

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,¹ 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.

¹ 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. Savage¹ ha dicho "que en ninguna circunstancia sirve la vagina de apoyo al útero;" pero es difícil convenir

¹ Lancet, febrero, 1858.

en semejante aserto cuando vemos en la práctica que pueden sostenerse perfectamente el útero, la vagina, y la vejiga, en prolapso, por medio ya de astringentes aplicados á las paredes vaginales, ya de operaciones para angostar aquel conducto, ó bien con solo reforzar posteriormente sus paredes mediante la restauracion del periné.

Se llama prolapso aquel estado en que la falta de tono en las paredes vaginales es causa de su relajacion y descenso hácia la vulva; pero se la incluye á menudo bajo los nombres de prolapso del útero, cistocele, enterocele, ó rectocele, porque una vez suprimido el apoyo que ofrecia anteriormente la vagina, resulta por lo general el descenso del útero, del intestino delgado, de la vejiga y de la pared anterior del recto. Con motivo de la gran diversidad de opiniones que existe respecto á la naturaleza del prolapso de la vagina, es indispensable que, ántes de seguir mas adelante, comprendamos perfectamente su definicion. Algunos sostienen que las hernias de las vísceras próximas á la vagina no deben incluirse bajo el nombre de prolapso, el cual, segun dice Colombat, "es una inversion de la membrana tapizadora interna, causada por la infiltracion del tejido celular que une la membrana mucosa á las subyacentes." Otros opinan que el verdadero prolapso es imposible sin la dislocacion simultánea de uno ó varios de los órganos pelvianos inmediatos. Todos admiten, por de contado, que un desarrollo exuberante ó hipertrofia, como la que se produce durante la gestacion, puede determinar la salida de una parte del conducto vaginal por la vulva; pero no es esta la condicion á que de ordinario se da el nombre de prolapso de la vagina. El Dr. Savage¹ se espresa como sigue sobre esta materia: "El prolapso de la vagina solo, ó el prolapso de la membrana mucosa vaginal solo, son dos afecciones que, bajo el punto de vista anatómico, parecen imposibles."

No deja de ser importante la cuestion de si es posible el prolapso de la vagina sin que ocurra el rectocele, el prolapso del útero, ó el cistocele. La pared superior, ó anterior, de la vagina se halla en union íntima con la base de la vejiga y la cara anterior del cuello de la matriz, é indirectamente ligada al sacro por medio de los ligamentos útero-sacos. Esta pared contribuye á sostener el útero, la vejiga y el intestino delgado. La pared posterior no está unida con tanta solidez al recto, aunque su adhesion es bastante fuerte en la estremidad del fondo de saco útero-rectal del peritóneo. Al llegar al tabique perineal, punto un poco mas arriba de la vulva y precisamente en el borde superior del cuerpo perineal, se separan las paredes musculares de la vagina para insertarse en las ramas isquio-pubianas. El músculo pubio-coxigeo, verdadero esfínter de la vagina, estrecha el canal en aquel punto. La membrana mucosa del conducto se estiende hácia abajo hasta la horquilla. Estas disposiciones anatómicas esplican la gran rareza del prolapso de la vagina sin la dislocacion simultánea de una ó mas de las

¹ Female Pelvic Organs.

vísceras que la rodean, y el que cuando se presenta como enfermedad distinta, el descenso por lo general interesa solamente la pared posterior. Jamas he observado un solo caso de prolapso completo de la pared anterior, sin coincidencia del descenso de la vejiga; pero sí he observado muchos casos de inversion de la posterior sin ningun cambio en la posicion del recto.

Patología.—Cualquiera influencia que disminuya la tonicidad y la resistencia natural del conducto de la vagina, aumentando anormalmente su volúmen ó laxitud, ó destruya sus bases inferiores de apoyo, producirá este desórden. La preñez y el parto, combinando casi todas estas influencias, y no pocas veces todas, pueden considerarse por lo general como causas predisponentes y escitantes. El desarrollo de la vagina y aumento de peso del útero consecutivo á la preñez, unidos á la distension del canal y debilitacion del esfínter, determinadas por el parto, concurren á producir el prolapso. A medida que se desarrollan las células de que provienen las fibras musculares uterinas para hacer del útero, tan insignificante en el estado de vacuidad, el órgano poderoso que expulsa el feto llegado á termino, crecen tambien las de la vagina, de las trompas falopianas, y de los ligamentos uterinos. Estas partes vuelven á recuperar sus dimensiones primitivas, por el mismo proceso de involucion que reduce el volúmen y peso de la matriz; y todas aquellas influencias que interrumpen en el útero este trabajo importante, causando la subinvolucion, lo afectan igualmente en las demas partes mencionadas, volviéndolas débiles y atónicas.

El prolapso de la vagina, aunque puede presentarse, es sumamente raro, escepto en las mujeres que han parido. Sir Astley Cooper observó un caso en una jóven de diez y siete años admitida en *Guy's Hospital*, por un supuesto prolapso del útero; y el Profesor Meigs¹ afirma que el Dr. Mütter, de Filadelfia, lo vió presentarse de resultas de un acceso de convulsiones, en una criatura de seis meses.

Causas.—En vista de lo que acabamos de decir, las siguientes causas se deducen naturalmente como las mas aptas para producir esta dislocacion:—

- Esfuerzos violentos de los músculos abdominales;
- Partos repetidos;
- Atrofia senil de las paredes vaginales;
- Rasgadura del periné;
- Distension, con anterioridad, por tumores;
- Vaginitis de larga duracion;
- Subinvolucion de la vagina.

La subinvolucion de la vagina es la mas frecuente de todas estas, y con mas especialidad cuando se acompaña, como sucede á menudo, de

¹ Meigs, Traducccion de Colombat.

la rasgadura del periné. La atrofia senil y absorcion del tejido adiposo inmediato merecen considerarse despues en el órden de frecuencia.

Es evidente que todas ellas obran, ya debilitando las paredes vaginales por una simple distension mecánica, ya privándolas de su tonicidad, ó sustrayendo los puntos de apoyo del canal en la vulva.

Variedades.—La dislocacion puede revestir dos formas: aguda y crónica. La fuerza del canal puede ser vencida por un esfuerzo violento, un acceso de tos, contracciones abdominales ó uterinas ú otros movimientos análogos, que con gran rapidez empujan hácia abajo sobre las vísceras pelvianas lo contenido en el abdómen. Este fenómeno, que es muy raro, va acompañado generalmente del descenso repentino del útero, ó se presenta poco despues del parto. La forma comun de la afeccion es aquella en que una ó varias de las causas enumeradas, por medio de su accion lenta y continua, vence gradualmente la resistencia de la vagina, causando poco á poco el descenso de un repliegue hácia la vulva y aun fuera de ella. La primera variedad resulta de esfuerzos de pocos minutos de duracion; la segunda, de un trabajo morbosos que ha durado meses y aun años. El prolapso de una pared, al que se ha dado el nombre de prolapso incompleto, escapa á menudo á la observacion, á causa de la hernia de la vejiga, del recto ó del intestino, que con él se presenta. Por lo tanto el cistocele, el rectocele, y el enterocele pueden considerarse tambien como complicaciones de la afeccion.

Curso, duracion, y terminacion.—Un ataque repentino de prolapso, combatido por los medios apropiados, y manteniéndose la enferma en reposo, podrá desaparecer, y no repetirse; pero en la variedad que se produce gradualmente, la duracion es indefinida. Por lo comun, no se consulta al médico hasta despues de haber existido el prolapso largo tiempo, y revistido la forma crónica. Sus resultados mas importantes son el prolapso del útero, de la vejiga, y del recto, siendo casi seguro que se seguirá uno ú otro de estos.

Pronóstico.—Del grado y duracion de la enfermedad depende el pronóstico, en cuanto á la curacion. Por grave que sea su carácter puede siempre aliviarse por los medios quirúrgicos, siendo comunmente incurable por el tratamiento médico.

Síntomas.—Cuando existe sola la dislocacion de la vagina, es decir, sin determinar la hernia de los órganos vecinos, entónces la enferma acusa un malestar de la vagina, con contracciones de arriba hácia abajo, como si tratase de espeler algun cuerpo extraño; una sensacion de calor, plenitud, y latidos en la vulva; cierto grado de incomodidad en la pélvis, al andar ó al hacer cualquier esfuerzo muscular; y visos de languidez, si la afeccion es de carácter grave. El exámen físico revela la presencia de un tumor entre los labios, y por el tacto se reconoce que no contiene líquido, aunque no sea sólido de suyo. Algunas veces hay escoriaciones y ulceraciones de la mucosa que lo cubre, presentando esta un color violáceo, y otras se presenta lisa, lustrosa, endurecida, y

cubierta de epitelio pavimentoso. El prolapso vaginal, simple, de alguna estension, es, como hemos dicho, bastante raro. Cuando ocurre, interesa comunmente la pared posterior; pero el prolapso acompañado de hernia, afecta con mas frecuencia la pared anterior, habiendo el cistocele. Cuando el caso se complica de un prolapso rectal ó vesical, además de los síntomas que acabamos de enumerar, se presentan otros que dependen del desarreglo funcional de la parte que forma la hernia. Los síntomas culminantes son algunas veces relativos á la vejiga; otros, al recto; y raras veces al intestino delgado.

El tratamiento de la inversion de la vagina es, con ligeras modificaciones, el mismo en los casos simples que en los complicados, y volveremos á él despues de haber estudiado la hernia vaginal.

Hernias Vaginales.

Cistocele.

El cistocele, ó hernia vésico-vaginal, consiste en el descenso de la vejiga hácia la vulva, ocupando el canal de la vagina. Cuando la pared anterior de la vagina, que se halla estrechamente adherida á la vejiga, cuya base sostiene parcialmente, deja de proporcionar la resistencia necesaria, la vejiga, parte por esta causa, y parte por ceder á la fuerza de traccion que la solicita, desciende, formando en la vagina un saco pequeño; el cual, de poca entidad al principio, se va desarrollando hasta formar un verdadero tumor y sale por entre los grandes labios. La bolsa así formada viene á ser una especie de divertículo, que, una vez lleno de orina, no puede vaciarse durante la emision ordinaria de esta secrecion. La orina se descompone, con desprendimiento de amoníaco libre, y se establece una cistitis, ó catarro vesical, que molesta á la enferma con dolores, calor, tenesmo vesical, y escozor al paso de la orina. Si hay duda acerca del carácter del tumor vaginal, se introduce en este por la uretra una sonda ó cáterter encorvado, para resolver la cuestion.

Es una discusion interesante la que tiene por objeto determinar si el cistocele puede alguna vez causar el prolapso vaginal, en vez de serle consecutivo. Es probable que pueda causarlo en casos muy raros, aunque semejante relacion entre las dos afecciones no debe ser comun, por cuanto la primera casi nunca se presenta sino en mujeres que han parido y por tanto se han visto espuestas á influencias que tienden a disminuir la resistencia vaginal. Scanzoni¹ está persuadido de que el prolapso vesical es á veces primitivo, reconociendo por causa la contraccion espasmódica irregular de las fibras del cuerpo de la vejiga, mientras que las del cuello permanecen firmes. Esto determina el aflujo de la orina al fondo, el cual se dilata y sufre una dislocacion.

¹ Obra cit., p. 497.

Rectocele.

El rectocele, ó hernia recto-vaginal, se produce de un modo análogo al del descenso de la vejiga. La pared posterior de la vagina no solo deja de ofrecer el apoyo conveniente á la anterior del recto, sino que, arrastrándola oblicuamente hácia abajo, da lugar á que esta forme un saco que no tarda en llenarse de materias fecales. El escremento, endureciéndose, adquiere un carácter irritante y determina una flegmasía y secreción de la mucosa, con tenesmo, estreñimiento rebelde y hemorroides. A veces el tumor así formado iguala en volúmen el puño de un hombre, y presentándose encima del periné, es algo difícil de diagnosticar, atendidas sus dimensiones y solidez. Pero la exploración rectal, y una lavativa de agua caliente con hiel de buey bastan para resolver la dificultad. Vi una vez á una enferma que tuvo que guardar cama por espacio de tres ó cuatro meses, por motivo de una de estas acumulaciones fecales enquistadas, en la suposición de que se trataba de una inflamación del tejido celular, cuyo exudado de linfa había obstruido completamente la pélvis. Podrá suponerse que rara vez se cometerá semejante error; y, sin embargo, el caso que acabo de mencionar sucedió á un médico de gran experiencia y habilidad.

Enteroccele.

El enteroccele, ó hernia entero-vaginal, consiste en el descenso á la pélvis é introducción en el canal de la vagina, de una parte del intestino delgado. La caída se verifica comunmente de la manera siguiente: un asa intestinal, que descansa en el fondo de saco de Douglas, distiende esta prolongación serosa, y avanzando entre el recto y la vagina, empuja ante sí la pared posterior vaginal, de modo que esta forma un tumor en la vulva. Algunos dicen que de un modo análogo el intestino puede avanzar entre la vejiga y el útero y deprimir la pared anterior de la vagina; pero esto debe ser muy raro, ya que autores de mucha experiencia afirman no haberlo observado nunca.

Es poco probable que el enteroccele dé lugar á malos resultados, á menos que se manifieste durante el parto, en cuyo caso puede producirse la estrangulación; pero semejante complicación es muy rara, aun en tales condiciones, pues la amplitud de la comunicación del saco con la cavidad peritoneal facilita casi siempre la vuelta del intestino al abdómen. El Dr. Meigs¹ refiere un caso en que una gran masa intestinal interrumpió el proceso del parto, hasta que logró reducir la hernia; y añade con razón que en semejante caso era de temerse la estrangulación ó la contusión.

Estas hernias merecen mirarse con la mayor atención, cuando se trata de verificar la punción para averiguar el carácter del contenido

¹ Colombat, p. 211.

de los tumores vaginales que puedan presentarse durante el parto. No debe recurrirse á ese medio de investigación, sin haber ántes formado cuidadosamente el diagnóstico diferencial de todas las formas de hernias vaginales, y particularmente la última de que hemos hablado. La sensación peculiar al tacto, de un tumor lleno de aire, su sonoridad, el movimiento peristáltico, y la esclusión escrupulosa de toda forma de tumor que pudiera presentarse en tales condiciones, servirán para evitar el error. La precaución necesaria para establecer el diagnóstico podrá apreciarse cuando se considere la semejanza que tienen los tumores vaginales con los intestinos distendidos, advirtiendo que aquellos presentan con frecuencia al tacto una sensación gaseosa. Aun cuando el observador tenga por acertado su diagnóstico, siempre es prudente que ponga á prueba su seguridad, por la punción capilar; pues que la perforación del intestino, con aguja tan sutil, no tendría ningun resultado grave.

Tratamiento del prolapso y de las hernias de la vagina.—Si la lesión se ha verificado repentinamente, debe efectuarse desde luego la reducción, empleando los medios apropiados para impedir se repita la dislocación. Evacuados el recto y la vejiga, se colocará á la enferma sobre las rodillas y el pecho y el operador, bien untados los dedos con un cuerpo graso, ejerce una compresión continua en el sentido del eje del estrecho inferior, hasta lograr que vuelva á su sitio la parte caída. El Dr. Meigs, en el caso de enteroccele á que hemos aludido como curado por él, colocó á la enferma sobre el lado izquierdo, y practicada la táxis, la masa intestinal se deslizó repentinamente arriba del estrecho superior, en el cual la primera contracción uterina hizo entrar la cabeza del niño. Para impedir la recaída, debe elevarse la pélvis, manteniendo á la mujer en estado de completo reposo, administrando el opio para aliviar el tenesmo, si este se presenta, y procurando la constricción de la vagina por medio de inyecciones astringentes.

Pero son poco frecuentes los casos repentinos de prolapso y de hernias vaginales; generalmente los que nos vemos llamados á aliviar son aquellos que se han presentado de una manera lenta y gradual, y son por lo tanto siempre muy rebeldes. Los medios de que disponemos para combatirlos son los siguientes:

- 1º. Astringentes locales, y tónicos;
- 2º. Apoyo suplementario;
- 3º. Procedimientos quirúrgicos (49).

Los primeros pueden ser eficaces en los casos leves, pero son inútiles en los de carácter grave. El tono y la resistencia de la vagina pueden restaurarse temporalmente, por medio de inyecciones copiosas, por la mañana y por la noche, de agua fría medicamentada con tanino,

BIBLIOTECA
MUSEO DE MEDICINA

alumbre ó zinc. Durante el estío la enferma debe trasladarse á donde pueda tomar baños de mar y usar inyecciones intra-vaginales de agua de mar. Algunas veces se obtienen excelentes resultados por el uso de supositorios vaginales que contengan uno de los astringentes que dejamos mencionados.

Apoyo suplementario.—Puede obtenerse mediante un vendaje, ó sostenedor, abdominal con una tira ó correa perineal, y el uso de un pesario convenientemente hecho, como, por ejemplo, el de doble palanca de Hodge ó de Smith, el de anillo de Meigs, ó el enderezador uterino (*stem pessary*) de Cutter.

En algunos casos, y particularmente aquellos en que la vejiga y el recto se encuentran comprendidos en el prolapso, el pesario esférico, que consta de un globo de vidrio ó plata, ó el de aire de Gariel, son muy útiles. Pero necesariamente no pasan de ser remedios simplemente paliativos, pues al paso que alivian las consecuencias inmediatas de la falta de fuerza del conducto, mantienen una distension continua que aumenta la debilidad. En varios casos muy rebeldes, en que, por ciertos motivos, no me fué posible recurrir á operaciones quirúrgicas, he obtenido un notable alivio momentáneo mediante el uso de los pesarios de anteversion, representados en el capítulo que trata de esa lesion. El brazo saliente ó sostenedor de estos instrumentos, ejerciendo una presión de abajo hácia arriba contra la parte de la vagina inmediata al útero, eleva esta superficie y la sostiene, á ella y á la vejiga al mismo tiempo.

Procedimientos quirúrgicos.—De estos son tres los que pueden ser eficaces. Si la falta de apoyo se cree debida á una rasgadura del periné, la operacion de la perineorrafia, que dejamos descrita en otro lugar, podrá bastar sola para el caso. En algunos casos en que, la dislocacion vaginal no habiendo causado el descenso del útero, se desea transformar un prolapso de tercer grado en uno de segundo, y, con motivo de la edad avanzada de la enferma, ha dejado ya de ser necesaria la funcion de la vagina, se ha practicado la union de los grandes labios en las tres cuartas partes inferiores de su estension. A este procedimiento se le ha designado con el nombre de *episiorrafia* (*επισειον*, labio, y *ραφη*, sutura). Fricke, de Hamburgo, fué el primero en proponer y practicar, en 1832, la operacion de unir los grandes labios y cerrar parcialmente de este modo la vagina. En 1835, dió parte á la Academia Francesa de Medicina, de cuatro casos, en tres de los cuales habia obtenido buen éxito. El Dr. Eli Geddings, de Charleston (Carolina del Sur), practicó la operacion cuatro veces, en 1839, teniendo una feliz terminacion dos de los casos ciertamente, y tal vez todos ellos, pues los otros dos se perdieron de vista poco despues de la operacion. Mas tarde, Scanzoni, Roux, Velpeau, Simon, Stoltz, y Malgaigne, pusieron en práctica el procedimiento, pero sin obtener buenos resultados.

La operacion consiste en refrescar los bordes de los labios mayores,

estirpar los menores, y unir las superficies avivadas con suturas de plata.

Cuando hay prolapso del útero, ó siquiera sea dislocacion vesical ó rectal manifiesta, el único procedimiento que puede proporcionar la curacion radical es la operacion de la *elitrorrafia*, ó disminucion del calibre de la vagina. Daremos la descripcion completa de esta operacion al tratar del prolapso del útero.

BIBLIOTECA
MUSEO DE MEDICINA Y ANATOMIA