debajo de la superficie cruenta y sale al borde inferior ó vértice del colgajo, atraviesa con la misma aguja la base del colgajo inferior de atrás adelante, al mismo tiempo que con la otra aguja atraviesa tambien de atrás adelante el borde libre del colgajo inferior. Anuda enseguida, pero no directamente, que llevaría consigo el fruncimiento, disminuyendo así la superficie de afrontamiento, sino sobre rollos de gaza iodoformada. Le Dentu, como se vé, suprime completamente la fístula. no dejando superficie cruenta del lado del recto.

Segond comunicaba en Julio de 1895 á la Sociedad de Cirujía de París, el procedimiento que se había visto obligado ha adoptar para una fístula situada en el fondo de saco posterior de la vagina. Segond, viendo que el avivamiento sería difícil é incompleto como tambien la sutura, á causa de la altura á que se encontraba, hace el deslizamiento de la mucosa rectal hasta el borde superior de la fístula ó mas allá, sin tocar para nada el periné, resecando despues la mucosa y saturaba el borde de la mucosa incindida al ano. Segond tenía por fin hacer desaparecer el orificio rectal que una vez conseguido, el orificio vaginal con simple avivamiento de los bordes, cerraría.

Procedimiento de Segond. — Despues de haber lle-

nado las indicaciones preoperatorias, comienza por dilatar el ano con los dedos, haciéndolo muy lentamente para no producir desgarraduras de la mucosa ó romper algunas fibras del esfinter del ano. Una vez considerada suficiente la dilatacion, hace una insicion circular en la mucosa rectal á tres milímetros por encima de su punto de union con la piel anal; tomando esta precaucion evita la incontinencia de materias fecales.

Diseca la mucosa rectal circularmente hasta llegar a borde superior del esfinter del ano; llegado á este punto, descuida las partes laterales y posterior de la mucosa y continúa disecando la pared anterior hasta llegar á la fístula; deja las tijeras y con el bisturí corta el trayecto fistuloso, quedando así separados el orificio vaginal y el rectal.

El desdoblamiento del tabique se continúa por encima de la fístula, hasta que ejerciendo traccion sobre la mucosu rectal, situada por encima de la fístula, pueda alcanzar á ser suturada al collerete mucoso dejado en continuidad con la piel del ano. Mientras tanto, las partes laterales que no han sido disecadas mas que hasta el borde superior del esfinter, están formando pliegues y aun hacen hernia, se continúa á disecarlas hasta la altura que estos pliegues hayan desaparecido y que el afrontamiento pueda hacerse en buenas condiciones. Lo mismo se hace con la cara posterior.

Como se vé Segond no hace una reseccion circular de

la mucosa, sino siguiendo un plano oblícuo de adelante atrás y de arriba abajo, oblicuidad que varia con la altura de la fístula.

Una vez que ha hecho el desdoblamiento necesario, reseca la mucosa rectal situada por debajo de la fístula y sutura el borde libre de la mucosa incindida á la mucosa inferior dejada en lugar.

Luego se avivan los bordes de la fístula por el lado de la vagina y se sutura.

Se tapona la vagina con gaza aséptica y se hace otro tanto con el recto.

A los ocho dias se sacan los puntos de sutura.

Dejo de un lado otros procedimientos sin describirlos, porque no son mas que modificaciones de los precedentes.

Vamos á ocuparnos ahora de los procedimientos que han seguido la vía perineal.

Vía perineal — Saucerotte fué el primero en seguir esta via en 1789; el incindia el tabique recto-vaginal situado por debajo de la fístula, pero dejaba á la naturaleza el trabajo de la cicatrazacion. A principios de este siglo Ricord y Demarquay hacian tambien la seccion completa del periné hasta la fístula, avivaban bien el trayecto fistuloso y suturaba en seguida; es decir, que la seccion del periné no hacian mas que el primer tiempo de una perineorrafia.

Pero para ver bien sentado el procedimiento de la perineorrafia erigida en método de eleccion es necesario llegar á Richet en Francia y G. Simon en Alemania que á la misma época en 1868 preconizaban esta práctica.

La vulgarizacion del método de desdoblamiento del periné, siguiendo el proceder que empleaba L. Tait, vino á simplificar aun mas la operacion de la perineorrafia; así es que nosotros vamos á hacer la descripcion de este proceder.

L. Tait tiene dos procedimientos, segun que se trate de una desgarradura completa ó incompleta; pues los autores han buscado en el estado del periné, las indicaciones de la aplicacion de tal ó cual procedimiento; pero como las ideas de Richet y Simon eran de aplicar la perineorrafia inmediatamente á la seccion de la fistula, trasformándola en una desgarradura completa, yo me voy á reducir ha hacer la descripcion del procedimiento de L. Tait para estos casos, aunque poco difieren el uno del otro.

Procedimiento de L. Tait — Hace una insicion trasversal de tres ó cuatro cts. pasando entre la comisura posterior de la vulva y el ano; á las extremidades de ésta línea levanta dos insiciones verticales que se prolongan hasta la union de los grandes y pequeños lábios, prolongándolas abajo, de modo que las insiciones toman la forma de una *H* con la diferencia, de que la insicion trasversal está mas cerca de la extremidad inferior de las ramas de la *H*.

Con la tigera ó el bisturí, desdobla el tabique recto-vaginal, tanto mas profundamente cuanto mas grande sea la desgarradura que se haya efectuado. Luego se liberan los bordes de la insicion, en donde se hace bastante profun-

damente porque comprende tejidos espesos, del periné y grandes lábios.

Una vez concluido el desdoblamiento, quedan formados dos labios: el uno vaginal y el otro rectal, que tiene la forma de un cuadrilátero, cuyo borde superior estaría representado por la línea en donde el desdoblamiento ha terminado.

Cuando se opera sobre un tabique y periné fibroso la sangre que se derrama es mínima, pero en los casos contrarios, hay que hacer ligaduras, cuando la hemorrágia no cede á la torsion con pinzas.

Luego hace la sutura L. Tait con hilos de crin de Florencia, sin interesar la piel, penetrando por la superficie cruenta del lado izquierdo, pasa por debajo de ésta y sale en el lado derecho en un punto simétrico.

Al hacer la sutura es necesario comprender en estos las extremidades del esfinter que se reconocen á una foseta que forma en el periné antes del avivamiento.

Se pone iodoformo, se tapona la vagina y el recto con gaza aseptica ó antiseptica.

Procedimiento de Quenú — En 1890 Quenú, teniendo que tratar una fístula recto-vaginal en la cual habia fallado el avivamiento, pone en práctica un procedimiento que anteriormente habia ya sido ejecutado por Guerrin y Verneuil, pero de lo cual él no tiene conocimiento.

Él, efectua el desdoblamiento del tabique recto-vaginal pero sin seccionar el periné subyacente á lafístula. Hé

aquí como procedía prévia anestesia clorofórmica: introduce el índice y el medio en el recto y principia por desdoblar el tabique hasta encima de la fístula, haciéndolo bajo el control del dedo.

Una vez llegado por encima de la fístula el colgajo vaginal se retrae, desplazándose por encima del rectal, destruyendo el paralilismo de la fístula y dejando ver abajo la superficie cruenta del colgajo rectal.

Sutura aisladamente el orificio vaginal y el rectal, este último por la superficie cruenta y por último el periné.

Cuando sospecha que la operacion puede fallar, porque la antisepsia no ha sido rigurosa, deja abierta la herida perineal y el orificio rectal de la fístula, suturando solo el orificio vaginal; de modo que dejaba un drenaje por el periné que no tarda en cerrarse y en último caso que no sucediera así, trasformaba la fístula recto vaginal en una fístula perineal que es mucho mas soportable que la primera y la deja en buenas condiciones para otra operacion.

Felizet en 1891, recurre á un método mas ó menos análogo que el anterior, pero él una vez que ha hecho el desdoblamiento, introduce la sonda acanaladada por la herida perineal y la saca por el orificio rectal de la fístula y secciona el tabique así comprendido, sutura el orificio vaginal y deja la superficie cruenta rectal para que cure por segunda intencion.

El último procedimiento que tenemos aplicado al tratamiento de las fístulas recto-vaginales, es el que ha ideado

Condamin para una enferma que presentaba una fístula consecutiva á una desgarradura del periné.

El procedimiento Condamin tiene por fin la interposicion de las masas musculares perineales, entre los dos orificios de la fístula, una vez hecho el desdoblamiento del tabique recto-vaginal, y prévia sutura de estos orificios.

Los músculos del periné retraídos hácia las ramas isequio-pubianas, son llevadas á la línea media y suturados por medio de hilos intersticiales.

Procedimiento de Condamin — 1º *tiempo*: Desdoblamiento del tabique recto-vaginal.

Traza una insicion en forma de *U* entre la vulva y el ano remontando las ramas hasta el intersticio de los grandes y pequeños labios; desdobla el tabique con las tigeras y cuando ha llegado al trayecto, lo corta con el bisturí y continua el desdoblamiento hasta mas arriba, sacando la indicacion de la altura de la fístula.

2º *tiempo*: Sutura del orificio rectal y vagina.

Se hace aisladamente de cada uno, del lado de la seperficie cruenta para el orificio rectal y por la vagina del orificio vaginal.

3º*tiempo:* En este tiempo hace la sutura muscular con catgut grueso; el primer hilo que pasa es el del medio, penetrando á cinco milímitros de la piel en la superficie cruenta, tomando profundamente las masas musculares retraídas lateralmente, viniendo ha salir en un punto simétricamente opuesto; luego se continúa poniendo hilos arriba y abajo,

que una ves suturados quedan formando dos triángulos musculares interpue stos entre los orificios fistularios; sutura el periné y hace una curacion antiséptica.

Este procedimiento ha sido aconsejado por Fabre en su tésis doctoral del 97; pero sin aportar casos operados.

Ch. Anger ha recurrido tambien una vez, cuando los otros procedimientos no le habian dado resultado á un método que obtuvo un éxito completo.

Levanta un colgajo á la izquierda de la fístula, cuya base corresponde á esta, aplicando luego el colgajo sobre la fístula, por su superficie epitelial y la cruenta la deja arriba; luego talla un colgajo á derecha y lo hace deslizar por encima del anterior, suturándolo al lado opuesto.

Por último, para no ser cansador, me reduciré á citar la colpocleisis, como último recurso al que se puede apelar cuando hay gran destruccion de tejidos y que no se puede pensar en ninguna de las operaciones anteriores.

Acabamos de pasar en revista todos los procedimientos que han sido ideados para el tratamiento de las fístulas recto-vaginales y su número nos lleva á pensar ya en la insuficiencia de muchos de ellos. Efectivamente cualquiera se encontrará perplejo, al recorrer con la vista esta serie — casi interminable diré — de métodos para una afeccion tan sencilla que parece á simple vista y sin embargo tan rebelde á su curacion.

Antes de pasar adelante haré notar que muchos de estos procedimientos no han sido aplicados mas que por su

autor, y es á causa de ello que há mucho tiempo no se haya adoptado ya un método general para el tratamiento de esta afeccion; tal es el de Segond que no he visto en ninguna revista, una comunicacion sobre la aplicacion de este procedimiento. Esto no ha pasado desapercibido de los Ginecólogos Argentinos que, deseosos siempre de marchar adelante, lo ponen en uso, para ver todo el provecho que de él podían esperar; pues el éxito ha sido completo, como lo veremos despues, porque al fin podemos contar con un medio eficaz y seguro para combatir esta afeccion.

Eleccion de procedimiento — Llegamos á la parte importante de este trabajo, cual es, la eleccion de procedimiento.

Siéndonos dado un caso, por cual de estos métodos obtaremos? Es acá donde viene la divergencia de opiniones, declarándose los cirujanos partidarios de tal ó cual proceder.

El avivamiento, ha llevado durante un tiempo largo la mayoría de votos, que cuenta con muchos partidarios, fundándola sus sostenedores en lo simple y sencilla que era la operacion; pero bien pronto se nota que los resultados, no estaban en proporcion con el ardor que la defendían. Los insusesos eran frecuentes, reprochándosele ademas, de dejar á la enferma en peores condiciones que antes, para ser tratada por una nueva operacion. Ciértamente que la operacion es sencilla, pero tambien son justas las objeciones que se le hacen; efectivamente el aviva-

miento necesita de una exeresis considerable, de gran desperdicio de tejidos y si tenemos en cuenta que con suma frecuencia falla, encontraremos la causa de que los cirujanos la vayan dejando á un lado ó la apliquen como simple tanteo.

Pero no solamente es incierto, sino tambien es peligroso en ciertos casos, como ser, para las fístulas altas situadas en el fondo de saco posterior, que puede penetrarse con la aguja é infectar la serosa abdominal.

Respecto á la pireneorrafia, no hace mucho tiempo que ha sido preconizada — siguiendo el procedimiento de Lawson Taid — como el proceder de eleccion por Monad adhiriéndose á la misma opinion Routier y Pozzi, yendo este último, hasta para las fístulas altas y estuviese intacto ó no el periné; pero este medio tiene tambien inconvenientes y muchas veces se encuentra con un periné sano y resistente, viéndose obligado á cortarlo; para las fístulas altas, es una operacion seria y de resultados inseguros.

Las estadícticas de curaciones, por la perineorrafia dan un 40 %, lo que nos indica la frecuencia con que no dá resultado.

En resúmen, podemos decir que todos estos procedimientos son muy infieles y que casi siempre hay que repetir la operacion.

Mas no sucede lo mismo con el procedimiento de Segond, que no tiene ninguno de estos inconvenientes y que al contrario cura infaliblemente la fístula.

Con este procedimiento no se expone á la enferma á someterla á varias operaciones, siendo completamente inofensivo por lo demás. Es á este medio que debe recurrir de hoy en adelante el cirujano cuado se encuentre en presencia de una enferma de esta clase, sin temer el resultado que suficientemente está comprobado con las seis observaciones que presento, sin que ninguna haya tenido necesidad de ser sometida á otra operacion.

Quizás se me objetará que la operacion por sí mismo, es ya seria y que muchas veces lleva consecutivamente estrecheces del recto ó incontinencia de materias fecales; que para las fístulas altas, necesita resecar mucha mucosa y mas propenso por lo tanto á poner la sutura sobre una mucosa tensa que los hilos la cortaran fácilmente y que en vista de todo esto, se debe recurrir á una operacion mas sencilla.

Estas objeciones ya no tienen su razon por hoy. Es cierto que la operacion es un poco seria, pero tambien está bien compensada con la curacion radical que lleva consigo, que no hace correr el riesgo á la enferma, de someterla á varias operaciones y la expone menos á accidentes clorofórmicos, que por lo demás, no todas se resignan á tornar tres y cuatro veces.

La incontinencia, no hay que temerla, porque la operacion está bien reglada hoy.

Basta tomar ciertas precauciones, para impedir su produccion. Estas precauciones son : de no cortar la mucosa

rectal, al hacer la insicion circular, á su union con la piel del ano, sino por encima, dejando uo collerete de mucosa de dos á tres milímetros, contiguo á la piel y al mismo tiempo respetando las fibras musculares del esfinter. Además, en lugar de hacer la reseccion de la mucosa, siguiendo un plano oblícuo de arriba abajo y de adelante atrás, como lo hace Segond, debe hacerse circularmente, á la misma altura, porque parece que muchas veces la incontinencia era debida á la desigual tension de la mucosa que estaba en contacto con el espinter.

Respecto á la estrechez, que en general resulta, cuando se ha resecado una porcion algo considerable de mucosa (como es el caso, cuando se opera fístulas situadas muy arriba) porque algunos puntos ceden, cortando la mucosa á causa de la gran traccion de esta, quedando una superficie cruenta, que despues de cicatrizada, retrae el orificio rectal, este pequeño temor se puede hacer desaparecer introduciendo una pequeña modificacion al procedimiento.

Para que la fístula cierre no es necesario siempre que desaparezca el orificio rectal de la fístula, es suficiente que desaparezca el paralelismo existente del trayecto, colocando en frente del orificio vaginal una mucosa sana y bien nutrida.

Así cuando uno se encuentra con una fístula situada muy arriba, en lugar de resecar la porcion de mucosa situada por debajo de la fístula, bastará desplazar el orificio rectal unos dos ó tres centímetros por debajo del orificio

vaginal para ver curada la afeccion; de este modo ya no tendremos la probabilidad de que los puntos de sutura cedan y lleven consecutivamente estrecheces, porque no se hará la sutura sobre una mucosa tensa que los traccionará.

Una vez despojados estos pequeños reproches que se le pueden hacer al procedimiento, encontramos todavía ciertas circunstancias que abonan en favor de este método, como procedimiento de eleccion.

Si nosotros recordamos que las causas mas frecuentes de esta afeccion, es el goma-sifilítico, los abcesos del tabique y el parto, que con su frecuencia llevan consigo estrecheces del recto, ocupando; ya sea toda su circunferencia ó solo una de sus paredes y que estas estrecheces á su vez provocan dilataciones varicosas de las venas situadas por debajo ó que estas varices existan al mismo tiempo que la fístula, cosa común de observar en las enfermas que han tenido partos anteriores; por otra parte, si nosotros tenemos en cuenta que con este procedimiento tratamos al mismo tiempo estas complicaciones, tendremos un motivo mas para seguir á Segond en el tratamiento de las fístulas recto-vaginales.

Una prueba de lo infalible é inócuo del procedimiento, lo demuestra la historia de seis operadas, que han curado completamente de su fístula, sin presentar hasta ahora ninguna consecuencia de importancia; hay que advertir algunas de estas enfermas han sido ya operadas otra vez

por otros procedimientos y que no han dado resultado, las otras son operadas por la primera vez por el procedimiento de Segond y no hemos tenido necesidad de recurrir á una segunda operacion.

Por todas las razones expuestas anteriormente, creo que los procedimientos que tienen su base en el avivamiento ó bien en la perineorrafia, deben ser dejados á un lado, porque son completamente inciertos é inseguros, ya porque la antisepsia no puede ser rigurosa ó como dice Lucas Championnière «en muchos casos no sabemos el por qué». Deben ceder el lugar al método de Segond, que con él, no se encontrará en esos apuros con que los clientes saben poner al médico, — sin tener conciencia de ello, — cuando le pregunten sobre el éxito de la operacion y que efecto le debe producir al cliente si uno le dice que el resultado no es seguro y que talvez haya necesidad de recurrir á una segunda y tercera operacion.

Siguiendo á Segond, hoy se podrá responder del éxito de la operacion y el cirujano que la practique no hará mas que aumentar su fama, en tanto que aquellos que sigan otros procedimientos correran el riesgo de quedar muchas veces mal parado.

Cuidados consecutivos — Los cuidados consecutivos se reducirán á poner iodoformo en la herida ó simplemente gaza aséptica. Algunos cirujanos aconsejaban poner un tubo rectal con el fin de facilitar la salida de los gases, pero este tubo tiene mas inconvenientes que beneficios,

pues provoca mucha tenesmo y obliga á la enferma á hacer esfuerzos de defecacion.

Se debe sacar la orina con la sonda, para evitar que esta pueda correr por la vulva é insinuarse en la herida.

En donde no estan tambien de acuerdo los cirujanos, es sobre si debe constiparse á la enferma.

Hay algunos que los ocho primeros dias le administran á la enferma diez á quince centígramos de opio y recien en esta época, le dan un enema y despues un purgante, esperando que la cicatriz no cederá á este tiempo; al contrario hay otros que desde el segundo dia le dan purgantes, para evitar la acumulacion de materias fecales; pero hace correr el riesgo de infectar la herida.

Hegar ha tomado un término medio y al cuarto dia por la noche le administra calomel y al dia siguiente una copa de agua purgante cualquiera, despues que ha ido dos veces del cuerpo, le dá nuevamente opio y la vuelve á purgar á los dos dias y así sucesivamente.

Nosotros hemos constipado durante ocho dias á las enfermas y lo soportan bien.

Hemos seguido tambien los consejos de Hegar y no hemos encontrado ninguna consecuencia.

ERNESTO I. MORENO.

Observacion Primera (HOSPITAL RAWSON)

OPERADA EL 1° DE OCTUBRE 1898

Operador Doctor **MOLINARI**

Elisa Jiestein, polaca, de 25 años de edad, con dos años de residencia en el país.

Antecedentes hereditarios—El padre y la madre, como tambien sus siete hermanos, son sanos.

Antecedentes personales — No recuerda haber tenido ninguna enfermedad en su infancia.

A los 12 años tuvo su primera regla, siendo éstas regulares é indoloras y bastante abundantes. A la edad de 14 años ha tenido familia, siendo su niño muy sano.

Ha tenido fiebre amarilla, dos veces, con intervalo de un año en San Pablo (Brasil).

Hace tres años próximamente, que ha entrado de prostituta. Al poco tiempo de entregarse á su nueva profesion, se enfermó de llagas á la garganta, apareciendo al mismo tiempo cefalalgia nocturna, manchas rosadas en todo el cuerpo y acompañada de caída abundante de cabellos; aplicado el tratamiento expecífico, se curó pronto de esta dolencia.

Hace siete meses que ha tenido ulceraciones en la vagi-

na; quedándole una vez curada ésta, en trayecto fistuloso que permite el pasage de gases por la vagina.

Es en vista de este accidente que recurre al médico, quien descubre una fístula recto-vaginal.

Ha sido operada dos veces en Río Janeiro de su fístula, habiendo fallado dos veces la operacion.

Estado altual — Presenta á un centímetro de la vulva, en la vagina, un pequeño orificio que, introduciendo en él un estilete, se vé que comunica con el recto, porque el dedo introducido en este orificio siente la punta del instrumento á los tres centrímetros proximamente del ano.

A un centímetro por encima del orificio rectal de la fístula, se nota un estrechamiento que no permite pasar el dedo índice, prolongándose siete centímetros mas arriba.

Hay un ligero exema intertrigo en los grandes labios y region supero interno del muslo.

Operacion — Prévia anestesia clorofórmica y tratamiento específico pre-operatorio durante durante 15 días, se reseca siete centímetros de mucosa rectal, á partir de la márgen del ano, hasta por encima de la estrecez. Se sutura el borde inferior de la mucosa resecada á la mucosa dejada en continuidad con la piel del ano.

Se aviva el orificio vaginal y se sutura.

A los ocho días se sacas los puntos de sutura. Curacion sin estrechez.

Observacion Segunda (HOSPITAL RAWSON)

OPERADA EL 15 DE NOVIEMBRE DE 1898

Operador **EL AUTOR**

Adela Rodriguez, argentina, casada, de 43 años de edad, sus antecedentes hereditarios no tienen importancia, en cuanto á los personales, recuerda haber tenido sarampion y fiebre tifoidea cuando niña.

Regló por primera vez a los 13 años y han sido siempre normales.

Contrajo matrimonio á los 14 años del cual ha tenido dos hijos, siendo sus dos partos difíciles, que han tenido necesidad de hacerle aplicaciones de forceps.

A los 20 años ha contraído la sífilis, contagiada por el marido, según dice ella; desde esta época no ha tenido mas familia.

Enfermedad actual — Hace cuatro años próximamente que notó que perdia gases por la vagina, atribuyéndolo la enferma á que se hubiera herido con el dedo, que con frecuencia se introducía en el recto, con el fin de espulsar los gases intestinales que se le acumulaban; pero la causa real es seguramente un proceso sifilítico del tabique recto-

vaginal, porque la fístula está complicada con una estrechez del recto y es á esta estrechez que se debe acumularse las materias fecales y gases; aún cuando ella dice en no haber notado nunca ninguna alteracion de este lado.

El exámen de la enferma permite reconocer el trayecto fistuloso que hace comunicar el recto con la vagina; estando á dos centímetros de la vulva y abriéndose á 4 centímetros del ano.

Haciendo el tacto rectal se descubre por encima de la fístula una estrechez circular tomando toda la circunferencia del recto que no permite el pasage del dedo índice, y teniendo una longitud de 4 centímetros mas ó menos.

Se la opera por el procedimiento de Segond, pero como había que resecar unos diez centímetros de mucosa mas ó menos y como se temía que los puntos de sutura cortaran los tejidos, se resolvió dejar la estrehez al nivel del espinter. Se aviva la mucosa vaginal y se sutura.

Salió curada de su fístula el 5 de Diciembre.

Observacion Tercera (HOSPITAL RAWSON)

OPERADA EL 22 DE AGOSTO DE 1898

Operador: **Dr M. HERRERA VEGA**

Teresa Caparena, casada, 28 años, de profesion lavandera; sus antecentes hereditarios son sin importancia.

Ella no recuerda haber tenido enfermedad en su infancia.

Las reglas le aparecieron la primera vez á los 16 años, contrayendo matrimonio á los 19 años, del cual ha tenido seis hijos; los tres primeros han muerto: el 1° de mininguitis, el 2° de bronco-neumonia y el 3° no sabe; los otros tres estan sanos.

Enfermeddd actual — Hace dos años y medio, despues del último parto, notó á los pocos días de éste que perdia sangre por el recto y la vagina, continuando un tiempo asi; luego observó que perdía gases y materias fecales líquidas.

Al hacer el exámen se descubre una pérdida de sustancia á un centímetro y medio por encima de la vulva; pérdida de sustancia que se continua por un pequeño trayecto que vá á abrirse en el recto á 3 centímetros del ano.

La parte inferior de la mucosa rectal está engrosada, presentando dilataciones varicosas que se manifiestan al exterior por un rodete turgente de coloracion violácea.

Se procede á la operacion siguiendo el procedimiento de Segond; se reseca unos cuatro centímetros de mucosa; se encuentra el espinter externo atrofiado y representado tan solo por algunas fibras musculares.

En los primeros días de Octubre se la da de alta completamente curada.

Observacion Cuarta (HOSPITAL RAWSON)

OPERADA EL 8 DE SEPTIEMBRE DE 1898

Operador Doctor **PICARDO**

Rosa Girossi, italiana, 28 años, casada.

Antecedentes hereditarios — El padre murió de una afeccion de la médula á la edad de 55 años. La madre vive y tiene 54 años, sufriendo de reumatismo.

Antecedentes personales — Ha tenido sarampion á los tres años, despues no recuerda haber tenido otra feccion.

Regló á los 15 años. Se casó á los 21 años. A los siete meses de contraer matrimonio tuvo una ulceracion no dolorosa de la vulva que le duró dos meses. A esta época le apareció manchas rosadas en todo el cuerpo, grandes cefalalgias, caída abundante del pelo y de las cejas, placas mucosas en la boca, etc., que con el tratamiento mercurial se puso bien.

Desde hace mucho tiempo ha sufrido de hemorróides, que muchas veces le han originado grandes pérdidas de sangre.

Hace tres años que le apareció un tumorcito á la entrada de la vagina, que al poco tiempo se reventó, tardando

dos meses en curarse. En este tiempo vé que cada vez que tomaba purgante, las materias líquidas eran expulsadas por la vagina.

En estas condiciones ingresa al servicio, presentando un trayecto fistuloso, que parte á dos centímetros de la vulva y vá á desembocar en el recto á cuatro centímetros del ano.

Además, se encuentra un gran paquete de hemorróides internos, que salen afuera.

No presenta alteracion de otros órganos dignos de mencion.

Prévio tratamiento específico pre-operatorio, se procede á la operacion resecando hasta medio centímetro por en cima de la fístula.

Sale de alta el 3 de Octubre, curada, con tratamiento mercurial.

Observacion Quinta (HOSPITAL DE CLÍNICAS)

OPERADA EL 15 DE NOVIEMBRE DE 1898

Operador: **Dr. MOLINARI**

Petrona Príncipe, italiana, 32 años, casada, de antecedentes hereditarios buenos.

Antecedentes personales — A los 8 años dice haber tenido malaria, á los 14 años tuvo sus primeras reglas, siendo estas regulares y poco abundantes; se casó á los 17 años, teniendo á los 5 meses un aborto; hace cuatro años que ha tenido un parto difícil, que tuvieron necesidad de sacarle con el forceps.

A los pocos dias notó que materias fecales líquidas y mas tarde sólidas salian por su vagina. Como al mes empezó á notar dificultad para mover el vientre y sentía dolores cada vez que hacía esfuerzos para defecar; esta dificultad y dolores han ido aumentando paulatinamente hasta el estado en que hoy se encuentra.

Estado actual — Constipacion habitual, pasando seis y ocho dias sin defecar.

Siente muchos dolores en el momento de defecar; tiene

necesidad de hacer muchos esfuerzos para ir del cuerpo.

Expulsa gases por la vagina y pierde materias fecales líquidas ó bien los líquidos del enema cuando se da.

El exámen local deja descubrir cicatrices fibrosas por encima de la orquilla y al mismo tiempo un trayecto fistuloso situado á tres centímetros que vá á desembocar en el recto

Haciendo el tacto rectal se nota inmediatamente por debajo del orificio fistulario un estrechamiento acentuado que no deja pasar una sonda de Budin Nº 14. Examinando por la vagina se observa, que el tejido fibroso y duro que corresponde á la estrechez rectal, se eleva unos cuatro centímetros mas ó menos.

La semi-circunferencia posterior del ano está flacida y de coloracion violácea; está cubierta de mariscos:

Por debajo de la estrechez se encuentran venas varicosas.

Se le opera haciendo la reseccion de la mucosa hasta por encima de la estrechez.

El espinter se encuentra reducido á algunas fibras.

Salió de alta el 11 de Diciembre completamente curada.

Observacion Sexta (HOSPITAL DE CLÍNICAS)

OPERADA EL 8 DE ENERO DE 1899

Operador Doctor **MOLINARI**

Ana Fernandez, argentina, 24 años, soltera.

El padre murió de una pulmonía.

La madre vive y sufre de reumatismo; de cinco hermanos que han sido, solo viven dos y son sanos.

Antecedentes personales — Ha tenido sarampion y tos convulsa, cuando niña, viniéndole á consecuencia de ésta una broco-neumonia.

Sus reglas le aparecieron por la primera vez á los 13 años, y éstas han sido irregulares, dolorosas y poco abundantes; ha tenido flujo blanco, con intérvalos mas ó menos largos.

A los 18 años contrajo la sífilis, teniendo ésta manifestaciones graves.

Enfermedad actual — Hace un año que sintió desarrollarse un tumorcito en la vagina, no doloroso, pero incómodo. Como al mes se le abrió, corriéndole un poco de materia mezclado con sangre, habiéndose curado como al

mes con el tratamiento mercurial.

En esta fecha comenzó á perder gases por la vagina.

Haciendo el exámen, se encuentra con una fístula situada á 5 centímetros de la vulva y que se abre en el recto á una altura mas ó menos igual.

Se la opera siguiendo el procedimiento de Segond, y se reseca como unos siete centimetros de mucosa.

A los veinte días salió de alta, curada.

Proposiciones Accesorias

I.

El procedimiento de eleccion para el tratamiento de las fístulas recto-vaginales es el de Segond.

II.

En las afecciones del estómago los síntomas subjetivos son de importancia relativa.

III.

Para el tratamiento quirúrgico de las hemorróides, el mejor procedimiento es el de Whitehead modificado por Lejars.

Julio 24 de 1899.

SEÑOR DECANO:

Trascribo á continuacion el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno D. Ernesto I. Moreno.

« En el local de la Facultad, á 24 de Julio de 1899, reu-
« nidos los que suscriben encargados de dictaminar res-
« pecto de la admisibilidad de la tésis presentada por el
« ex-alumno Sr. Ernesto I. Moreno, que versa sobre *Cu-*
« *ra radical de las fístulas recto-vaginales*, resolvieron
« admitirla. Con lo que terminó el acto. — Firmados:
« *J. T. Pinto, E. Bazterrica, José F. Molinari, Zenon*
« *Aguilar.* »

Luis M. Acuña.

fecha ut supra:

Entréguese esta tésis al interesado para su impresion, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

F. T. VACA.
Luis M. Acuña.

BIBLIOGRAFIA

Auvard A. — Traite ginecología (92)

» » — Revista de ginecología (97)

Churchill — Maladies de femme (89)

Duplay y Reclus — Traite de chirurgía (98)

Doleris — La ginecología — 2º tomo.

Eustache — Maladies de femme (85)

Lawson Tait — Maladies de femme (91)

Lavadie Lagrave — Maladies de femme (98)

Martin — Maladies de femme (91)

Pozzi — Ginecología (97)

» — Revista de ginecología Nº 4.

Schœder — Maladie de femme (87)

Semaine Medicale — (86-87-90-94-95)

Terrier Harmann — Maladies de l'anus et du rectum

Tomás — Enfermedades de mujeres (86)