despierta por la presión, por los movimientos efectuados para levantarse ó sentarse, en la marcha, defecación, coito y en cualesquiera clase de esfuerzos. Todo cuanto produce alguna conmoción en el coxis, lo provoca, y en algunos casos adquiere tal intensidad, que Scanzoni lo compara con el de una neuralgia dental. Para asegurarse del estado anatómico del coxis, hay que practicar, previa anestesia local con cocaína, el tacto rectal y coger dicho apéndice óseo entre el pulgar y el índice.

Tratamiento

Tratamiento.—En ocasiones lograremos hacer cesar los dolores con la curación de las **enfermedades concomitantes** y particularmente de la retroflexión. Podrá probarse de disminuir el dolor por medio de **inyecciones hipodérmicas** de cocaína (1 centígramo). También podrán ser de utilidad las inyecciones de morfina, los supositorios con belladona.

Electricidad

Cuando no existe lesión del hueso, Græfe recomienda la **electricidad** (faradización), por medio de la cual parece haber obtenido magníficos resultados. Aplica uno de los dos electrodos sobre el sacro y el otro en el coxis, aumentando en cada sesión la intensidad de la corriente: bastan 3 á 8 sesiones. Para los casos inveterados solamente se obtiene la curación con el tratamiento quirúrgico. Con el fin de evitar los movimientos, que la acción de los músculos produce en el coxis, Simpson practicaba una serie de secciones sub-cutáneas, **miotomías y tenotomías**, hasta dejar el hueso enteramente aislado.

Miotomía

Extirpación del coxis

Pero esta operación ha resultado á menudo ineficaz. Lo mejor es recurrir á la **extirpación del coxis**, que Nott practicó por vez primera. De este modo se han obtenido excelentes resultados en casos que se habían mostrado rehacios á todos los demás agentes terapéuticos (1). También yo logré la curación completa y duradera de un caso muy rebelde, siguiendo este procedimiento.

(1) Amann. *Zur Behandlung der Coccygodynie (Bayer œrztl. Intelligenzbl.*, 1870, n.º 30.—Plum. *Hosp. Tid.*, 1870, p. 33.—Mursick. *Amer. Journ. of med. Sciences*, enero 1874, p. 122.—Th. Moore. *Brit. med. Journ.*, 8 febrero 1890, p. 301. (En este caso, el coxis se hallaba muy desviado hacia atrás y sobresalía por debajo de la piel; la enferma sufría desde cuatro años y no podía sentarse, ni andar. Extirpación, curación).

CAPITULO VII

Lesiones de la vulva y de la vagina.—Estenosis y atresias adquiridas.—Cuerpos extraños

Lesiones de la vulva y de la vagina. Etiología. Desfloración. Parto. Traumatismo. Síntomas. Hemorragia. Salida del intestino. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento.—Estenosis y atresias adquiridas. Etiología. Parto. Heridas producidas por cuerpos extraños. Cauterizaciones. Gangrena. Estiómeno. Ulceraciones sifilíticas. Supuraciones pélvicas. Vaginitis. Atrofia senil. Síntomas. Dismenorrea obstructiva. Accidentes de retención. Cicatrices. Desviaciones uterinas. Metritis. Tratamiento: 1.º fuera del embarazo: sección; dilatación; autoplastia. —2.º durante el embarazo: aborto y parto prematuro; sección progresiva de las bridas.—3.º en el acto del parto: incisiones vaginales; craneotomía; operación de Porro y operación cesárea.—Cuerpos extraños. Etiología. Síntomas y curso; Tolerancia. Calcificación. Accidentes: inflamación y ulceración; supuraciones pélvicas; peritonitis; estrechez de la vagina; leucorrea; hemorragia. Diagnóstico. Tratamiento.

Lesiones de la vulva y de la vagina

Etiología

Etiología.—Los desgarros de la vulva ó de la vagina son debidos ordinariamente á la **desfloración** ó al **parto**; pero también pueden ser efecto de diversos **traumatismos**.

Desfloración

Un **coito** brutal, ora en ocasión de la primera copulación voluntaria, ora precedido de **violación**, puede desgarrar el himen por desprendimiento de su inserción, por decirlo así, y á veces puede también arrancarlo y arrebatarlo por completo; en otros casos el desgarro no se limita al himen, sino que extendiéndose más allá de la inserción de dicha membrana, lesiona además los labios menores ó el vestíbulo. La pared vaginal resulta más raras veces interesada que la vulva; sin embargo, se conocen algunos casos, en que también la pared posterior del canal ha sufrido ruptura durante la violación. Sabin (1) refiere un caso, en el cual la pared recto-vaginal quedó rasgada desde la vulva hasta el fondo de saco de Douglas. Barnes (2) habla de una preparación que se guarda en el Museo del Hospital de Saint-Georges, en la que se ve un desgarro de la vagina que penetra hasta el peritoneo, desgarro que fué produ-

(1) Sabin, citado por L. H. Petit. Art. Vagin (pathologie). *Dict. encycl. des Sciences méd.*, 1886, p. 295.

(2) Barnes. *Traité clin. des Maladies des femmes*, trad. al franc., París, 1876, p. 727.

cido por el coito en una anciana, que probablemente estaría afecta de estrechez atrófica del canal vaginal. Breisky (1) cita otro caso, seguido de curación, que también debe imputarse á la involución senil.

Parto

Durante el **parto** tiene lugar á menudo la ruptura del himen, habiendo demostrado Budin, que en este momento dicha membrana se hallaba todavía intacta 13 veces en 75 primíparas (2). En estos casos la ruptura del himen puede prolongarse hasta el mismo periné (véase el capítulo Desgarros del periné). Por otra parte, en el momento del parto la vagina puede sufrir un desgarro, ya por el forceps, ya por el cefalotribo.

Traumatismo

Entre los **traumatismos quirúrgicos** que han ocasionado el desgarro de la vagina hay que citar las maniobras violentas con objeto de reducir una inversión crónica del útero, la extracción de voluminosos fibromas, etc. En cuanto á los **traumatismos accidentales**, los que más ordinariamente se hacen valer como tales son: las cornadas, las caídas contra un objeto puntiagudo, la introducción brusca ó la permanencia continuada de un cuerpo extraño en la vagina, etc.

Síntomas

Síntomas.—La localización y la extensión de las lesiones de la vagina y de la vulva varían mucho, según sean las causas que las han motivado.

Hemorragia

En algunos casos es muy considerable la **hemorragia** que se presenta en los desgarros del himen, pudiéndose atribuir á la presencia del tejido erectil, que Henle ha señalado excepcionalmente en esta membrana. El desgarro puede también extenderse hasta el bulbo de la vagina, y adquirir á veces tal gravedad, que pone en riesgo la vida de la enferma (3).

Salida del intestino

La perforación del fondo de saco de Douglas en algunos casos va acompañada de la **salida de un asa intestinal**; si no se practica su reducción, se estrangula, se gangrena y deja al desprenderse una fístula íleo-vaginal, si no interviene antes la muerte á terminar este accidente (4). La perforación del recto ó de la vejiga pueden traer como consecuencia una **fístula fecal** ó una **fístula urinaria.**

(1) Breisky. *Die Krankh. der Vagina (Deutsche Chir.*, 1886, Lief. 60, p. 89).
(2) Este hecho no es ninguna prueba absoluta, de que no se haya roto antes el himen; en efecto, sabido es que los desgarros de esta membrana pueden volverse á cicatrizar (Brouardel).
(3) Ascher. *Prag. med. Wochenschr.*, 1889, n.º 3.
(4) En un caso referido por Stanley (*Lancet*, 1839-1840, t. I, p. 248), persistía en la vagina un orificio que establecía una comunicación entre el peritoneo y el citado canal, constituyendo una verdadera fístula peritoneo-vaginal, que permitía la salida y la retirada del intestino delgado.

Diagnóstico

Diagnóstico.—El diagnóstico motiva cuestiones importantes de medicina legal. De ordinario domina la tendencia á atribuir á tentativas de violación todas las excoriaciones ó desgarros de la vulva que se presentan en niñas y muchachas jóvenes. Sobre este punto Hofmann (1) y Maschka (2) han formulado expresas reservas, demostrando que el mismo efecto puede haber sido producido por simples manipulaciones. Siendo así, es preciso no olvidar, que en ciertos casos se operan estas lesiones con fines especulativos, siendo el único móvil la exacción de la persona que ha sido acusada de atentado contra el pudor.

Pronóstico

Pronóstico.—La **hemorragia** únicamente resulta de gravedad en los casos en que la mujer se halla privada de todo auxilio.

Las **complicaciones inflamatorias** y **sépticas**, que pueden presentarse á consecuencia de estas lesiones, guardan relación con los cuidados con que se ha procedido á la cura. Con todo fácilmente se deja explicar la curación perfecta de algunas heridas muy graves con ruptura del peritoneo, pertenecientes al período pre-antiséptico y también la de otras de época no lejana, que fueron tratadas sin tomar precauciones contra la infección (3). Por el contrario, se han visto presentarse graves supuraciones á consecuencia de heridas insignificantes, como picaduras de sanguijuelas, por no habérseles prestado los cuidados necesarios (4). Son especialmente graves los desgarros de la vagina durante el parto, cuando concurre una causa de infección de dicho canal: vegetaciones, blenorragia, escaras, etc.

Tratamiento

Tratamiento.—Siempre que durante el embarazo ó el parto exista una estrechez anormal de la vagina ó de la vulva (véase el artículo siguiente), deberá instituirse un tratamiento profiláctico. Contra el mismo desgarro habrá que observar las reglas generales que se aplican á cualquier lesión traumática; cohibición de la hemorragia, ya por la ligadura, ya por la forcipresión estacionada, ya por la sutura hemostática de punto por encima, reunión de la herida después de haber practicado la reducción de los órganos que formaban hernia por la solución de continuidad, y por último antisepsia esmerada de la región. Toda sutura de herida en las paredes vaginales debe ir seguida de un taponamiento poco apretado de la vagina con

(1) E. Hofmann. *Lehrb der gerichtl. Med.*, Viena, 1877.
(2) Maschka. *Handbuch der gerichtl. Med.*. 1882, t. III, p. 164.
(3) Colombat. *Traité des Mal. des femmes*, t. II, 424.—Fleury. *Annal. de Gyn.*, 1877, t. VIII, p. 457.
(4) Gallois. *France méd.*, 1878, t. I, p. 773.

gasa yodofórmica. Hay que comprimir ligeramente las partes genitales por medio de un vendaje dispuesto en forma de T.

Estenosis y atresias adquiridas

Etiología Parto

Etiología.—Por lo general la estrechez (estenosis) ó la obliteración (atresia) de la vagina ó de la vulva que no obedecen á un origen congénito, deben referirse á un **parto** laborioso. Cuando las escaras, que la compresión ejercida por la cabeza fetal ha producido, llegan á destruir la totalidad de las paredes, al verificar su desprendimiento dejan tras de sí fístulas urinarias ó fecales. Si la mortificación no se extiende más que á una porción del espesor de la vagina, la cicatriz que subsigue á la eliminación de la parte mortificada experimenta un trabajo de retracción inodular. A menudo suelen también fusionarse por una verdadera *reunión inmediata secundaria* las partes contiguas que están en contacto inmediato.

Heridas producidas por cuerpos extraños

Puede acontecer que la cicatriz causante de la estrechez provenga de una **herida producida por un cuerpo extraño**, que penetró con violencia en la vagina y quedó verdaderamente espetado en la misma, ó que permaneció alojado en ella largo tiempo, provocando ulceraciones consecutivas, como es el caso, por ejemplo, con un pesario olvidado (1). Han sido causas de estrechez cicatricial las **cauterizaciones**, dirigidas á provocar un aborto (2), ó practicadas con un fin quirúrgico (3), las escaras que produce la **gangrena** en el curso de una enfermedad infectiva, el **estiómeno** de la vulva, las **ulceraciones sifilíticas**, las **supuraciones** de la pelvis menor (perivaginitis flemonosa disecante). La **vaginitis** por sí sola puede en algunos casos acarrear una soldadura (4) más ó menos extensa de las paredes vaginales en las niñas (Simpson) y en las adultas (Hildebrandt) (5).

Cauterizaciones, etc.

Atrofia senil

Existe una causa bastante rara de estrechez vaginal que suele residir casi exclusivamente en la parte superior del canal, en las inmediaciones del cuello: me refiero á la **atrofia senil.** En virtud de esta última, el canal se estrecha, se vuelve infundibuliforme, y apenas se llega al cuello atrofiado en el fondo del cono

(1) Breisky (*Loc. cit.*) cita un ejemplo de esta clase, que pertenece al Museo anatómico de Praga; procede de una mujer de sesenta y ocho años, que había guardado un pesario durante treinta y cuatro años.
(2) Levy. *Bibl. f. Læger*, 1860, p. 39.
(3) E. Kennedy. *The Dublin Journ.*, 1840, t. XVI, p. 80.
(4) Simpson. *Clin. lect. on Diseases of women.* Edimburgo, 1872, p. 259.
(5) H. Hildebrandt. *Monatschr. f. Geburtsh.*, 1868, Bd. XXXII, p. 128.

que forma. A veces es difícil distinguir los casos de este género de las estrecheces cicatriciales ó cancerosas (1). Esta clase de estrechez se observa únicamente en mujeres que se han abstenido de las relaciones sexuales. En mi práctica he tenido un curioso ejemplo de esta clase.

Síntomas

Síntomas.—Cuando las cicatrices son debidas á una cornada, á una perforación con un cuerpo extraño, á una quemadura ó á una gangrena de la vulva en las niñas y muchachas, pueden hallarse localizadas á la entrada de la **vulva**. Pero, como la mayor parte de bridas ú obliteraciones proceden de pérdidas de substancia por escaras á consecuencia de un parto, regularmente suelen hallarse situadas á mayor profundidad en la **vagina**. Los trastornos á que estas cicatrices dan lugar, van apareciendo sucesivamente y á veces tardan largo tiempo á manifestarse, gracias á la dilatación incesante que van renovando las relaciones conyugales. Además, basta que la vagina conserve cierto grado de permeabilidad, por reducido que éste sea, para permitir el coito y asegurar al propio tiempo el flujo de sangre menstrual. De aquí se deduce que hay mujeres con lesiones vaginales bastante marcadas, las cuales no se dan cuenta de su estado. Empero, cuando el orificio que sirve de paso á las reglas es muy estrecho, entonces suelen las mujeres sentirse atacadas de la **dismenorrea** llamada **obstructiva.**

Dismenorrea

Accidentes de retención

Cuando la obliteración es completa (**atresia**), la sangre de las reglas se acumula por encima del obstáculo, y va distendiendo poco á poco la vagina en su totalidad ó parcialmente, como también el útero y hasta las mismas trompas (**hematocolpos, hematómetra, hématosálpinx**). Para este estudio puede el lector consultar más adelante el capítulo de los Accidentes de retención consecutivos á las atresias congénitas. (libro IX, cap. III).

Contrariamente á este resultado se han visto algunos casos en que la obstrucción accidental de las vías genitales ha producido la amenorrea; circunstancia ésta muy favorable que resguarda á la enferma de los accidentes citados (2).

Cicatrices

Las **estenosis** pueden afectar la forma de **anillos cicatriciales** y formar una especie de diafragma, cuyo relieve sirve de obstáculo á la salida de las secreciones uterinas que se acumulan encima del mismo. A menudo el anillo es incompleto y forma como una media luna ó **faja** falciforme, tendida por delante del hocico de tenca y

(1) Barnes. *Loc. cit.*, p. 727.
(2) E. Kennedy. *Loc. cit.*, p. 93.

ocultándolo completamente, en cuyo caso este último sólo es accesible al tacto á través de dicha cortina membranosa (fig. 154). Cierta clase de **desviaciones uterinas** no reconocen otra causa, como lo he podido observar en varios ejemplos. Casi siempre suele haber al mismo tiempo **metritis**, la cual indudablemente es debida al obstáculo que se opone al desagüe normal de la cavidad del útero. La estrechez puede adquirir un grado tal, que con dificultad se llega á descubrir el orificio de evacuación de las reglas.

Desviaciones uterinas

Metritis

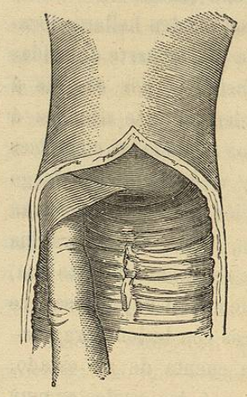

Fig. 154.—Faja cicatricial falciforme, extendida desde la pared vaginal al cuello del útero; en la figura la faja se representa levantada por el dedo (Barnes).

Tratamiento

El **tratamiento** de las imperforaciones ó **atresias adquiridas** es el mismo que el de las atresias congénitas. Casos habrá en que será necesario crear una vagina artificial con el único objeto de hacer el coito posible (véase libro IX, cap. II), y en otros deberá dirigirse el tratamiento contra los graves accidentes de retención (véase libro IX, cap. III).

Las bridas cicatriciales, que únicamente determinan simples estrecheces ó **estenosis**, requieren la intervención del cirujano en tres circunstancias diferentes, á saber: fuera del estado grávido del útero, durante el embarazo, y en el acto del parto.

Fuera del embarazo

1.° **Fuera del embarazo.** Estas lesiones no deben combatirse con el único objeto de facilitar las relaciones sexuales, sino también porque deben considerarse como verdaderos cuerpos extraños, que sirven de punto de partida á diversas acciones reflejas y provocan dolores y metrorragias.

Sección Dilatación

El medio más sencillo de dividir estas bridas consiste en levantarlas con el dedo sin servirse del espéculo, pero abajando con pinzas, si fuere necesario, el cuello ó las partes inmediatas, después de lo cual, con largas tijeras se practican en ellas pequeños cortes, observando sumo cuidado en dicha operación, para evitar toda herida de la pared vaginal (1). Estas **secciones** podrán verificarse en varios tiempos consecutivos y después podrá practicarse la **dilatación** de la vagina, al principio con un taponamiento de gasa yodofórmica y luego más adelante con cilindros de cauchú ó con las bolas de Bozeman, que sirven para dilatar el canal en el tratamiento preli-

(1) Guéniot. *Arch. de Tocol.*, 1886, p. 193.

minar de la fístula vésico-vaginal. Más tarde, será muy útil en algunos casos aplicar un pesario de Dumontpallier ó de Hodge, á fin de desplegar las paredes de la vagina. Si se tuviese que luchar con una masa inodular muy gruesa y muy extensa, lo mejor será escindirla y llenar luego la pérdida de substancia por medio de la **autoplastia** con colgajos de mucosa sana disecados de las partes contiguas (1).

Autoplastia

Cuando además de las cicatrices vaginales que estrechan el canal existe una fístula vesical ó rectal, es preciso evitar que la destrucción de la estrechez contribuya á agrandar la fístula. En algunos casos esta circunstancia obliga al cirujano á ceñirse al tratamiento indirecto de la fístula por medio de la obliteración de la vagina ó por medio de la colpocleisis.

Durante el embarazo Aborto y parto prematuro

2.° **Durante el embarazo.**—Las estrecheces ó estenosis de la vagina originan graves cuestiones bajo el punto de vista operatorio, siempre que se trata de mujeres que se hallan al mismo tiempo en estado grávido. Lo primero que ocurre ventilar en estos casos es, si debe provocarse el **aborto** ó el **parto prematuro**, ó bien si simplemente debe tratarse de destruir el obstáculo para que el embarazo pueda evolucionar normalmente. En un caso de esta clase Oldham (2) obtuvo resultado favorable, provocando el parto prematuro. Doherty (3) no se resolvió á practicarlo y su enferma sucumbió. Churchill (4) se pronuncia por esta intervención con objeto de evitar la ruptura del útero y de la vagina, cuyo accidente suele ser muy frecuente en la contemporización. Sin embargo, antes de decidirse á esta operación es preciso que se haya obtenido el convencimiento de que la **sección progresiva** de las bridas cicatriciales no sería suficiente para alcanzar la dilatación necesaria. También hay que tener en cuenta, que en el acto del parto el reblandecimiento de los tejidos permite á menudo dilatar en alto grado cicatrices que antes parecían inextensibles.

Sección progresiva

En el acto del parto

3.° **En el acto del parto.**—Puede muy bien acontecer que al iniciarse el parto se ignore el estado de la vagina y que por el obstáculo que surge se descubra entonces la presencia de una estrechez. En los casos en que resulta evidentemente imposible la dilatación espontánea, siguiendo el ejemplo de Doherty, Churchill

(1) Harris (de Paterson). *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1882, p. 888.—Credé. *Arch. f. Gyn.*, 1883, Bd. XXIII, p. 259.
(2) Oldham. *London med. Gaz.*, 1819, t. X, p. 45.
(3) Doherty. *The Dublin Journ.*, 1842, t. XXI, p. 67.
(4) Fleetword Churchill. *Traité pratique des maladies des femmes*, trad. al franc. par Leblond, París, 1881, p. 151.

Incisiones vaginales

recomienda la práctica de **incisiones vaginales**, por más que éstas impliquen el peligro de degenerar luego en desgarros y fístulas. Después, dice el citado autor, será necesario recurrir á la **craneotomía**, si tal lo exigiera el caso. Las maniobras que esta operación requiere tampoco están exentas de peligro en las condiciones de estrechez y de friabilidad que presenta la vagina en estos casos. Con frecuencia creo que deberá preferirse la **operación de** Porro (1), por cuyo medio se preservará definitivamente á la mujer de nuevos peligros. En este sentido es preferible este procedimiento á la **operación cesárea**. Siendo indispensable la libre salida de los loquios después de la operación cesárea, también debería recurrirse indispensablemente en este caso á la operación de Porro, siempre que la estrechez de la vagina fuese de tal grado, que no permitiese el libre paso á dicha secreción y sobre todo si, como ocurrió en un caso de Levy, durante el curso del embarazo se hubiese producido en gran extensión la obliteración completa de la vagina (2).

Craneotomía

Operación de Porro y operación cesárea

Cuerpos extraños en la vagina

Se han introducido y abandonado en las vías genitales cuerpos extraños de toda clase: pesarios, esponjas, tapones, bobinas, estuches, botes de pomada, frascos, vasos, cánulas, lápices, horquillas de las de sujetar el pelo, etc. También gusanos intestinales é insectos logran penetrar en las mismas, ocasionando accidentes más ó menos graves.

Etiología

Etiología.—Jugando es como á veces las niñas se introducen los objetos más diversos en las vías genitales. Sin embargo, en los más de los casos, se trata de cuerpos de que las niñas se sirven para la masturbación y que, escapándoles de los dedos, van á alojarse en lo profundo de la vagina. Por último, también inadvertidamente se han dejado abandonados en dicho canal algunos cuerpos extraños,

(1) Porro. *Della amputazione utero-ovarica come compimento di taglio cæsareo.* Milán, 1876.

(2) Si la obliteración completa de la vagina se extiende á poca distancia del canal de la misma y sólo constituye un obstáculo de moderado espesor, no deberá vacilarse en seccionar la parte obliterada, lo mismo que si se tratase de una brida. Esta conducta siguió el catedrático Pinard en el caso siguiente que se ha dignado comunicarme: mujer joven, ya parida, conducida á la Maternidad de Lariboisière por un nuevo parto; al reconocimiento se descubre una obliteración completa de la vagina, ocupando la mitad superior (la paciente durante el tercer mes del embarazo, se propinó todos los días inyecciones de vinagre durante un mes seguido, con objeto de determinar el aborto); durante el período de expulsión, el catedrático Pinard notó que la membrana cicatricial era muy delgada en un punto; la perforó con el histerómetro, y dilató luego la abertura con los dedos, después de lo cual tuvo lugar el parto sin accidente alguno; más adelante pudo comprobarse la persistencia de un diafragma cicatricial é irregular al nivel de la atresia primitiva.

tales como restos de cánulas, fragmentos de espéculos de vidrio, etc. Suele ser bastante raro que un cuerpo extraño después de haber perforado ó ulcerado la pared vaginal penetre en el recto ó en la vejiga.

Síntomas y curso

Tolerancia

Síntomas y curso.— Si el objeto es liso y no tiene poros, puede permanecer mucho tiempo aséptico y ser **tolerado**; es lo que sucede con los pesarios metálicos ó de goma endurecida. No obstante, los tejidos acaban por ulcerarse en virtud de la presión continua que el cuerpo extraño ejerce sobre el mismo punto, de manera que dicho cuerpo va penetrando poco á poco en ellos y llega á incrustarse, por decirlo así, en los mismos. He visto un ejemplo de esta clase, frecuente en otro tiempo y mencionado por más de un autor: se trataba, de un pesario abandonado que poco á poco se enterró en parte debajo de la mucosa, la cual pasaba por encima de él á manera de puente; para extraerlo fué necesario incindir esta especie de opérculo.

Calcificación

El cuerpo extraño, en otras circunstancias, se hace tolerable por un proceso especial, que recuerda el de la curación de algunos neoplasmas, la **calcificación**. Los objetos puntiagudos, como alfileres, quedan encerrados de este modo en una espesa ganga que protege la vagina contra su acción vulnerante. Getschell (1) ha observado uno de estos cálculos, que recuerdan los que, en circunstancias semejantes, se forman en la vejiga. Es muy posible que ciertos casos, citados por los antiguos autores como pretendidas piedras vaginales, no habrán sido más que fibromas uterinos calcificados, ó tal vez cálculos vesicales que habían ulcerado la pared vaginal.

Accidentes

Si el objeto es poroso, fácilmente se infecta y puede determinar entonces accidentes de **inflamación** supurativa ó de **ulceración** progresiva, los cuales lo transportan á otros puntos. En un caso se extrajo una horquilla de las de sujetar el pelo, que había permanecido 16 años en la vagina, habiendo provocado una fístula vésico vaginal (2). En 1887, en el servicio de Freund, de Estrasburgo, ví á una mujer que sufría hacía 10 años, á consecuencia de un aborto provocado por la introducción de una horquilla de las citadas en el útero, á través de la vagina. La laparotomía hizo descubrir un pío salpinx, y pegada á la bolsa en supuración se halló la horquilla carcomida y cubierta de orín.

En efecto, se han observado, ya inmediatamente, ya más tarde, **supuraciones pélvicas y peritonitis** (3).

(1) F. H. Getschell. *Philad. med. Times*, juill. 1873, p. 635.

(2) L. Atthill. *Med. Press and Circ.*, 1881, t. XXXI, p. 291.

(3) Léonard. *Progrès méd.*, sept. 1884, p. 167.