el segundo hocico de tenca en la parte superior. En mi práctica he tenido un caso de este género con supuración de la bolsa pseudo-quística, la cual se había hecho fistulosa (1).

En algunos casos los **quistes hidatídicos** (2) de la pelvis menor han llegado á formar relieve en la vagina, ora en el tabique vésico-vaginal, ora en el recto-vaginal, simulando entonces quistes propiamente dichos.

Tratamiento

Tratamiento.—En estas lesiones cabe muy bien aplicar las diversas operaciones que se han preconizado para otros quistes sub-mucosos, por ejemplo para la ranilla. La punción ó la incisión por sí solas no constituyen en estos casos un tratamiento suficiente. Con la **punción** seguida de **inyecciones cáusticas** se correría riesgo de provocar una inflamación intensa, capaz de propagarse á la vegija ó al peritoneo, porque no hay que olvidar, que pueden existir conexiones ó prolongaciones de la cavidad quística no sospechadas. La elección del cirujano deberá ser más bien entre la **extirpación completa** y la **parcial**. La primera será preferible, cuando el tumor se puede atacar fácilmente, como es el caso cuando su asiento se halla cerca de la vulva. Sin embargo, aun en estas condiciones, resulta muy difícil la disección, á causa de la adherencia de la uretra y de la vejiga con el plano profundo y con las partes inmediatas. Puede hasta suceder que dicha disección sea casi imposible, si se produce la ruptura del quiste durante la operación. Para zanjar estos inconvenientes tuve en cierto caso que acudir al procedimiento que describí, hace bastante tiempo, para facilitar la disección de ciertas bolsas quísticas (3). Después de haber vaciado el tumor, lo llené de esperma de ballena, en la cual, por una aplicación de hielo, produje la **solidificación**, pudiendo luego después disecar el tumor con toda facilidad. La herida resultante debe ser reunida incontinenti por una sutura continua de capas superpuestas, hecha con catgut.

La **escisión parcial** deberá reservarse para los quistes que ocupen el tercio superior de la vagina hacia la pared posterior; se ensartará el tumor con un tenáculo, y con un solo tijeretazo se

(1) Es de notar que esta inflamación no provenía del acúmulo de las reglas, que al parecer tampoco tenían lugar en la porción atrofiada del útero, correspondiente á la pequeña vagina, que terminaba en fondo de saco. La supuración reconocía como origen una blenorragia de la vagina principal, que sin duda se había propagado á la segunda vagina accesoria, por intermediación del cuello del útero, donde el tabique no debía ser completo.

(2) Schatz. *Beitræge mecklemb. Aerzte zur Lehre von der Echinococcenkrankheit*, Stuttgart, 1885.

(3) S. Pozzi. *Procédé pour favoriser la Dissection et l'Ablation de certains Kystes à contenu liquide ou demi-liquide (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1878, p. 715).

arrebatará un segmento de la bolsa junto con la mucosa que la reviste. Schrœder recomienda que en seguida se suture el borde seccionado de la mucosa vaginal con el borde recortado de la bolsa, á fin de evitar que se cierre la abertura. Creo inútil esta precaución, y considero suficiente practicar el taponamiento del fondo del quiste con gasa yodofórmica, pues la parte profunda, que no ha sido extirpada, se exfoliará espontáneamente.

Cuerpos fibrosos y pólipos

Anatomía patológica

Anatomía patológica.—Los cuerpos fibrosos de la vagina pueden tener su punto de partida en el útero, desde cuyo punto descienden poco á poco hacia aquélla, desdoblando á este efecto el tabique recto-vaginal; existen, empero, tumores que parten de la misma vagina.

Su **estructura** (1) es análoga á la de los cuerpos fibrosos del útero; en su constitución entra tejido conjuntivo mezclado con fibras musculares lisas. Un solo ejemplo se conoce de tumor, que esté compuesto exclusivamente de tejido fibroso, tumor que ha sido descrito por Paget (2).

La parte superior de la pared anterior de la vagina es el **sitio** de predilección de estos tumores. Pueden estar fuertemente adheridos á la uretra (3) y ganar terreno sobre la vulva (4). Su **volumen** suele ser pequeño, sin embargo, se citan algunos que pesaban más de 2 libras (5); pueden pediculizarse y adquirir la forma de **pólipos**;

(1) Se han descrito pólipos mucosos (Beigel, Klob), como resultado de una hiperplasia parcial de la mucosa vaginal (Breisky. *Die Krankh. der Vagina*, 1886, p. 162). Algunas de estas producciones, que por lo demás suelen ser muy raras, parece que encierran dilataciones linfáticas considerables, lo cual justificaría la comparación que de ellas se ha hecho con el *molluscum pendulum* de la vulva, y no menos la denominación de *elephantiasis mollis*, que ha adoptado Meinert en la descripción que ha hecho de una preparación presentada á la Soc. gin. de Dresde (12 abril 1888).

(2) J. Paget. *Lectures on surg. Path.*, t. II, p. 115.

(3) Tillaux. *Fibro-myome de l'Urèthre (Annal. de Gyn.*, setiembre 1889, t. XXXII, p. 161). En esta observación se trata evidentemente de un cuerpo fibroso de la vagina, adherido á la uretra.—Griffith (Soc. obst. de Londres, 6 junio 1889, en *Centralbl. f Gyn.*, 1889, n.º 50, p. 877), ha observado un caso de fibroma adherente á la uretra, enteramente análogo.

(4) E. Frænkel. *Orangengrosses breitbasiges Fibromyom der Vagina und Vulva. Enucleation. Heilung. (Bresl. ærztl. Zeitschr.*, 1887, t. IX, p. 59).

(5) R. Hastenpflug (*Ueber vaginale Myome*, Disert. inaug., Jena, 1888) ha publicado una observación de la clínica de Schultze, en que el cuerpo fibroso de la vagina había alcanzado extraordinarias dimensiones. Arrancando de la pared anterior de la vagina, á la izquierda del hocico de tenca, el tumor llenaba por completo el canal y por un extremo llegaba hasta la vulva, extendiéndose por el otro hasta la distancia de una mano de ancho del ombligo, y levantaba de paso el útero; en parte se había gangrenado.

Para otros ejemplos de grandes fibromas, véanse los trabajos siguientes: A. Lewers. *Fibroïd tumor of the Vagina (Transact. obstetr. Soc. of London*, 1887, t. XXIX, p. 299).

en algunos se ha observado el **reblandecimiento** y el **edema**, como en los cuerpos fibrosos del útero: también pueden mortificarse superficialmente y **ulcerarse**.

Etiología

Etiología.—Sobre todo se les observa en la edad media de la vida, pero también se conocen ejemplos en niñas muy tiernas (TRÆTZL, WILSON, A. MARTIN) (1).

Síntomas

Síntomas.—Estos dependen principalmente del volumen que alcanzan los tumores; cuando son muy pequeños, pasan regularmente desapercibidos ó provocan todo lo más una ligera **leucorrea**; si son mayores, son motivo de **hemorragias** (2) y de fenómenos de **compresión**, especialmente por parte de la vejiga; se conocen casos en que un cuerpo fibroso de la vagina había sido causa de **distocia**.

Diagnóstico

El **diagnóstico** sólo ofrece dudas si el edema ó la ulceración han producido alteraciones en el tumor, que en tales casos puede imponerse como un **cáncer**. Con el estudio exacto de las conexiones nos será fácil distinguir el pólipo de la vagina de un **pólipo del útero**, de un **prolapso** ó de una **inversión**.

Tratamiento

Tratamiento.—Consiste en la **enucleación** de los tumores sesiles y en la **sección del pedículo** de los pólipos. El procedimiento es el mismo que se ha indicado en el capítulo del TRATAMIENTO DE LOS CUERPOS FIBROSOS DEL ÚTERO DE EVOLUCIÓN VAGINAL (p. 305 y sig. del tomo I).

Cáncer primitivo de la vagina

Anatomía patológica

Anatomía patológica.—El cáncer de la vagina es resultado frecuente de la propagación de un cáncer del cuello del útero, pero también puede proceder de la extensión de un cáncer de la vulva. Es muy raro el cáncer primitivo; una única vez lo ha observado A. MARTIN en 5,000 mujeres. Preséntase bajo tres formas distintas: 1.° forma vegetante ó **papilar**; 2.° forma infiltrada ó **nodular**; una y otra están constituídas histológicamente por **epitelioma**; 3.° forma de

—TCHUNICHIN. Gac. rusa de Obst. y de Gin., t. I, n.° 7 y 8 (anal. en *Centralb. f. Gyn.*, 1888, n.° 7, p. 111).—P. STRASSMANN. *Zur Kenntniss der Neubildungen der Scheide (Ibid.*, 1891, p. 825).

(1) TRÆTZL. *Monatschr. f. Geburtsh.*, 1863, Bd. XXII, p. 227.—WILSON. *Med. Times and Gaz.*, abril 1876, p. 360.—A. MARTIN. *Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1878, Bd. III, p. 406.

(2) A. DONALD. *Fibroïd Tumor of the Vagina associated with uterine Hemorrhage (Med. Chronicle,* Manchester, 1888, p. 303).

sarcoma, ora **difuso**, de toda la mucosa, ora **circunscrito**, y procedente de la degeneración de un cuerpo fibroso.

Etiología

Etiología.—El cáncer de la vagina se encuentra con mucha frecuencia en la juventud. Sobre todo ocurre en el período medio de la vida. De 24 casos recogidos por KUESTNER (1), la mayor parte correspondían á mujeres de 30 á 40 años, dos eran de jóvenes entre los 15 y 20, y otros dos caían entre 20 y 30 años. GUERSANT ha publicado un caso de cáncer, ocupando la entrada de la vagina en una niña de 3 años y 1/2, y JOHANNOWSKY otro en una muchacha de 9 años (2). KUESTNER sólo ha podido demostrar la herencia una sola vez. HEGAR ha visto nacer un cáncer al nivel de una ulceración, provocada por la presencia de un pesario abandonado por demasiado largo tiempo. Merece notarse que nunca se ha observado el cáncer al nivel del útero en prolapso, á pesar de estar expuesto á todas las causas de irritación exterior.

El **epitelioma de forma papilar** suele comenzar en la pared posterior de la vagina, con el aspecto de una excrecencia de ancha base, que invade primeramente el fondo de saco y se extiende luego de arriba abajo hacia la vulva y de abajo arriba hacia el cuello. A veces se inicia junto á placas de vaginitis crónica, que se han comparado, aunque algo teóricamente, á la leucoplasia bucal, punto de partida del cancroide de la lengua (3).

El **epitelioma de forma nodular**, ó infiltrado, nace abarcando gran superficie, en forma de islotes rápidamente confluentes, que en ocasiones parece que están localizados especialmente alrededor del canal de la uretra, dando lugar á un tipo clínico bastante definido, el **cáncer peri-uretral**. La ulceración se opera rápidamente.

El **sarcoma** presenta dos variedades: 1.ª el **sarcoma difuso de la mucosa**, que ofrece la curiosa particularidad de atacar á niñas de muy corta edad (4), 2.ª el **cuerpo fibroso sarcomatoso**, degeneración lenta y que muchas veces se descubre únicamente como recidiva de un fibroma ó de un pólipo. En un caso se hallaron fibras muscula-

(1) KUESTNER. *Arch. f. Gyn.*, 1876, Bd. IX p. 279.

(2) Observaciones citadas por WINCKEL. *Loc. cit.*, p. 161.

(3) RECLUS. *Cancroïde et Leucoplasie des Muqueuses buccale et vaginale (Gaz. hebd. de Méd.*, 1887, p. 420).—PERRIN. *Congr. Assoc. franç. pour l'avanc. des Sciences,* Marsella, 1891.

(4) En la actualidad se tiene noticia de numerosísimos casos de sarcoma primitivo de la vagina en niñas de 2 á 5 años, publicados por SÆNGER, AHLFELD, SOLTMANN, HAUSER, BABÈS, GRÆNISCHER, SCHUCHARDT, STEINTHAL. — Véase acerca de este asunto: GRÆNISCHER. Disert. inaug., Munich, 1880.—SCHUCHARDT. Congreso gin. de Halle *(Centralbl. f. Gyn.*, 1888, p. 422).—SEINTHAL. *Ueber die primære Scheidensarkome* (VIRCHOW's *Arch.*, 1888, Bd. CXI, p. 449).—SCHUCHARDT. *Ueber die papillaren Scheidencarcinome kleiner Kinder (Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Gyn.*, Leipzig, 1888, p. 237).

res estriadas (1). Se ha observado también el sarcoma melánico (2).

Curso

El cáncer de la vagina sigue generalmente un **curso** rápido, excepto la forma fibro-sarcomatosa, que suele tenerlo excesivamente lento. Se propaga muy pronto á los tejidos inmediatos y á los linfáticos.

Síntomas
Diagnóstico

Los **síntomas** racionales se confunden con los del cáncer del cuello del útero: **flujo fétido, hemorragias, dolores, compresión** de la vagina y del recto. Casi no hay necesidad de mencionar el **chancro sifilítico** por ser muy excepcional (3), ni la **úlcera redonda simple** (4), lesión rara y mal definida.

Tratamiento

Por el **tratamiento** hay pocas probabilidades de curación definitiva (5), pero es preciso ensayar los medios conducentes á refrenar el curso del mal. Se intentará la **extirpación** sólo cuando haya posibilidad de quitar todo el neoplasma (6); en cuyo caso la extraordinaria laxitud de las paredes vaginales permite efectuar la reunión inmediata de las heridas, aunque éstas sean muy extensas. Hegar y Kaltenbach aconsejan la intervención hasta en los casos en que sea preciso llegar á interesar la vejiga y el recto. En un caso, Mundé (7) abrió el fondo de saco de Douglas, practicó en seguida una sutura con catgut, y la enferma curó, á pesar de una ligera pelvi-peritonitis consecutiva. En un caso de cáncer de la pared posterior, Rueter (8) suturó la superficie cruenta, resultante de la

(1) Kaschewarowa-Rudnewa. Virchow's *Arch.*, 1872, Bd. LIV, p. 65. (Observación de la Clínica de Seyfert, en Praga, 1869, relativa á una joven de 15 años; pólipo recidivante de la pared anterior; muerte rápida de caquexia y tuberculosis. El tumor era un *rabdomioma mixomatoso)*.

(2) Parona. *Annal. univ. di Med. e Chir.*, Milán, 1887, p. 241.—Tratábase de un sarcoma melánico del tabique vésico-vaginal, extirpado junto con una porción de vejiga. Curación temporal.

(3) Prieur. *De la Syphilis vaginale secondaire.* Tesis de París, 1881.

(4) W. Zahn (Virchow's. *Arch.*, 1884, Bd. XCV, p. 388) ha descrito con este nombre una úlcera de bordes tallados á pico y de fondo rojo, que encontró en el fondo de saco posterior de la vagina de una mujer de 66 años de edad. Ninguna induración; infiltración del tejido conjuntivo por pequeñas células y degeneración grasienta de las fibras musculares; multitud de micrococos. Constricción ateromatosa de las arterias vaginales, obliteración de una rama que se dirigía á la región ulcerada. Zahn compara esta úlcera por isquemia con ciertas úlceras del estómago.—Un caso análogo refiere Browicz *(Centralbl. f. Gyn.*, 1887, p. 414) con el nombre de *ulcus rodens* de Clark. Tratábase también de una anciana (59 años), afecta de esclerosis arterial. Estas úlceras parecen ser en último término resultado de verdaderos infartos, no habiéndose presentado más que en las condiciones en que éstos tienen lugar; esta circunstancia podrá facilitar el planteamiento del diagnóstico.

(5) Herzfeld *(Allg. Wien. med. Zeitschr.*, 1889, n.º 48) operó un sarcoma definitivo de la vagina, que recidivó pasados 5 meses.

(6) Brueckner. *Der primære Scheidenkrebs und seine Behandlung (Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1881, Bd. VI, p. 110).

(7) Mundé. *Two cases of primary Epithelioma of the Vulva and Vagina (Amer. Journ. of Obstetr.*, 1889, t. XXIII, p. 476).

(8) Rueter (de Hamburgo). *Centralbl. f. Gyn.*, 1887, n.º 38, p. 606.

extirpación, con el cuello uterino avivado previamente. Parece que esta especie de restauración autoplástica impidió la recidiva, y al cabo de tres años la mujer se hizo embarazada.

En una mujer que presentaba un cáncer, el cual cogía todo el tabique recto-vaginal, destruído en parte, formando una cloaca, v. Eiselsberg (1) practicó ante todo la resección del coxis, y estableció luego un ano artificial en la región sacra, después de haber extirpado todo el neoplasma. Luego pasó á estrechar la herida por puntos de sutura, y habiendo abajado el ano, fijó el cuello de éste al exterior, al nivel de la piel. La curación se hizo muy aprisa; las reglas se evacuaban al exterior con toda libertad, y no se hizo esperar mucho la debida retención de las evacuaciones de vientre. Merece imitarse esta conducta tan atrevida.

Cuando no sea dable verificar la extirpación completa, habrá que limitarse al **raspado seguido de cauterización con el hierro candente**, observando escrupulosa antisepsia en la vagina, para lo cual habrá que servirse de inyecciones de sublimado y de tapones yodofórmicos.

(1) v. Eiselsberg. Soc. obst. y gin. de Viena, 12 marzo 1889, *(Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 35, p. 619).

FAC. DE MED. UANL
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA