Desagüe del extremo superior en el recto

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO IV

Del vaginismo

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

Definición División

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

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

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

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

Reseña histórica

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

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

aplicó el nombre que todavía conserva. No sería, sin embargo, justo atribuir á este autor la entera y absoluta prioridad, habiendo demostrado perfectamente H. Leroux (1) la parte que de derecho pertenece á otros autores que le precedieron. Ya en 1834 Huguier (2) dedicaba páginas enteras al estudio de la constricción espasmódica del esfínter de la vagina, estableciendo la analogía que presenta esta afección con la contracción espasmódica del ano. También se encuentran nociones bastante precisas acerca de la misma en otros varios autores: Dupuytren (3), Lisfranc (4), Hervez de Chégoin (5), Kiwisch (6), Simpson (7) y Scanzoni (8). En todos ellos se halla muy bien indicada la hiperestesia vulvar y la contractura espasmódica del esfínter de la vagina, sólo que no habían atribuído á estas manifestaciones ningún valor nosológico determinado.

Posteriormente á la descripción de Sims, los trabajos publicados sobre esta afección han sido muy numerosos, versando simultáneamente sobre la etiología y la terapéutica de la misma. De entre ellos merecen particular mención los de Debout y Michon (9) Putegnat (10), Charrier (11), Visca (12), Lutaud (13), Trélat (14), Scanzoni (15), Gallard (16), Daude (17), Budin (18), Verneuil (19), Leroux (20), etc.

Etiología
Patogenia

Etiología. Patogenia.—Son necesarias dos condiciones para la aparición del vaginismo: 1.° una gran excitabilidad nerviosa en la mujer; 2.° una irritación de los órganos genitales externos, dando lugar y sirviendo, si así puede decirse, de pretexto á reflejos exage-

(1) H. Leroux. Art. Vaginisme, en *Dict. encycl. des Sciences méd.*, 1887, p. 288.
(2) Huguier. *Constriction spasmodique du Sphincter du vagin.* Tesis de París, 1834.
(3) Dupuytren. Art. Fissure á l'anus, en *Clinique chirurg.*, 2.ª edición, 1839.
(4) Lisfranc. *De l'Excés de Sensibilité des organes génitaux de la femme*, en *Clin. chir. de la Pitié*, 1842, t. II, p. 263.
(5) Hervez de Chégoin. *De la Fissure à l'anus (Union méd.*, 8 mayo 1847, p. 227).
(6) Kiwisch. *Klin. Vortræge*, 1849, t. II, p. 472.
(7) J.-Y. Simpson. *Med. Times*, 2 abril 1859, p. 333.—*Edinb. med. Journ.*, diciembre 1861, t. VII, p. 594.—*Diseases of women*, 1872, p. 284.
(8) Scanzoni. *Wien. med. Wochenschr.*, 1867, n.° 15, p. 225, é *Ibid.*, n.° 18, p. 273.
(9) Debout y Michon. *Bull. de Thérap.*, 1861, t. LXI, p. 110, 154 y 300.
(10) Putegnat. *Sur une Affection assez rare et peu connue du vagin (Journ. de Méd. de Bruxelles*, 1861, t. XXXIII, p. 465).
(11) E. Charrier. *De la Contracture spasmodique du Sphincter vaginal.* Tesis de París, 1862.
(12) Visca. *Du Vaginisme.* Tesis de París, 1870.
(13) A.-J. Lutaud. *Du vaginisme.* Tesis de París, 1874.
(14) Trélat. *Assoc. franç. pour l'avancement des Sciences*, Nantes, 1875, p. 982.
(15) Scanzoni. *Lehrb. der Krankh. der weibl. Sexualorgane*, 1875, p. 704.
(16) Gallard. *Leçons clin. sur les Maladies des femmes*, París, 1879, p. 391.
(17) L. Daude. *De la Contracture spasmodique du Constricteur vulvaire.* Tesis de París, 1880.
(18) Budin. *Loc. cit.*, 1881, p. 613.
(19) Verneuil. *Gaz. méd. de Paris*, julio 1884, p. 315.
(20) Leroux. *Loc. cit.*

rados por parte de los nervios sensitivos ó motores, produciendo la hiperestesia ó la contractura. Por esta razón vemos que el vaginismo se presenta en mujeres jóvenes nerviosas, á veces histéricas; sin embargo, el histerismo no constituye ninguna condición absoluta de la manifestación del vaginismo, pudiendo éste existir muy bien fuera de aquél (1).

El punto de partida de la irritación de los órganos genitales suele coincidir las más veces con las **tentativas de desfloración** al comienzo de la vida conyugal.

Schrœder ha hecho notar la importancia que tiene la situación particular de la vulva en ciertas mujeres, en las cuales está situada muy hacia adelante y sobresale de la sínfisis, lo cual es causa de que el orificio uretral y la fosa navicular se presenten en primer lugar al pene, sufriendo dichas partes la consiguiente compresión contra la sínfisis en las primeras tentativas de coito. Hasta se presentan casos en que la uretra se ve repelida y dilatada por el pene, verificándose entonces como una especie de copulación en el orificio ensanchado de dicho canal. De aquí deriva la producción de escoriaciones, y la hiperestesia adquiere tal grado de intensidad, que el más ligero contacto se convierte en dolor agudísimo para las mujeres.

En otras, el himen se señala por una dureza particular en el estado normal; en otras, por fin, el orificio de esta membrana es bastante espacioso para permitir la introducción del pene, sin que medie desgarro. En uno y otro caso, ya se trate de repulsión, ya de dilatación del himen, esta membrana se inflama, se engruesa y se vuelve muy sensible. Del mismo modo que la introducción impetuosa y torpe del miembro viril puede ser causa de vaginismo, también puede serlo por el lado contrario la falta de rigidez de dicho órgano que en estas condiciones deja subsistir el himen intacto y no ocasiona en él ningún desgarro.

También se observa vaginismo en mujeres completamente desfloradas, en las que una irritación cualquiera ha motivado **inflamación** en las **carúnculas mirtiformes**, ó bien cuando presentan fisuras en la vulva.

Iguales efectos producen los pequeños **tumores polipoides de la uretra** y las hernias de la mucosa uretral irritada por el coito. También parece que puede provocar esfinteralgia la fisura en el ano, en tales casos obrará en virtud de una especie de irradiación del dolor

(1) Stoltz. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1871-1872, n.° 16, p. 185, n.° 17, p. 197, y n.° 20, p. 233.—Scanzoni. *Loc. cit.*—Decraud. *Hystérie grave compliquée de Vaginisme, guérie par l'or, intus et extra (Gaz. méd. de Paris*, 1878, p. 516).

y de la contractura. Por último se ha pretendido que pueden conducir á igual resultado algunas **afecciones del útero** y en particular las ulceraciones del cuello (1). Hasta se han citado casos de vaginismo superior, como consecuencia de afecciones del útero ó de los ovarios (2). Creo que hay en esto un verdadero abuso de lenguaje y que erróneamente se ha atribuído con frecuencia el nombre de vaginismo á simples fenómenos dolorosos sin verdadera hiperestesia vulvar, y á los *movimientos de defensa* que sólo son resultado de estos últimos.

Los casos que anteceden se refieren todos al vaginismo del tipo más frecuente, en que la hiperestesia va acompañada de contractura. En otros casos, mucho más raros, esta última no existe: así se observa principalmente en **muchachas vírgenes**, en las que no ha habido ningún conato de coito, pero que dejan sospechar el onanismo. Gosselin (3) cita casos de esta naturaleza, en que el himen presentaba una sensibilidad exagerada.

Martin (4), padre, concede gran importancia á la infección blenorrágica transmitida á las recién casadas en las primeras relaciones conyugales.

Anatomía patológica

Anatomía patológica.—Al igual como acontece en todas las afecciones en las cuales el sistema nervioso lleva la parte más importante, también aquí las lesiones no guardan ninguna proporción con los síntomas. En este sentido se pueden aunar estas lesiones del vaginismo con la fisura en el ano, comparación que ya hicieron los primeros observadores. Por regla general se descubren signos de inflamación en el orificio de la vulva, en el himen ó en sus vestigios; fisuras, grietas en el orificio vulvar ó anal, pólipos ó tumores vasculares en la uretra. En ocasiones, empero, no se descubre nada. La dilatación que puede presentarse en la uretra es el producto de conatos de coito heterotópico.

Síntomas Hiperestesia con contractura

Síntomas.—En el tipo ordinario del vaginismo hay **hiperestesia con contractura.** En los más de los casos el comienzo de los síntomas data del momento de la desfloración, por haberse verificado ésta de un modo brutal ó, al contrario, con timidez y torpeza. Se conocen muchos casos, sin embargo, en que los síntomas aparecieron por primera vez en mujeres casadas desde mucho tiempo. El elemento

(1) Trélat. *Loc. cit.*
(2) Hildebrandt. *Loc. cit.*
(3) Gosselin. *Hyperesthésie vulvaire (Clin de la Charité,* París, 1873, t. II, p. 467).
(4) E. Martin. *Ueber den sogenannten Vaginismus (Berl. klin. Wochenschr.,* 1871, n.º 14, p. 166).—R. Fehrer. *Zu den Neurosen der Scheide (Ibid.,* n.º 15, p. 177).

primordial está representado por el dolor, lo cual ha hecho que se diera á la afección el nombre de *neuralgia*, de *neurosis de la vulva*, de *hiperestesia vulvar*. A veces se presenta perfectamente limitado el dolor en puntos determinados, en **zonas** relatinamente reducidas, que ocupan la cara interior de los labios menores, en la horquilla, en algunas carúnculas mirtiformes ó en las inmediaciones del meato urinario. En otras enfermas la sensibilidad se extiende á todo el orificio vulvar.

Hiperestesia sin contractura

No puede negarse que exista un tipo clínico de **hiperestesia sin contractura,** pero este tipo no es el más frecuente. Gosselin se ha propasado demasiado al querer negar el espasmo del constrictor de la vulva, del mismo modo que ha negado el espasmo del esfínter anal en los casos de fisura en el ano. Puede llegar á tal grado la sensibilidad exquisita del orificio vaginal, que ni aún puede soportar el simple roce de las barbas de una pluma. Por lo general, sin embargo, consiente dicho orificio la introducción del meñique, por cuyo medio se puede apreciar la contractura espasmódica provocada por el dolor, siempre que la haya, lo cual no es constante. Este espasmo puede extenderse á los músculos contiguos; particularmente el esfínter anal puede presentar entonces un grado tan excesivo de dureza, que en un caso de esta clase la enferma lo tomó por un verdadero tumor (Sims). Según Verneuil (1) el asiento de la contractura se halla con más frecuencia en el músculo transverso del periné y en el periné muscular por entero, que en las escasas fibras del constrictor vaginal, fibras que dicho autor juzga insuficientes para provocar dicha contractura. Los calambres pueden propagarse al canal de la uretra (2). La marcha de las mujeres resulta difícil en virtud de la sensación dolorosa y del peso que experimentan en el periné.

La **contracción tetánica** se manifiesta en la entrada de la vagina, ó un poco más arriba de ésta. Pero también el elevador del ano puede entrar en juego, en cuyo caso los calambres se propagan muy profundamente.

El coito se hace imposible y por consiguiente suele haber **esterilidad.** Sin embargo, en algunos casos ha tenido lugar la fecundación por penetración capilar en la vagina del esperma vertido en la superficie de la vulva. El vaginismo puede cesar durante el embarazo, para volver á manifestarse algunas veces después del parto. Benicke (3) refiere una observación, en que este último resultó labo-

(1) Verneuil, citado por Visca. *Loc. cit.*
(2) Dolbeau. *Gaz. des Hôp.,* 1868, p. 263.
(3) Benicke. *Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.,* 1878, Bd. II, p. 262.

rioso á causa de los fenómenos de contractura. Con todo, lo más frecuente es que con la parturición cesen definitivamente los fenómenos mórbidos.

Con bastante frecuencia se manifiestan también juntamente con el vaginismo otros **dolores neurálgicos** en diferentes puntos del cuerpo.

Muy pronto se altera el **estado general** por la persistencia de los dolores y por la preocupación moral de índole particular, que hace caer á las enfermas en la **hipocondría** (1).

Diagnóstico

Diagnóstico.—No debe confundirse con el vaginismo la **dispareunia** (Barnes) ó simple dolor que se presenta durante el coito, como fenómeno que acompaña la mayor parte de las enfermedades de los órganos genitales.

Por medio de la inspección también se reconocerán inmediatamente la **imperforación del himen** y la **atresia de la vagina**; con estas afecciones coinciden, por otra parte, la falta ó la retención de las reglas.

Vaginismo superior

Simpson y Hildebrandt han descrito, con el nombre de *fenómeno del pene cautivo*, una contracción del elevador del ano, que algunas pocas mujeres pueden provocar voluntariamente. Este fenómeno sólo revela una curiosidad fisiológica absolutamente distinta del vaginismo del tipo ordinario; cuando esta contracción afecta un carácter patológico, lo cual sólo tiene lugar en raros casos, recibe el nombre de **vaginismo superior** (2). Por lo regular suele ser una **contractura sin hiperestesia.** Sin fundamento alguno se la acusa de impedir la fecundación.

Tratamiento

Tratamiento.—El plan que se debe seguir en el tratamiento, se reduce á disminuir la hiperestesia morbosa y á tratar las lesiones que pueden ser causa de ella. El primer cuidado del médico debe dirigirse á alejar toda causa de excitación sexual.

Antiespasmódicos

Se instituirá una **medicación antiespasmódica**: sobre todo prestarán eminentes servicios la hidroterapia y el bromuro de potasa. Además de estos medios se harán aplicaciones locales de cocaína y se hará uso de supositorios preparados con opio y belladona. Pero la indicación capital consiste en combatir la **causa local** que constituye el punto de partida de los reflejos. Se procederá á la curación de la vulvitis, para lo cual servirán baños de asiento, lociones frecuentes

(1) Arndt. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1870, n.º 28, p. 314.

(2) Simpson. *Edinb. med. Journ.*, diciembre 1861, t. VII, p. 591.—Hildebrandt. *Loc. cit.*, p. 221.—Revillout. *Loc. cit.*, p. 793.—Budin. *Remarques sur la Contracture physiologique et pathologique du Releveur de l'anus, chez la femme (Loc. cit.*, p. 613).

con agua blanca ó con solución bórica, unciones con vaselina bórica ó yodofórmica, ligeras embrocaciones cáusticas en las fisuras con la solución de nitrato de plata al 1 por 20, yodoformo en polvo, etc.

Después se dirigirá el tratamiento contra las lesiones contiguas que mantienen el estado de irritación: si existe fisura en el ano, se hará la dilatación del esfínter; si hay pólipo en la uretra, deberá escindirse, etc.

Escisión del himen Dilatación

Sin que el himen asuma el papel exclusivo que Sims le atribuyera en sus primeras publicaciones, preciso es confesar que en muchos casos en que se presenta inflamado, grueso, en parte desgarrado, ó hasta reducido á puros vestigios, constituye el origen de los dolores. Con frecuencia cesarán estos últimos si se practica la **escisión del himen ó de las carúnculas mirtiformes**. Para esta pequeña operación bastará servirse de tijeras curvas, pudiendo llevarse á cabo con toda facilidad mediante la anestesia local con cocaína. Para la reunión inmediata de la herida se aplicará una sutura de punto por encima. Pasados unos cuantos días, se procederá á la **dilatación progresiva.** Para obtenerla, se dispone que la mujer tome baños de asiento y que durante ellos se introduzca en la vagina una serie de espéculos para baños de calibre creciente, untados con vaselina. Si á pesar de esto resultase todavía dolorosa la tentativa de coito, se recurrirá á la **dilatación forzada**, durante el sueño anestésico. A este efecto se procederá para el esfínter vaginal del mismo modo que se procede para el esfínter anal en los casos de fisura en el ano; se introducen en la vulva los dedos medio y anular de cada mano y se aprietan con ellos alternativamente los diversos puntos del orificio hasta obtener el mayor ensanchamiento posible, sin determinar rasgadura en la piel.

Sección del nervio pudendo interno y del esfínter vaginal

Actualmente, en el tratamiento del vaginismo, se observa mayor sobriedad que antes en la intervención cruenta. Ya nadie piensa hoy en practicar la **sección del nervio pudendo interno** que propuso y practicó Simpson. También es muy reducido el número de los cirujanos que practican todavía la **sección del esfínter vaginal** ú operación de Sims. He aquí en que consiste este procedimiento:

Cloroformizada la enferma, se introducen dos dedos de la mano izquierda en la vagina. Con un bisturí se practica sucesivamente á cada lado de la horquilla una incisión de 5 centímetros de largo, extendiéndola á 1 centímetro y 1/2 del rafe perineal. En su conjunto afectan las dos incisiones reunidas la forma de una Y; el tercio inferior de la incisión interesa el periné. Después de esto

practicaba Sims una ancha dilatación del orificio, introduciendo en él tapones de algodón, que retiraba al día siguiente, para sustituirlos por un dilatador de vidrio. Dejábase éste estacionado dos horas por la noche y otras tantas de día, durante semanas seguidas.

Electricidad

Queda por mencionar, finalmente, como tratamiento el empleo de la **electricidad**, con la cual Lomer (1) asegura haber obtenido dos éxitos notables.

Como generalmente las enfermas de esta clase suelen ser muy anémicas, no deberemos descuidar de someterlas á un **régimen tónico**. Por último, hay que vigilar el **estado mental** de ciertas enfermas, especialmente de las predispuestas por herencia á la locura. Si las circunstancias y posición de la enferma lo permiten, se prescribirán las distracciones, el cambio de localidad, los viajes, etc.

(1) Lomer. *Zwei Fœlle von Vaginismus geheilt durch den galvanischen Strom (Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 50, p. 869).

FAC. DE MED. LIMA

LIBRO VIII

ENFERMEDADES DE LA VULVA

CAPITULO PRIMERO

Desgarros del periné

Patogenia. Etiología. — Anatomía patológica. — Síntomas. — Diagnóstico. — Pronóstico. — Tratamiento. Desgarros recientes; sutura inmediata; sutura inmediata secundaria. Desgarros antiguos. Reseña histórica de la perineorrafia; 1.º Desgarros incompletos y relajamiento del periné: procedimiento de Simon; procedimiento de Emmet; procedimiento de Lawson-Tait. 2.º Desgarros completos: procedimiento de Simon y Hegar; procedimiento de Freund; procedimiento de Hildebrandt; procedimiento de Heppner: procedimiento de Lauenstein; procedimiento de A. Martin; procedimiento de Le Fort; procedimiento de Richet; procedimiento de Emmet; procedimiento de Lawson-Tait; procedimiento de Simpson; procedimiento de Fritsch. — Cuidados consecutivos á la perineorrafia. — Pronóstico y resultados. — Elección del procedimiento.

Patogenia
Etiología

Patogenia. Etiología.—El periné forma un suelo fibro-muscular, que cierra la cavidad abdominal por su parte inferior y soporta el peso de las vísceras que en aquélla se alojan. Visto de dentro afuera, afecta la forma de un embudo muy ensanchado por su boca, que toma en la pelvis sus puntos de apoyo, y que en su parte anterior está agujereado excéntricamente por un orificio que sirve de paso á la vagina. Visto por el exterior, el periné se reduce al espacio que media entre la horquilla y el ano, formando la base de una especie de pirámide triangular. El plano profundo de esta pirámide corresponde á la piel y al entrecruzamiento formado por el esfínter del ano, el constrictor de la vulva y el músculo transverso, mientras que su vértice se va á perder en el tabique recto-vaginal. A lo largo de uno de sus lados se extiende la vagina, y su borde inferior está orlado y reforzado por el himen ó los vestigios