

R. Acido tánico, 4 gramos.  
 Sulfato de morfina, 0,18 "  
 Manteca de cacao, c. s.  
 H. S. A. 10 supositorios.

Para colocar uno en la vagina mañana y noche, despues de la inyeccion.

En algunos casos, como, por ejemplo, cuando existe gran estrechez ó sensibilidad de la vagina, se resistirán las enfermas por el tamaño del tubo vaginal de supositorios. En tales casos se podrá usar el pequeño tubo rectal de supositorios. El vértice del cono del supositorio se ajusta en la abertura del tubo, donde permanece con suficiente tenacidad para poderlo introducir hasta el cuello del útero.

Cuando se va convirtiendo en crónica la enfermedad, el estado general de la enferma será objeto de solícita vigilancia, recurriendo inmediatamente al tratamiento tónico ó calibeadado, si fuese indicado. Durante la cura de esta enfermedad, debe prohibirse el uso de estimulantes, especias, y alimentos condimentados.

## CAPÍTULO VIII.

### ATRESIA DE LA VAGINA (45).

*Definicion y sinónimos.*—La voz atresia, del griego, *a*, privativo, y *τραω*, "yo perforo," significa un estado de imperforacion, y debiera, en su acepcion absoluta, contraerse á espresar el cerramiento completo de una abertura ó canal; pero el uso ha justificado su empleo para denotar cualquiera oclusion ú obliteracion tal que escluya el caso de la categoría de las estrecheces.

La imperforacion del conducto genital de la mujer puede existir en la vulva, en la vagina, ó en el mismo canal uterino. Aquí nos ocuparemos solamente de las variedades que afectan la vagina y llevan el nombre que sirve de encabezamiento á este capítulo.

*Historia.*—Hipócrates<sup>1</sup> y Aristóteles aluden á esta condicion, atribuyéndola el primero al parto, y describiendo el segundo sus variedades accidentales y congénitas. Celso le dedica un capítulo, y mas tarde ocupa sucesivamente la atencion de Aecio, Avicenna, Lanfranc, Wierus, Ruysch, Mauriceau, y Roonhuysen. Tambien Heister y Boyer aumentaron nuestros conocimientos acerca de ella; pero fué reservado á las atrevidas investigaciones de Amussat y de Debron colocar su curacion entre las conquistas de la cirujía moderna.

*Patología.*—Una vagina, ántes perfectamente desarrollada, puede cerrarse por la adhesion de sus paredes, debida á una lesion determinada por medios mecánicos, químicos, ó patológicos; puede disminuirse su calibre con motivo de la separacion absoluta de sus estructuras componentes, causada por la ulceracion ó el esfacelo; ó las demas partes del aparato genital de la mujer pueden alcanzar un desarrollo completo, al paso que la vagina, interrumpida la marcha de su crecimiento, permanece mas bien como un cordón fibroso, que un conducto capaz de distension.

*Variedades.*—La atresia puede ser congénita ó accidental; parcial

<sup>1</sup> Puech, De l'Atrésie des voies génitales de la femme. Paris, 1864.



ó completa. En un caso de *stillicidium mensium*<sup>1</sup> que se presentó en la clínica de las enfermedades de mujeres en el *College of Physicians and Surgeons*, encontré la vagina al parecer del todo cerrada en su parte media, aunque daba paso á una corta cantidad de sangre menstrual. Examinando atentamente las partes, se descubrió una pequeña abertura que apénas dejaba pasar una tintera, y que comunicaba con una bolsa situada entre la estrechez vaginal y el cuello del útero, cuya bolsa contenía algunas onzas de sangre espesa y tenaz.

Si es congénita la atresia, hay probablemente obliteracion completa del conducto, aunque esto es raro; por lo comun la estrechez ocupa la parte superior, la media ó la inferior del canal (46).

*Causas.*—Las causas de esta enfermedad pueden enumerarse como sigue:—

- Desarrollo interrumpido;
- Partos laboriosos y prolongados;
- Agentes químicos aplicados localmente;
- Agentes mecánicos;
- Esfacelo como consecuencia del deterioro de la vitalidad;
- Ulceraciones sifilíticas, ú otras, estensas.

Uno de los casos que yo he observado provino de la sífilis; otro, de un parto prolongado; otro, de perforacion determinada por una astilla de madera introducida en la vagina; y otro, de la retencion del cuerpo del feto durante dos horas despues de espulsada la cabeza. Las fiebres continuas y eruptivas, el tifo, la escarlatina, la viruela, etc., merecen especial mencion como causas del esfacelo, por el deterioro de las fuerzas vitales que producen, y M. Courty<sup>2</sup> cita el cólera como productor del accidente. El Dr. Trask, de Astoria, N. Y., ha escrito un escelente artículo sobre este asunto, basando sus conclusiones sobre treinta y seis casos, de los cuales quince resultaron de partos prolongados.

*Síntomas.*—La enfermedad solo demuestra su existencia inhabilitando la vagina para dos de sus importantes funciones: la cópula, y el paso del flujo menstrual; pudiendo pasar desapercibida en las personas muy jóvenes y las ancianas. La paciente acude generalmente al médico con motivo de la amenorrea ó de la imposibilidad de efectuar el cóito. Si ha tenido lugar la hemorragia menstrual, se hallará por lo comun una gran cantidad de sangre aprisionada mas arriba de la estrechez del canal; y violentas contracciones uterinas habrán demostrado los esfuerzos que ha hecho la matriz para espulsar la acumulacion. Estos son los únicos signos racionales que se presentan; pero bastan para demostrar al médico la necesidad de un exámen físico.

*Signos físicos.*—Colocada de espaldas la enferma, se descubre la imposibilidad de introducir el dedo en la vagina, y la investigacion de-

<sup>1</sup> Término empleado por Accio, Tetrab. iv., p. 990.

<sup>2</sup> Mal. de l'Utérus, p. 369.

mostrará no ser esto debido al vaginismo, á la imperforacion del hímen, ó á la adhesion de los grandes labios; descubriéndose comunmente por el tacto rectal á la vagina como un cordon fibroso en la cavidad pelviana.

*Resultados.*—La simple obliteracion de la vagina no da lugar á ninguna perturbacion directa ó inmediata. Pero en ciertos casos en que la sangre menstrual, derramada por los vasos de la mucosa uterina, se va acumulando, de mes en mes, en la parte del canal encima de la estrechez, ó en el útero, que se distiende por su retencion, puede verificarse la rotura de este órgano, ó de las trompas de Falopio; el líquido puede refluir pos estas al peritóneo, ocasionando un hematocele de la pélvis; ó bien la retencion podrá producir todos aquellos síntomas nerviosos y cerebrales tan característicos de semejante accidente.

*Pronóstico.*—El pronóstico de estos casos, respecto á la posibilidad de destruir la condicion anormal, depende de la estension y el grado de la obliteracion y de la destruccion de los tejidos. Cuanto menor cantidad de tejido vaginal se encuentre por medio del tacto rectal y del exámen con una sonda introducida en la vejiga, y cuanto mas completa y general sea la adhesion de las paredes vaginales, tanto mas semejanza tendrá el caso con el de ausencia absoluta de la vagina. En cuanto á la curacion radical, el pronóstico depende en gran manera de la enferma. Si, sensata y perseverante, la mujer mantiene, no por meses, sino por años, dilatado el conducto á beneficio de un tapon vaginal, suele obtenerse un resultado bueno y permanente; pero si, por el contrario, desconoce el peligro á que la espone la cesacion del uso de este medio, concluye por verificarse casi infaliblemente la contraccion. Durante la operacion de formar un canal entre la vejiga y el recto, se corre riesgo de herir una de estas dos vísceras, ó de abrir el peritóneo en el fondo de la vagina. Si se encuentra y evacúa un depósito de sangre menstrual, nada tiene de extraño que sobrevenga la muerte, de resultas de la septicemia, de una absorcion purulenta, ó de una endometritis séptica que termine en una linfangitis, ó en una salpingitis y una peritonitis.

*Diagnóstico diferencial.*—Antes de adoptar un procedimiento quirúrgico para la cura de la atresia, debe distinguírsela de la imperforacion del hímen ó de la falta de la vagina. Muy rara vez, ó nunca (Scanzoni<sup>1</sup> dice que nunca), existe esta última sin la ausencia simultánea de la matriz y el desarrollo rudimentario de algunos de los órganos genitales externos. Si hay obliteracion de la vagina, es fácil reconocerlo generalmente, introduciendo un dedo en el recto y una sonda en la vejiga: se percibe la vagina como un cordon duro y fibroso. Hállase á veces un culo de saco corto, en la estremidad vulvar, y otro en la uterina, unidos por un cordon de carácter fibroso.

Puede darse por seguro que se trata de un caso de falta de la va-

<sup>1</sup> Dis. of Fem., Ed. am., p. 478.



gina, y no de atresia completa, cuando, á mas de la deformidad de los órganos esternos de la generacion, ni se puede descubrir el útero, ni hay manifestacion de malestar en las épocas menstruales. Pero, gracias á la osadía de Amussat, ni aun la ausencia de la vagina impide establecer un canal artificial. La importancia de la distincion consiste en que el cirujano debe ser doblemente circunspecto en sus tentativas, y reservado en lo tocante al pronóstico. Puede, de buenas á primeras, parecer inútil recurrir á un procedimiento operatorio para abrir la vagina, cuando no hay indicios de la existencia del útero ó de los ovarios, ni se experimenta incomodidad por la retencion de la sangre menstrual; pero muchas veces es tanta la infelicidad que le acarrea á una mujer la imposibilidad de consumar el acto sexual, que esto le sirve de estímulo á reclamar los recursos del arte, y justifica plenamente la intervencion del cirujano (47).

*Tratamiento.*—La evacuacion repentina de la sangre menstrual que ha estado aprisionado largo tiempo en el útero y la vagina, nunca deja de ser un procedimiento peligroso; habiendo habido casos en que determinó una peritonitis mortal, aun cuando la causa de la obstruccion consistía simplemente en un himen obturador. El principal peligro estriba, probablemente, en que el líquido aprisionado dilata el útero y las trompas falopianas, haciéndolos tan sensibles que la entrada del aire produce una endometritis séptica, la cual, en su curso y terminacion, se asemeja mucho á la forma mas comun de la fiebre puerperal. He observado dos casos que terminaron funestamente: uno en mi práctica, y el otro en la del Dr. Charles S. Ward. En ámbos se desarrolló, al parecer, la septicemia, tal vez como consecuencia de la linfangitis; y en uno se manifestó una peritonitis secundaria. Esto, sin embargo, no pasa de ser una simple suposicion, basada en casos que la necroscopia ha demostrado ser de semejante carácter. En ninguno de los dos mencionados se obtuvo el permiso de la autopsia.

En vista de las razones que dejamos espuestas, no deben evacuarse tales acumulaciones sino con la mayor precaucion; y conviene que el cirujano prevenga siempre á los parientes de la enferma que la operacion puede tener consecuencias funestas (48).

*Métodos para evacuar la sangre menstrual retenida.*—Las acumulaciones de sangre menstrual pueden evacuarse de dos modos: por la aspiracion, y por la puncion con un trocar fino, impidiendo la entrada del aire. La gran ventaja del primer método es, que por su medio puede el operador alcanzar el líquido á través del recto, de la vagina, ó de las paredes del abdómen, segun crea mas conveniente; y esto sin la introduccion del aire, el cual obraría como un tóxico directo sobre las superficies mucosas anormales. Lo mas seguro es extraer el líquido poco á poco, y no todo á la vez. Cada tres ó cuatro dias puede extraerse un poco, á beneficio del aspirador, hasta dejar vacía la cavidad. Téngase presente que la cantidad de líquido no se vá acrecentando cons-

tante y gradualmente, sino que el aumento se verifica repentina y muy abundante en la época menstrual.

Ha habido casos en que sobrevino la rotura de las trompas, despues de haberse evacuado la acumulacion uterina. En estos, una coleccion tubaria, debida al flujo menstrual de la membrana mucosa salpingiana, se enquistó de resultas de una estrechez de la trompa. El vaciamiento brusco del útero causa contracciones de las paredes de la trompa, y el derrame en la cavidad peritoneal de lo contenido en aquella. Disminuye el peligro estráyendose gradualmente la masa de sangre aprisionada en el útero.

Habiendo extraido poco á poco toda la sangre líquida, se lava perfecta y repetidamente la cavidad vacía, con agua caliente fenicada; lo cual se ejecuta con facilidad haciendo funcionar en sentido inverso el aspirador. Es indispensable entónces el mas completo reposo, en la posicion horizontal, manteniendo á la enferma bajo la influencia del opio y la quina en pequeñas dosis, durante cuatro ó cinco dias.

Mediante la atenta observacion de estos casos, puede reconocerse la época menstrual casi siempre, y determinada esta, se dará principio al tratamiento cuatro ó cinco dias despues de su desaparicion, continuándolo por espacio de diez dias, poco mas ó menos. En seguida se procurará destruir la oclusion que ha ocasionado el mal.

Preguntarán tal vez algunos lectores: ¿qué se ha de hacer en caso de no poderse obtener un aspirador? Si la distension uterina es tan grande, que sea peligrosa la demora, ó imprudente emprender la enferma un viaje, se puede reemplazar el aspirador con un trocar muy delgado, poniéndolo, á efecto de un tubo de goma, en comunicacion con una jeringa de Davidson, ú otro aparato aspirante. El trocar con su cánula se introduce á través del tejido obturador, ó de la pared rectal, para dar salida al líquido.

Bernutz,<sup>1</sup> creyendo que la introduccion del aire en una matriz, hasta entónces mantenida al abrigo de su contacto, causa contracciones que determinan el derrame en la cavidad peritoneal de la sangre aprisionada, propuso, para evitar dicho accidente, este método. Operar ocho ó diez dias despues de las reglas, por hallarse entónces bien establecida la calma consecutiva á aquellas, y bastante remota la época menstrual siguiente. Para practicar la puncion, se servía de un trocar muy delgado, cubierto con película de tripa de buey, efectuando de este modo el vaciamiento gradual sin dar entrada al aire. No dejaba en posicion el trocar, prefiriendo volver á introducirlo, cuando era menester. La terminacion funesta de cuatro casos le hizo adoptar estas precauciones.

Despues de evacuar toda la sangre acumulada y de haber disminuido el volumen del útero distendido, recomendaba se mantuviese “*permanentemente franco el canal escretor, por medio de una incision tan*

<sup>1</sup> Clin. Méd. sur les Mal. des Femmes, t. i., p. 303.



*estensa como se creyese conveniente de la membrana obturadora, y el uso de la dilatacion."*

Pero de todos los métodos para evacuar la acumulacion uterina, el de la aspiracion es á la vez el mas seguro, el mas sencillo, y el ménos doloroso.

Con la muchedumbre de casos funestos que figuran actualmente en los anales de la cirugía, debidos á la evacuacion repentina de modo que el aire puede penetrar en la cavidad; y teniendo, como tenemos, á nuestra disposicion los medios para conjurar en cierto grado semejantes peligros; se presenta una cuestion que cada cual debe decidir para sí, á saber: si, cuando no hay urgencia (y de ordinario no la hay), no es absolutamente culpable el operador que, en estos tiempos de telégrafos y ferrocarriles y de profusion de beneficencia médica, y desconociendo los hechos existentes, espone á su enferma á un riesgo que la ciencia le proporciona los medios, cuando ménos, de minorar en gran parte.

*Operacion para la abertura de la vagina obliterateda.*—Si existe alguna duda acerca de la presencia ó el tamaño del útero, ó la posicion que ocupa, debe hacerse un exámen completo y satisfactorio, ántes de operar, introduciendo la mano en el recto, despues de haber distendido el esfínter del ano.

Cuando una gran obesidad imposibilita la apreciacion de la cantidad de tejido entre la vejiga y el recto, ó séase en la direccion en que hay que abrir, ó quizás formar absolutamente, la vagina, puede dilatarse con rapidez la uretra por medio de sondas, lo suficiente para poder penetrar el dedo hasta la vejiga. Introdúcese entónces en esta el dedo índice de la mano izquierda, y el índice y el del medio de la derecha en el recto, de cuyo modo se puede apreciar el espesor del tabique interpuesto entre ámbas vísceras.

Antes de operar, se debe anestezizar á la enferma, evacuar el recto y la vejiga, y colocar á aquella en la posicion de litotomía, sobre una mesa sólida cerca de una ventana por donde entre mucha luz.

Dos ayudantes, sosteniendo los muslos, separan los labios, miéntras que un tercero, de rodillas al lado del operador, introduce un dedo en el recto. En seguida se introduce en la vejiga una sonda de acero, y la mantiene con la mano derecha el ayudante que se halla á la izquierda de la mujer. Ahora este mismo ayudante sujeta debajo de su brazo izquierdo la rodilla de la mujer, separa el labio con la mano izquierda, y con la derecha mantiene la sonda, con una suave insistencia hácia adentro de la vejiga, á fin de que pueda reconocer su presencia el dedo del operador á medida que se va abriendo camino en la vagina. Con unas tijeras corvas llevadas por el dedo al sitio de la obliteration, se corta transversalmente y con mucho cuidado el tejido entre la uretra y el recto, haciendo penetrar en seguida el dedo en la abertura que se ha hecho. Esta es casi la única ocasion en que se debe usar el cuchillo; lo restante de la operacion debe hacerse principalmente con el dedo.

Este, por el sentido del tacto, indica exactamente al operador el grado de aproximacion á la sonda de la vejiga por un lado, y al dedo del recto por el otro. La facilidad con que se separan las paredes vaginales adheridas entre sí, ó se abre una nueva via á través de los tejidos, parecerá sorprendente al que no haya practicado este método. El uso de las tijeras ó de un bisturí corvo, de boton, será de vez en cuando necesario, pero esta necesidad constituye, cada vez que se presenta, un nuevo elemento de peligro.

Así que el cirujano se acerca á las regiones vecinas al cuello del útero, podrá hallarse confuso respecto á la posicion de este. Entónces debe comprimir el hipogastrio con la mano libre, á fin de empujar hácia abajo, al encuentro de su dedo, el cuello endurecido. Si se siente desorientado todavía, introduce en el recto los cuatro dedos de la mano derecha, y aun la mano entera, ménos el pulgar, coge el útero, lo mantiene firme y empuja el cuello hácia abajo al encuentro del dedo que se halla en la vagina. Si, á pesar de esto, no logra determinar la posicion de las partes, debe colocar un dilatador en la vagina, y suspender la operacion, para concluir la trascurridos ocho ó diez dias. De ordinario, si, despues de haber explorado perfectamente la pélvis, el operador toma las precauciones ántes indicadas, dará con el útero, con tal que este órgano exista.

Tal es, segun dicen, el procedimiento operatorio que fué adoptado por Amussat en 1832, y mas tarde por Dupuytren. El Dr. Emmet, que ha tenido mucha esperiencia de estos casos, dice, que si se forma el nuevo canal por medio de incisiones con las tijeras, y el desgarró de los tejidos con los dedos, habrá ménos probabilidad de seguirse la contraccion y la atresia, que si se empleara el cuchillo. Segun su esperiencia, las incisiones practicadas con el cuchillo se llenan de granulaciones y sufren una contraccion cicatricial con mucha mas rapidez.

De cualquier modo que se practique la operacion para la atresia de la vagina, siempre es de temerse que se repita la oclusion, lo que sucederá infaliblemente á ménos que se tomen medidas especiales para mantener franco el conducto. Con objeto de evitar semejante resultado, se introducirá en la vagina un dilatador de vidrio, como el que va representado por la Fig. 38, manteniéndolo en posicion durante algunas semanas, asegurado con un vendaje de T; y despues se introducirá todas las noches durante muchos meses, ó años, si fuere necesario. En los casos de obliteration completa del canal, aun estas tentativas pueden ser ineficaces, verificándose la contraccion en la parte superior y estendiéndose gradualmente hasta la entrada de la vagina.

Si ha habido una acumulacion de sangre menstrual encima de la constriccion de la vagina, concluida la operacion, se mantiene el conducto perfectamente limpio por medio de inyecciones de agua tibia, practicadas dos veces al dia. Cuando el útero y las trompas se hallan distendidos por líquido retenido, se lava bien la cavidad del primero,



inmediatamente después de la operación, con agua templada que contenga una pequeña cantidad de ácido fénico, de tintura de yodo, ó de la disolución de sosa de Labarraque. Luego se mantendrá la enferma recostada y tan tranquila como sea posible, y bajo la influencia de una ligera dosis de opio.

La época en que se debe recurrir á la operación para la atresia congénita es un asunto de no poca importancia. Velpeau recomienda que se opere durante la infancia; al paso que Puech, Boyer, y otros consideran como mas oportuno el período de la pubertad y próximo á la menstruación. Si ha llegado la época de la menopausis, no es necesaria la operación.

No debe olvidarse que el retardo de la operación suele tener resultados funestos durante el período de actividad menstrual, por cuanto en gran número de casos la muerte ha sido determinada por la rotura de las trompas de Falopio, y aun del útero mismo, segun las observaciones de Puech. Este autor trae sus conclusiones de 258 casos de atresia, en 18 de los cuales hubo rotura de las trompas falopianas, de resultas de la distensión determinada por la sangre menstrual. En un caso de atresia, yo he visto un hematocele del tamaño de la cabeza de un recién-nacido, debido al reflujo de la sangre á través de las trompas á la cavidad peritoneal. Es muy probable que la agitación moral de la enferma y los esfuerzos que hace durante la operación contribuyan á la penetración de la sangre en el peritórneo, segun ha observado Bernutz. Conviene, pues, emplear todos los medios posibles para evitar aquellos, cuidando de no ejercer presión sobre el útero durante el examen ó al tratar de contener á la enferma.

Segun la interesante relación de un caso de atresia operado por el Dr. Grange Simons,<sup>1</sup> de Charleston, se hizo una abertura á través del fondo de la vagina, y no habiéndose encontrado el útero, fué abandonada la operación. La mujer menstruó después, á través de aquella abertura. Murió posteriormente, del tétano, y se vió que la abertura vaginal comunicaba con una trompa falopiana que se hallaba adherida á la vagina.

<sup>1</sup> Transactions of the South Carolina Medical Association, 1872.

## CAPÍTULO IX.

### PROLAPSO DE LA VAGINA, Y HERNIAS VAGINALES.

#### Prolapso de la Vagina.

Los descensos de la vagina, del recto, y de la vejiga, tienen tan íntima relación con el prolapso del útero que parecería muy válida la idea de añadir este capítulo al que trata de esta última afección. He evitado esto espresamente, deseando llamar la atención del lector de un modo particular al prolapso de la vagina como condición primaria, que existe á menudo por largo tiempo sin ser acompañada del descenso de la matriz, á la cual precede con frecuencia como influencia causal. En atención á la gran importancia de ámbos asuntos, no pido se me disimulen las repeticiones que puedan ocurrir en uno y otro capítulo.

*Definición y sinónimos.*—Los órganos pelvianos de la mujer mantienen su posición propia, y sus relaciones mutuas, por un mecanismo cuya sencillez y perfección ofrece un ejemplo excelente de la justa relación de los medios con el fin, que tan á menudo se revela en la economía animal. El útero se halla sostenido de tal modo que puede, cuando así lo requiera la preñez, ú otras circunstancias, elevarse ó deprimirse, ó inclinarse hácia adelante ó hácia atrás; mientras que la vejiga, el recto, y la parte inferior del intestino delgado, se mantienen en su posición, y continúan distendiéndose y vaciándose sin cambio alguno importante de sus relaciones.

Los agentes á que se debe principalmente la realización de este resultado, son la vagina, el peritórneo, los ligamentos del útero, y el tejido areolar de la pélvis. La primera ejerce una función importante. Por su medio es, mayormente, que se sostienen el útero y el asa sobrepuesta del intestino delgado; impide la caída de la vejiga hácia atrás cuando esta se halla repleta, y la dislocación hácia adelante de la pared anterior del recto. El Dr. Savage<sup>1</sup> ha dicho "que en ninguna circunstancia sirve la vagina de apoyo al útero;" pero es difícil convenir

<sup>1</sup> Lancet, febrero, 1858.