

6.—Tratar de hacer un diagnóstico exacto del tipo de bocio para hacer una buena terapéutica médica y quirúrgica.

K.---Bibliografía.

1.—John de J. Pemberton. Text-book of Surgery by Christopher.

2.—Samuel F. Haines.— Text-book of Surgery by Christopher.

3.— Testut-Latarget.— Anatomía Humana.

4.— Thorek.— **Madera** Surgical Technic.

5.— Eduard H. Ryneanson. The Journal of the Michigan State Medical society. Marzo del 47. The Journal of the American Medical Association.

6.— Max Goldziehar.— Endocrinología Práctica.

FÍSTULAS VESICOVAGINALES

Escribe*

Dr. Juan MONTO Y A ALVAREZ

Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital General

Nada nuevo he querido aportar al ocuparme de este difícil tema de Ginecología, simplemente quiero exponer mis experiencias en los pocos casos en que he tenido la suerte de accionar, ya en casos personales o en colaboración en casos de otros Ginecólogos.

Para facilitar el desarrollo de este trabajo, lo he dividido en los siguientes subtítulos:

BREVE RESEÑA HISTÓRICA
ETIOLOGÍA
SINTOMATOLOGIA
DIAGNOSTICO
HISTORIAS CLÍNICAS
CONCLUSIONES
BIBLIOGRAFÍA

BREVE RESEÑA HISTÓRICA

Fue Ambrosio Paré quien por primera vez en el siglo XVI, se ocupó de este molesto estado morboso y propuso un método de tratamiento. Antes del descubrimiento del Fórceps Obstétrico debe de haberse presentado este accidente con mucha frecuencia, ya que entonces los únicos medios a que podía echar mano el cartero para tratar los partos distócicos, eran unos cuantos instrumentos defectuosos para efectuar la craneotomía. Son tan conspi-

cuos y enfadosos los síntomas de las fístulas vesicovaginales que es imposible se pasen inadvertidos, y, sin embargo de ello, pocas son las enfermedades a que está expuesta la mujer, a que hayan dedicado tan poca atención los médicos de la antigüedad. Hasta la celulitis pélvica y otras enfermedades que sólo en tiempos recientes atrajeron la atención de los Ginecólogos modernos, fueron descritas con claridad por los médicos de la escuela Griega; en cambio este estado morbozo tan molesto, que causa tanta **infelicidad** y hace desdichada la vida conyugal y que tan urgentemente demanda alivio, apenas fue mencionado.

La obra de Aetius acerca de las enfermedades de la mujer y que contiene citas de Sorano, Aspasia, Galeno, Filomeno, Arquigenes, Leonidas, Rufo, Filagrio, Asclepiades y de todos aquellos escritores de nota, cuyas escrituras fueron guardadas en la biblioteca de Alejandria, que fue la sede de sus labores, en ninguno de ellos se hace mención de esta enfermedad. Cerno se ve, los escritores de las escuelas griega, romana y árabe, no tuvieron parte ni cooperación alguna en el tratamiento de la fístula vésicovaginal.

No es sino que hasta el año 1570, que Ambrosio Paré, propuso el cierre de la fístula vésicovaginal con ayuda del retináculo. En 1660, Roonhuysen, de Amsterdam, se valió del espéculo para reavivar los bordes de la fístula y unirlos con una aguja. En 1720, Vaelter, de Wurtember, aconsejó se emplease una aguja, una portaguja, hilo de seda o de cáñamo y una sonda. En 1792, Fatio, de Basilea, hizo la sutura con un torzal, colocando a la paciente en la posición de litotomía. En 1812, Naegele, de Wurtember, reavivó con tijeras los bordes, los puso en coaptación con agujas y empleó la sutura de puntos separados. En 1817, Schreger, de Alemania, colocó a la paciente en decúbito ventral, reavivó los bordes e hizo la sutura con puntos separados. En 1825, Lallemand, de Francia, aplicó nitrato de plata a los bordes de la fístula y los unió con una "sonda erina" que pasó por entre la vejiga y logró curar cuatro pacientes de quince. En 1834, Gosset, de Londres, empleó la posición genuolecraneana, el espéculo elevador del perineo, la sutura con hile metálico y la sonda de permanencia en la vejiga. En 1836, Beaumont utilizó la "sutura emplumada," o con pinzas. Jobert de Lamballe (1837) recurrió a la autoplastia, trasplantando porciones de tejido de los labios vulvares, de las nalgas o de los muslos. Hatward (1840), de Boston, dio cuenta de tres pacientes curadas por medio del reavivamiento de los bordes y de la sutura con seda. Este cirujano mejoró notablemente la técnica y cooperó al buen éxito de la operación, al reavivar no tan sólo los bordes de la fístula, sino también las superficies vaginales contiguas. Pero es a Marión Sims, de los Estados Unidos de Norteamérica, a quien se debe el mérito de haber combinado los tres medios que son indispensables para alcanzar el buen éxito operatorio, tales son: el espéculo, "a sutura y la sonda.

Los principios a que Sims tiene derecho son:

1º El método por cuya virtud podía distenderse y explorarse la vagina.

2º El método de sutura que r?o tenía probabilidades de provocar inflamación ni ulceración.

3º La manera de conservar vacía la vejiga durante el proceso de cicatrización.

ETIOLOGÍA

Desde el punto de vista etiológico, se las divide en obstétricas, ginecológicas, traumáticas propiamente dichas, actinogenéticas, neoplásicas e inflamatorias.

Las **fistulas véscicovaginales** de tipo obstétrico se producen por diversos mecanismos: en el período expulsivo, la cabeza fetal es empujada a través de la excavación pelviana y las partes blandas del conducto útero vaginal se distienden al máximo, a la vez que son comprimidas, más o menos violentamente, pero en forma pasajera, en el parto normal. Si esta compresión es más intensa y duradera, las partes blandas comprendidas entre la cabeza fetal y el pubis, son perturbadas en su circulación, ésta disminuye y la isquemia consecutiva compromete la vitalidad de los tejidos. Se forman así escaras que al eliminarse en la primera semana del puerperio dejan pérdidas de sustancia de extensión variable y se constituye la fistula.

La neorosis puede producirse en la pared vaginal, en el tabique uretrovesicovaginal y en el de uréter; pero el órgano más expuesto es siempre la vejiga; de ahí que las fistulas más habituales determinadas por los traumatismos obstétricos sean las de tipo véscicovaginal.

Otras veces la fistula obedece a una desgarradura del tabique véscicovaginal consecutiva a un parto rápido y violento.

Finalmente, las fistulas véscicovaginales obstétricas pueden ser producidas por una operación relacionada con el parto: aplicación de fórceps o céfalotribo, sinfisiotomía, etc., efectuadas con técnica incorrecta.

En estos casos la fistula se constituye precozmente, determinando una incontinencia urinaria inmediata; en cambio, en las fistulas por partos distócicos, que tardan unos días en producirse, sobreviene la incontinencia más o menos tardíamente.

Las fistulas véscicovaginales de tipo ginecológico son consecutivas a operaciones sobre los órganos genitales como histerectomías ampliadas por vía vaginal o abdominal, correcciones de prolapso, etc., efectuadas con fallas de técnica, o determinadas por las condiciones locales de la afección: infiltración neoplástica del tabique véscicovaginal, en los tumores malignos del cuello uterino, vagina o vejiga.

Es posible también que el origen de la fistula sea un flemón o absceso abierto simultáneamente en vejiga y vagina, o un pesa-

río o cuerpo extraño en la vagina, que hayan determinado una ulceración o por lesión tuberculosa o sifilítica localizada en la vejiga o vagina.

Las fistulas véscicovaginales traumáticas propiamente dichas, son rarísimas, pues dada la situación anatómica de dichos órganos es muy difícil que un agente vulnerante pueda herirlos.

Las **fistulas** véscicovaginales **actinogenéticas** son aquellas producidas por radionecrosis por exceso de dosis, lo que entraña un error de técnica, o por fusión neoplásica del tabique véscicovaginal consecutiva a la destrucción por el radio de carcinoma que ha infiltrado dicho tabique, o por hipersensibilidad tisular a las radiaciones.

De acuerdo con el asiento de la pérdida de sustancia, las fistulas véscicovaginales se subdividen en: a) **véscicouréterovaginales**; b) véscicocérvicovaginales; c) céscicovaginales propiamente dichas y d) véscicoutetrovaginales.

SINTOMATOLOGIA

El síntoma fundamental es, naturalmente, la pérdida de orina por la vagina, que puede ser continua o intermitente.

Si la comunicación entre la vejiga y la vagina es amplia, la pérdida de orina es continua y la enferma no consigue una micción voluntaria.

Cuando el calibre de la fistula es pequeño la pérdida de orina es continuada; para la vejiga puede retener cierta cantidad que permite a la enferma orinar voluntariamente.

En las fistulas pequeñas y bajas, la pérdida es intermitente, de acuerdo con la posición de la enferma; cuando está acostada, durante cierto tiempo no pierde orina, porque ella se acumula en las porciones más superiores de la vejiga, en cambio durante la estación de pie, la pérdida es permanente. Cuando la fistula está situada más arriba sucede lo contrario: la paciente pierde orina en la posición acostada y no en la vertical.

Las mujeres con fistulas véscicovaginales, en procura de un alivio transitorio recurren a ciertos artificios para transformar una pérdida permanente en discontinua, así por ejemplo: algunas adoptan la posición acostada o de pie, otras el decúbito ventral, y finalmente, algunas consiguen retener en la vagina cierta cantidad de orina contrayendo los mus^l es y los músculos del suelo pelviano.

Cuando la paciente expresa que la crina se escapa permanentemente y que no tiene ninguna emisión voluntaria, se trata de una fistula ureterovaginal bilateral, o de una fistula **véscicouterina**, o, lo que es mucho más probable, de una gran fistula véscicovaginal. Si en cambio la enferma manifiesta que tiene micciones normales además de la incontinencia, se tratará de una pequeña fistula véscicovaginal o de una fistula ureterovaginal unilateral que vuelca la orina en la vagina en tanto que el uréter indemne la elimina en la vejiga.

DIAGNOSTICO

Es muy fácil en la mayoría de los casos por los antecedentes del parto o de la intervención obstetroginecológica y por la pérdida de orina manifestada por la enferma y comprobada por el médico. Hay que evitar el error de tomar por una fistula la incontinencia de orina debida a parálisis del cuello vesical que suele observarse en las púerperas. En este caso, el examen revelará la integridad del tabique véscovaginal y que la orina sale por el meato uretral.

Diagnosticada la fistula, es necesario reconocer exactamente su localización, sus dimensiones, así como las lesiones concomitantes.

Cuando la fistula data de algún tiempo, la pérdida incesante de orina, al principio tolerada por la vagina y la vulva, acaba por irritarlas y se producen escoriaciones, lesiones inflamatorias, y en ciertos casos verdaderas ulceraciones. La vagina es estrecha, y en la vulva y regiones vecinas es constante el eczema y el olor urinoso que mortifica a las enfermas y puede llegar a impedirles la vida de relación. Las diversas lesiones asociadas que suelen observarse complican el cuadro determinado por la fistula, y al modificar los tejidos entorpecen la cicatrización post-operatoria. Por otra parte, si no se trata la fistula, sobrevienen procesos inflamatorios crónicos que pueden comprometer a la vejiga y a la parte más alta del árbol urinario, con las consiguientes serias consecuencias.

Las pacientes deben ser cuidadosamente examinadas con valvas, y en ciertos casos es necesario colocarlas en posición genupectoral o en decúbito lateral de Sims. En los casos favorables la fistula se visualiza como un orificio más o menos grande, redondeado, ovalado o estelar, de bordes rojizos que corresponden a la mucosa vesical ectropionada. En las fistulas viejas los bordes están espesados y esclerosados. La inyección en la vejiga de líquidos coloreados, como el permanganato de potasio o azul de metileno, permitirá conocer la localización de la fistula al ser eliminados por ella a través de la pared vaginal si se trata de una fistula véscovaginal pequeña o del orificio cervical si es una fistula véscocouterina, mejor dicho véscocervical.

Cuando se consigue obtener cierta capacidad vesical obturando el orificio fistuloso con un balón pequeño introducido en la vagina, es posible practicar una cistoscopia, la cual, al mostrar las características de la fistula y al revelar el buen funcionamiento de los uréteres, permite descartar su lesión. El examen cistoscópico permite averiguar igualmente la existencia de inflamación vesical y su localización, asunto de gran importancia, ya que si tal cosa se comprueba, debe instituirse el tratamiento adecuado, antes de resolver cualquier intervención.

HISTORIAS CLÍNICAS

En los últimos tres años de mis labores hospitalarias he tenido la suerte de observar diez casos de fistulas véscicovaginales.

En dos casos actué en colaboración con el Profesor Doctor Juan A. Mejía M., se trataba de dos enfermas portadoras de fistulas véscicovaginales consecutivas a partos prolongados por distocias pélvicas, asistidas dentro de los límites de la obstetricia primitiva. Mujeres jóvenes primigestas veían al iniciarse en el cumplimiento del noble deber de la maternidad que la naturaleza les había impuesto; truncado su bienestar personal y su felicidad conyugal; convirtiéndose en desdichados seres presas de desesperación, miseria y sufrimiento, por causas de una fistula véscicovaginal incurable.

En una de ellas el cuadro se hacía más doloroso, pues a la fistula véscicovaginal, se agregaban las molestias de una fistula rectovaginal.

En estas enfermas el Profesor Mejía, intentó la reparación ensayando las mejores técnicas descritas en los tratados de Ginecología, pero los resultados siempre fueron nulos.

En vista del constante estado de desesperación que su estado causaba a las pacientes, y de la insistente petición de operación por parte de ellas, y dadas las condiciones irreparables de dichas fistulas, ya que la abertura de la vejiga era tal que permitía la penetración de la mano en su cavidad a través de la vagina, y de la destrucción casi total de la uretra en ambas enfermas: decidióse el Profesor Mejía por la implantación de ambos uréteres en el rectosigmoideo.

Pué así cerno después de un preparatorio apropiado que nos constituimos en la sala de operaciones, con objeto de hacer la operación siguiendo la técnica de Coffey de la implantación simultánea de los uréteres. Los resultados demás está decir que fueron buenos desde el punto de vista mediato, pues las enfermas mejoraron, y el recto convertido en receptáculo funcionó perfectamente. De estas enfermas se han tenido noticias después de 10 meses, y su estado continuaba siendo aparentemente normal.

El tercer caso es personal; se trata de María Herminia Cerrato, de 24 años de edad, soltera, vecina de Maraita, que ingresó al servicio de Ginecología el día 23 de octubre de 1947, quejándose de una incontinencia de orina consecutiva a un parto laborioso.

Enferma secundípara de pelvimetría normal, cuya distocia-fué debida probablemente a un exceso de volumen de la cabeza fetal, ya que su parto anterior había sido normal: nos contó la enferma que unos cinco' días después del parto, sintió que le fluía la orina por la parte y que desde entonces no volvió a sentir deseos de orinar, mojando continuamente sus ropas.

Por el examen ginecológico pude comprobar que la orina fluía continuamente por la vulva, el tacto combinado me puso de manifiesto la existencia de la ruptura de la vejiga en la vagina en una extensión como 8 centímetros pudiendo por consiguiente intro-

ducirse cuatro dedos en su cavidad; la ruptura era muy baja, casi a nivel del cuello de la vejiga; además, por el cateterismo de la uretra se puso de manifiesto la ruptura de ésta a nivel del cuello vesical, pues se veía salir por este punto la extremidad de ja sonda introducida por el meato urinario.

La observación demostró también irritaciones y trastornos inflamatorios del periné y regiones circunvecinas de la vulva, consecutivas a la constante irritación por la orina. Con estos datos senté el diagnóstico de fistula vésicouretror vaginal.

Después de un cuidadoso preoperatorio dado que su estado general era bastante malo, decidí operarla el 3 de noviembre de 1947. Elegí el método de reparación en dos planos por despegamiento de las dos paredes vesical y vaginal y luego reconstrucción por simple sutura continua con catgut crómico N° 1 para la pared vesical y N° 2 para la pared vaginal. Simultáneamente reconstruí los dos extremos de la uretra seccionados por anastomosis terminoterminal hecha con sutura a puntos separados con catgut crómico N° 1. La intervención demás está decirlo fue muy laboriosa.

Una vez terminada la operación colocho una sonda permanente, y a través de ella hago unas instilaciones de azul de metileno, advirtiéndome con sorpresa que no hay escape a través de las suturas.

En estas condiciones es trasladada la enferma al servicio en donde va bien durante una semana, al cabo de la cual el escurrimiento reaparece.

Después de cuatro semanas y perdidas las esperanzas de reparación espontánea, ya que la fistula era de regular proporción —daba cabida a un dedo—; decido nueva intervención, y así el 8 de diciembre de 1947, le hago la segunda operación, siguiendo el procedimiento anterior; nueva prueba con azul de metileno al finalizar la intervención, y satisfecho del resultado inmediato, hago trasladar la enferma al servicio.

Después de 12 días de encarnamiento absoluto, el escurrimiento hace su reaparición, pero para entonces una cantidad de 900 a 100 gramos de orina es eliminada por la sonda, permanente, siendo pequeña diferencia la que se escurre por el orificio fistuloso.

Un nuevo examen practicado 3 semanas después de esta última operación, nos pone de manifiesto la presencia de un pequeño orificio —3 milímetros de diámetro— a través del cual se infiltra la orina de una manera continua gota a gota.

Con fecha 5 de enero llevé de nuevo la enferma a la sala de operaciones, e intenté la oclusión haciendo un orificio circular alrededor del orificio fistuloso, para luego suturar sus bordes y a continuación traslapé la pared de la vagina sobre esta última sutura vesical. El resultado fue malísimo, pues la enferma presentó el escurrimiento desde el segundo día de la intervención!

Considerando como un fracaso esta última intervención, decidí el 27 de febrero de 1948 una cuarta intervención, para entonces principié por hacer el despegamiento del orificio fistuloso y de la vagina, a continuación sorgeté circularmente dicha fistula infun-

dibulizando a continuación dicho orificio fistuloso, en seguida sorgeté nuevamente dicha infundibulización, con objeto de hacer nueva infundibulización, y por último sorgeté la parte correspondiente de la pared vaginal anterior.

Después de esta cuarta y última intervención, la enferma no presentó escurrimiento durante el tiempo que permaneció encamada —20 días—, pero luego que se le quitó la sonda permanente y se le permitió la deambulacion notó que se mojaba ligeramente, —sobre todo después de mucho ejercicio—, pero ya para entonces la enferma tenía micciones espontáneas.

Al hacer nuevo examen ginecológico es imposible por la simple inspección encontrar el orificio fistuloso; y no fue sino después de haber llenado completamente la vejiga de una solución de suero fisiológico con azul de metileno, y de ordenar a la enferma hacer esfuerzos de micción que se legró descubrir dicho orificio en uno de los pliegues de la vagina. Entonces encamé a la enferma con sonda permanente durante un mes, haciéndosele instalaciones de 20 cc. de una solución de Argirol al 10% cada 3 días, luego la enferma fue levantada, estando para entonces completamente curada.

En el tercer caso, también personal, se trata de Gertrudis Ortiz, de 23 años de edad, casada primígesta, procedente del departamento de Olancho, quien ingresó al servicio de Ginecología el día 12 de febrero de 1948 a curarse de una incontinencia de orina.

Más o menos un mes antes de su ingreso al servicio, —según referencias que nos hizo la enferma—, tuvo un parto distócico por estenosis pélvica; cinco días después de este parto laborioso —4 días de trabajo, que dio cerno resultado la expulsión de un feto muerto—, notó que la orina le fluía por la parte y desde entonces no ha vuelto a sentir deseos de orinar.

El aspecto de la enferma es de desnutrición acentuada, acompañada de una debilidad general que le imposibilita valerse de sí misma para el cumplimiento de sus necesidades fisiológicas y de la vida de relación.

Enferma pirética, taquicárdica, toxémica. El examen del bajo vientre nos pone de manifiesto la presencia de una masa semidura, que se extiende hasta cuatro traveses de dedo por encima del pubis y que es dolorosa a la palpación.

Al examen ginecológico se nota por la simple inspección de la vulva, la fluidez continua de la orina, y en las regiones circunvecinas de los órganos genitales externos, se notan excoriaciones y procesos inflamatorios.

El sondeo de la vejiga nos muestra la ruptura de la vejiga en la vagina en una extensión de 10 centímetros.

Por el tacto abdomino-vaginal es fácil introducir varios dedos en la cavidad vesical. Los fondos de sacos uterinos están ocupados y dolorosos.

Con todos estos datos se hacen los diagnósticos siguientes: peritonitis pélvica y fistula vésicoureterovaginal de origen obstétrico.

Se precede a los exámenes de laboratorio y se encuentra en un primer examen de sangre:

Glóbulos **Rojos** 2.010.000
Glóbulos **Blancos** 10.000
Hemoglobina 40%

Fórmula Leucocitaria r P. N. 70%
J ^- ^4%
[E. 3%

Hematozooario Negativo T.
C. 10 minutos T. de S. 8
minutos Reacción de Kahn
Negativa.

Se ordena un tratamiento antianémico, dietético y tónico general; y el 28 de febrero se le hace una transfusión de 350 gramos de sangre citratada.

Un nuevo examen ordenado una semana después de la transfusión nos reporta:

Glóbulos Rojos 2.620.000
Glóbulos Blancos 6.700
Hemoglobina 65%

Cinco días después nos dan el siguiente resultado, a nueva requisición:

Glóbulos Rojos 3.280.000
Glóbulos Blancos 10.700
Hemoglobina 65%

Fórmula Leucocitaria (P. N. 78%"
J —■ "*£
j W. M. 270
LE. 1%

Hematozooario Negativo
T. de C. 6' 30" T. de
S. 5'

Después de un tratamiento médico eficiente a base de reposo absoluto, bolsa de hielo, quinioterapia por las sulfas y penicilinoterapia sin lograr el beneficio esperado, resuelvo intervenir su perviperitonitis quirúrgicamente.

Con este objeto es llevada la enferma a la sala de operaciones el 12 de marzo de 1948, en donde es laparotomizada infraumbilicalmente; luego de abrir el absceso pélvico y de liberar las adherencias, procedo a la extirpación de las trompas, acto que acompaño de histerectomía fúndica y ovariectomía bilateral, en vista de las graves lesiones que interesaban estos órganos.

El abdomen fue drenado mediante cigarros, y durante el acto operatorio fueron transfundidos 300 gramos de sangre citratada diluida en suero Ringer.

Diez días después la enferma está completamente restablecida de esta primera intervención.

Con fecha 25 de abril del mismo año, resuelvo su primera intervención de reparación; de su fístula, y, con tal objeto, elijo el procedimiento del desdoblamiento y sutura de las dos paredes —vesical y vaginal— independientemente; reconstruyendo además en el mismo acto operatorio, la ruptura de la uretra.

El fracaso no se hizo esperar, la enferma siguió emitiendo orina desde el primer momento, y un examen practicado una semana después nos demostró la presencia de la fístula y la inutilidad del acto operatorio.

El 3 del mes siguiente, intento nueva reparación, siempre por vía vaginal, usando el mismo procedimiento, pero en este acto operatorio dadas las condiciones de la región a operar —vulva pequeña, periné duro e inextensible— y con objeto de ampliar el introito para facilitar las maniobras, decido hacer dos episiotomías oblicuas derecha e izquierda.

A pesar de todo esto, las dificultades fueren extremas, y después de varias tentativas infructuosas, consideré imposible un afrontamiento verdadero de las dos paredes vesical y vaginal.

Perdidas las esperanzas de reparación por vía vaginal, y después de una espera prudencié, que aproveché para seguir reforzando las defensas de la enferma, decidí una tercera intentona de reparación; pero ya para entonces quise aprovechar la vía abdominal para practicar la operación de Legué.

Fue así, como el 17 del siguiente mes me constituí en la sala de operaciones y por laparotomía infraumbilical abordé la vejiga; la operación resultó muy difícil, pues con gran dificultad pude llegar al orificio fistuloso.

Como resultado de esta última intervención he obtenido la reparación de la vejiga, quedándome todavía el problema de la uretrorrafia, la que tengo pendiente para próxima intervención, —dada la urgencia con que es solicitado este trabajo me fue imposible informar sobre el resultado final de esta enferma, de quien tendí é el gusto de informar en artículos siguientes.

Los otros casos de fistulas véscivaginales a que hago referencia, han sido casi siempre de origen neoplásico, y, en ellas, no he hecho más que,— honradamente hablando— diagnosticarlas.

CONCLUSIONES

1° Las fistulas véscicovaginales, constituyen uno de los más difíciles problemas a resolver, por la mayoría de los Ginecólogos.

2° Excepto las fistulas genitales de origen neoplásico, en las que el Ginecólogo moderno no tiene nada que hacer; en las fistulas genitales de otras etiologías, siempre —dados los progresos de las técnicas ginecológicas—, encentraremos un tratamiento apropiado a cada caso, con el que beneficiaremos notablemente nuestras enfermas.

3° En nuestra práctica hospitalaria hemos encontrado siempre predominando como causa etiológica de este molesto mal, el parto, es en el momento de cumplir con el noble y grande deber de la maternidad, que la naturaleza ha impuesto al sexo débil, que nuestras mujeres corren el riesgo de adquirir una fistula genital, tronchando en flor de esta manera su dicha conyugal, y teniendo que arrastrar a través de su existencia el drama oculto, el callado martirio, de una fistula genital refractaria a toda intervención reparadora.

4° Con los adelantos de las técnicas ginecológicas, siempre es posible, revistiéndose de un poco de paciencia y buena voluntad, hacer mucho con estas desdichadas enfermas, poseedoras casi siempre de distocias pélvicas, y asistidas en sus partos por medios primitivos: y cuando hayáis aliviado una de estas enfermas, estad seguro que el reconocimiento por parte de ella será eterno, aparte de la legítima vanidad que sentiréis de haber hecho un bien apreciable.

5° Poro es precisamente evitando que se produzcan, como debemos combatir tan molesto mal; y es por medio de la observación rigurosa de las reglas de lo Obstetricia Moderna, en el momento de trabajo de parto de nuestras futuras madres, como veremos desaparecer del campo de la ginecología las fistulas genitales de origen obstétrico, con lo que habremos alcanzado un grado más de evolución en los progresos de la medicina.

BIBLIOGRAFÍA

Crossen & Crossen, Ginecología Operatoria. — Crossen & Crossen, Enfermedades Genitales de la Mujer. — Calatroni-Ruiz, Terapéutica Ginecológica. — Christopher, Tratado de Patología Quirúrgica.