

# PARTE QUINTA.

---

## PATOLOGÍA

DEL

APARATO GENITAL EXTERNO.

---

### LECCION XXIX.

GENERALIDADES.—IMPERFORACIONES DE LA VAGINA.—VAGINISMO.—VAGINITIS.—Diagnóstico y tratamiento.—PROLAPSO VAGINAL.—Variedades.—CISTOCELE Y RECTOCELE VAGINAL.

#### Señores:

En esta última parte de nuestra asignatura, vamos á ocuparnos de un número de enfermedades reducido; no porque sean pocas las que pueden presentarse en los genitales externos, sino porque muchas de éstas reproducen los tipos ya conocidos que hemos visto caracterizar las de los ovarios y útero, y tendríamos por fuerza que acudir á repeticiones cuando el tiempo nos apremia, y exige que condensemos algo el objeto de estudio, simplificando en lo posible las nociones. Por esta razón, pues, no porque crea de poca importancia su estudio, dejaré de hablar de algunas unidades morbosas, como por ejemplo, de las úlceras, especialmente las de carácter venéreo y sifilítico, de los tumores benignos y malignos escasos aquellos, y que casi se limitan á los pólipos, cuya historia he hecho completa al hablar de los del útero; y éstos reducidos á una propagación de las producciones epiteliales y cancerosas desde el cuello á la vagina; de

las heridas cuya nocion general conoceis por otra asignatura y podeis fácilmente aplicar á lo que sucede en esta region; en una palabra, limitaré el estudio al de aquellas afecciones de la vagina y de la vulva que tienen algo de especial y revisten el carácter distintivo de enfermedades relacionadas con el papel que desempeñan estos órganos en el conjunto de las funciones de generacion.

Es verdad que este papel parece reducido á muy cortos límites, supuesto que, ante la importancia del útero y de los ovarios, queda muy oscurecida la de los genitales externos, mas no por eso deja de predisponerles el ejercicio de estas funciones á lesiones y desórdenes singulares y dignos de conocerse.

Ocupándonos primero de lo relativo á la vagina, encontraremos las obliteraciones ó *ateresias* de este conducto, la inflamacion, y esa lesion especial complexa, que se conoce con el nombre de vaginismo, cuyos caractéres deben principalmente referirse á una neurose; las fístulas, resultado frecuente del trabajo del parto laborioso, y las relajaciones ó procidencias de las paredes que suelen tener una génesis parecida. En cuanto á las afecciones de la vulva, casi podemos limitarlas á la inflamacion con sus consecuencias, al prurito doloroso, la hipertrofia del clítoris y los tumores eréctiles del meato urinario; manifestaciones morbosas localizadas muchas veces, pero que en otras pueden muy bien estar relacionadas con estados patológicos mas graves, y representar un dato importante para el diagnóstico de enfermedades generales.

*Ateresia vaginal.*—Aceptamos esta palabra para designar todas las alteraciones de calibre del conducto vaginal desde las adherencias parciales ó totales, hasta la formacion de bridas cicatriciales, desde el estrechamiento congénito de la cavidad, hasta la falta completa de conducto. Es verdad que el valor etimológico de la palabra *ateresia* solo parece aplicable á las imperforaciones, pero en la necesidad de adoptar una expresion concreta para todos los casos, no he titubeado en aceptar esta que por sí misma nada prejuzga.

La ateresia puede ser ocasionada por la persistencia del hímen imperforado, por la presencia de uno ó varios tabi-

ques (hímenes suplementarios) á lo largo del conducto, por la formacion de bridas cicatriciales, ó por la adherencia de las dos caras consecutivamente á la inflamacion ó á la ulceracion; finalmente por la falta de conducto reducido á una especie de cordon macizo, ó simplemente perforado en su centro por un conducto fistuloso, que ocupa el lugar que debia ocupar la verdadera vagina.

De esto se desprende ya que habrá dos clases de ateresias; unas congénitas y otras adquiridas ó accidentales. Aquellas son debidas á una aberracion de los fenómenos formativos, á una verdadera lesion primitiva, que parte de la vida intra-uterina, para no dejarse conocer tal vez hasta la época de la pubertad por el obstáculo que resulta á la menstruacion. Las segundas pueden depender de muchas y variadas causas, como las ulceraciones de todo género, la aplicacion de tópicos irritantes ó cáusticos sobre todo los químicos; lesiones producidas al practicar operaciones tórgicas, la permanencia prolongada de la cabeza del feto en la excavacion y las escaras gangrenosas resultantes; finalmente, la gangrena idiopática.

No tenemos que ocuparnos mucho del modo de obrar de las causas congénitas, pues todas se reducen como he dicho á vicios de formacion. En cuanto á las causas accidentales, tienen todas una accion parecida. Cualquiera que sea el mecanismo que ofrezcan, se reducen á una solucion de continuidad, esta se hace asiento de una exudacion, y por este medio, de coartaciones y adherencias de una pared con otra. La diferencia en los resultados finales depende siempre de la extension de la lesion; así si se trata de una cauterizacion extensa de toda la mucosa vaginal, es muy posible que toda ella tambien sufra la adherencia y desaparezca la cavidad; por el contrario, si se trata de una rasgadura limitada, de una excision del tejido fibroso, ó de una ulceracion, la cicatriz que venga á regenerar esas lesiones, extendiéndose en la cavidad, producirá una estrechez, un cuello, una brida, pero dejando permeable una buena parte del conducto. De esta manera se comprenden perfectamente dentro esos órdenes de causas, todas las variedades de la ateresia.

Los síntomas que caracterizan las ateresias, consisten

principalmente en la dificultad que oponen al cumplimiento de las funciones encomendadas á la vagina. Así las congénitas completas, si no van acompañadas de una atrofia uterina, dan la primera señal de su existencia al comienzo de la pubertad, pues no siendo posible el paso de la sangre por el conducto interceptado, se produce una retencion menstrual. No repetiré aquí lo que dije al principio de este curso al hablar de las alteraciones menstruales, á las que me refiero. (1). Cuando la obstruccion es parcial, puede suceder que pase desapercibida hasta que la jóven se casa, siendo entonces imposible practicar el coito.

Quando los dolores que acompañan á la menstruacion son intensos y ésta no se presenta, es preciso examinar la region afecta, en cuyo caso si existe la ateresia, se encontrarán síntomas físicos de la retencion sanguínea, al nivel del punto en que existe el obstáculo. El exámen directo en tales casos, es el que completa el conocimiento de la forma, extension y caractéres de la ateresia. Sin embargo, cuando existiendo esto se sospecha la falta de vagina, debe pasarse á una exploracion minuciosa, antes de practicar ninguna operacion. Es probable que cuando no exista vagina faltará tambien el útero, siendo por lo tanto ocioso tratar de restablecer el conducto. Para llegar á convencerse de la existencia ó no existencia del conducto vaginal convertido en cordón sólido, lo mismo que para asegurarse de si con estas condiciones existe ó no el útero, es preciso combinar el tacto rectal y el vaginal con el cateterismo vesical. Parece que cuando falta del todo la vagina, no deberia intentarse fraguar un camino para llegar al útero, sin embargo Amusat practicó con éxito la operacion de abrir un conducto artificial al través del tejido célula-adiposo que ocupaba el lugar de la vagina entre el recto y la vejiga urinaria. Esto sin embargo, no puede siempre servir de norma.

*Tratamiento.*—Este es puramente quirúrgico, y consiste en abrir un camino ó perforar los tabiques que cierran la vagina. En los casos simples de existir septos ó tejido cicatricial, como en la imperforacion del himen, la operacion

(1) V. Leccion III pág. 52 y siguientes.

es muy sencilla, pues se reduce á una incision crucial hecha con el bisturí sobre la membrana obturadora, teniendo sin embargo presente, que, cuando la sangre menstrual ha estado por un tiempo largo encerrada en el útero, es peligroso darle salida de una manera brusca, á la cual se han visto seguir síntomas graves de inflamacion. Para evitar esto, y tambien en cuanto sea posible la entrada del aire dentro de la vagina ó del útero dilatado, es porque se ha aconsejado hacer la evacuacion de la sangre coleccionada por medio de la puncion capilar y la aspiracion, con el aparato de Dieulafois. Este procedimiento además de facilitar la evacuacion lenta, y aun alternada con descansos, si se juzga necesario, tiene la ventaja de que puede á renglon seguido, servir para hacer en la vagina inyecciones de agua fenicada con objeto de lavar y deterger bien la mucosa vaginal, y evitar complicaciones.

Cuando se ha empleado este medio para evacuar la sangre, es preciso despues que han pasado algunos dias, y con el fin de evitar repeticiones, substituir la puncion por una larga incision del septo, y si es menester por medio de la dilatacion lenta y gradual del conducto.

Cuando no se trata ya de esas simples obstrucciones, sino de la falta de vagina, ó por lo menos de su aglutinacion completa hasta el punto de formar un cordon sólido, los procederes operatorios son ya mas dificiles, complicados é inseguros.

Entre los varios procedimientos ideados para conseguir este resultado, el mas seguro es el que consiste en abrirse paso ya sea al través de las paredes vaginales unidas y aglutinadas, ya al través del tejido celular cuando aquellas no existen, disecando con el dedo despues de haber incindido con el bisturí la parte primera del obstáculo. Colocada entonces una algalia metálica en la uretra para levantar lo posible la vejiga, y un dedo en el recto, el operador va siempre guiado por aquellos dos conductores, entre los cuales debe abrir un camino, sin peligro de herir tejidos delicados, ni abrirse una falsa via, como tan fácilmente acontece cuando se disea con el bisturí.

Despues que se consigue abrir de esta suerte un camino, es preciso tomar precauciones para evitar una recidiva po-

sible, á cuyo fin se coloca en el conducto formado un tubo de cristal ó de caoutchouc, y una vez obtenida la cicatrizacion, se aplican durante muchos meses seguidos, medios dilatantes, hasta conseguir una vagina completa y permanente. Asegúrase por algunos autores, que á pesar de esto puede verse mas ó menos tarde la reproduccion de la atresia, empezando la aglutinacion hácia el cuello del útero, desde cuyo punto desciende hasta completarse la oclusion.

VAGINISMO.—Llámase así una enfermedad caracterizada por una hiperestesia de la mucosa vaginal al nivel del hímen, tan exagerada, que determina la contraccion espasmódica del esfínter, y consecutivamente la imposibilidad de practicar el coito.

Esta dolencia descrita especialmente por Scanzoni, Simpson y Marion Sims, es mas frecuente de lo que á primera vista parece, solamente que como recae de ordinario en jóvenes recién-casadas, el pudor hace que no den cuenta de ella, quedando muchas sin curarse y desapareciendo paulatinamente despues de mucho tiempo. Aunque se han emitido diversas opiniones acerca la naturaleza íntima del vaginismo, está admitido por casi todos los patólogos que consiste en el espasmo del músculo pubio-coccígeo, ó bien del vulvo-cavernoso, ó tal vez de ambos, pues uno y otro contribuyen é cerrar la entrada de la vagina. Esta contraccion espasmódica es provocada por la irritacion de los nervios que se distribuyen por la vulva y entrada de la vagina, irritacion debida en la mayoría de casos al contacto de cuerpos extraños, y en algunos al estímulo de una erupcion ú otro estado patológico localizado en la region; tal vez pueda ser debida tambien á una accion directa medular. El espasmo es doloroso, y aumenta siempre que se trata de dilatar el esfínter, y á veces hasta por el lijero contacto de la parte por los vestidos.

La etiología del vaginismo puede referirse, pues, en primer término, á la desproporcion entre los órganos sexuales masculinos y femeninos, lo cual produce un estímulo é irritacion fisica local. Esta es la causa mas ordinaria, sobre todo coincidiendo con un pene muy desarrollado, un hímen resistente ó una vagina muy estrecha. Siguen luego

en orden de frecuencia las erupciones excematosas ó vesiculosas de la vulva; las escoriaciones y fisuras; la diátesis herpética, la endometritis crónica y la diátesis histérica. Es frecuente tambien ver el vaginismo en mujeres dismenorréicas, mas no creo que la dismenorrea sea la causa eficiente del vaginismo, sino mas bien un hecho concomitante y debido tal vez á la misma causa orgánica.

En ciertos casos se presenta el vaginismo como efecto de abusos en el coito, despues que éste no encontró dificultades en su primer cumplimiento; entonces la causa inmediata es la vulvitis ó vaginitis producida mecánicamente por el acto conyugal, y es la forma en que el vaginismo se cura mas pronto y fácilmente, pues desaparece sin mas precaucion que la de dejar el aparato en reposo absoluto durante algunos dias.

La primera manifestacion sintomática de esta enfermedad consiste en un dolor vivísimo al practicar el coito, reproducido no solo por las relaciones sexuales, sino siempre que por cualquier causa se toca ó roza el aparato genital. Cuando despues de esto, se decide la enferma á consultar con un médico, y pasa este á la exploracion local, se observa ante todo una susceptibilidad tal en toda la region vulvar, y mas especialmente en el sitio ocupado por el hímen ó por las carúnculas mirtiformes, que es imposible hacer ningun exámen detenido porque la enferma se retira y grita á la fuerza del dolor. Continuando la exploracion, el dedo no puede apenas entrar en la vagina, cuyo esfínter se contrae con tal energía, que se siente el dedo fuertemente aprisionado. Si existe entonces algun foco de irritacion local, como erupciones, inflamaciones, etc., puede reconocerse bien con la vista y con el tacto; si nada de esto se aprecia, debe creerse en un espasmo idiopático ocasionado por el estimulo local, ó dependiente, como antes he indicado, de una accion directa de la médula, á la manera que la estridulosis laríngea puede ser producida sin prévia laringitis, por una accion directa del vulvo raquídeo que preside á su inervacion. Es preciso siempre al examinar la region que es asiento de la enfermedad asegurarse bien de si existe lesion local y que carácter tenga, pues de este conocimiento parte la base de un buen tratamiento.

Diagnosticar esta enfermedad no es difícil, pues sus pocos y significativos síntomas bastan para determinarla, sin que sea posible confundirla con ninguna otra.

Su pronóstico no es grave. No puede por sí sola dar lugar á compromisos serios, y por otra parte es curable casi siempre. Aunque algunos autores afirman que nunca se cura espontáneamente, yo puedo asegurar que la he visto desaparecer sin ninguna especie de intervencion, cuando era producido por abusos en el coito, ó por indiscreciones cometidas en las primeras relaciones, bastando entonces el reposo para facilitar mas tarde el perfecto cumplimiento de la funcion.

*Tratamiento.*—Sims cree que no hay mas tratamiento eficaz que el quirúrgico, por esto establece en su tratado de cirugía uterina como procedimiento común y constante, la excision del esfínter, profunda y completa, seguida de la extirpacion de las carúnculas mirtiformes y la dilatacion gradual. Esta doctrina se encuentra hoy muy modificada, y por mi parte sigo siempre en el tratamiento del vaginismo el siguiente criterio:

El vaginismo ó es sintomático de una afeccion localizada en la vulva y de carácter irritativo, como son las erupciones, inflamaciones, fisuras, etc., ó bien es idiopático; una simple hiperestesia provocada por el contacto directo con un cuerpo extraño. En el primer caso, no hay mas que tratar la afeccion de la que el vaginismo es síntoma: curando las erosiones, los excemas, la vaginitis se llega pronto á un resultado feliz. Todos los medios higiénicos y farmacológicos que conducen á este fin deben emplearse, así es que muchas veces he conseguido curar un vaginismo con los baños emolientes y calmantes, las lociones lijera-mente astringentes, ó practicadas con una solucion arsenical. En otras ocasiones van muy bien las inyecciones emolientes, y sobre todo los supositorios hechos con una mecha de hilas empapada en glicerina que tiene en solucion el sub-borato de sosa ó el sulfato de zinc. Si se trata de fisuras de la orquilla, deben tratarse convenientemente, y si de pequeños angiomas del meato, extirparlos. Por supuesto que á todo ello debe añadirse la prohibicion de excitar el aparato, no

intentando realizar el coito hasta la completa curacion del estado local.

En el segundo caso, es decir, cuando el vaginismo no va unido á una alteracion local bien manifiesta, entonces acudo á la dilatacion gradual y continúa. Esta se hace mejor por medio de la esponja preparada que con mechas de hilas, siendo menos incómoda y mas eficaz. Cuando á pesar de esto no cede el espasmo, practico una incision á cada lado del orificio vulvar que solo interesa la mucosa, lo cual no solo facilita la colocacion de los cilindros de esponja, sino que contribuye eficazmente á combatir el espasmo muscular.

Se ha aconsejado por muchos autores la dilatacion brusca, y en realidad es un medio que dá buenos resultados, cuando todos los demás fracasan. Esto se verifica por medio de los dedos pulgares introducidos juntos y tocándose por su cara dorsal; una vez dentro de la vagina, se separan bruscamente y se mantienen así por algunos minutos, é introduciendo luego una mecha voluminosa. Puede hacerse tambien por medio de instrumentos, y sirve muy bien para este caso un espéculum bivalvo que se abre una vez introducido, se fija la abertura y luego se retira completamente abierto. La dilatacion brusca, tanto si se practica con los dedos, como con un instrumento, exige préviamente la anestesia.

Sims ha preconizado la seccion del esfínter, considerando esta operacion como el único medio seguro de combatir el vaginismo. Este operador, despues de anestesiar la enferma, practica á cada lado de la línea media una incision profunda de arriba abajo que termina en el rafe perineal, en cuyo punto se reunen formando una Y. Cada incision debe tener como unos 4 céntims., é interesa la mucosa vaginal, el anillo vulvar cortando todas las fibras musculares y el periné. Despues de practicado esto, introduce un tubo dilatador, especie de cilindro destinado á mantener separadas las partes excindidas.

Tarnier ha usado la seccion sub-cutánea para practicar esa operacion, á imitacion de lo que hacia Jobert para tratar ciertas formas de fisura del ano, complicadas con el vaginismo.

Finalmente, se ha querido substituir la seccion por la cauterizacion, practicada ya con el nitrato de plata como hacen Demarquay y Saint-Vel, ya con el gálvano-cauterio como ha hecho Brocca. Indudablemente es un método laudable, y siempre menos alarmante que la seccion, pudiendo producir resultados muy ventajosos cuando la causa del espasmo resida en la mucosa vulvar, y aun en algunos espasmos idiopáticos, pero no puede considerarse como método general.

Yo creo que á la seccion del esfinter deberá recurrirse pocas veces, porque casi siempre será suficiente la dilatacion para vencer la enfermedad, sino ha cedido ya á los medios sencillos: pero entiendo tambien que, cuando se hace rebelde á los medios expresados, ni cede tampoco á una dilatacion bien hecha; ó bien que despues de esta se repite, de suerte que el coito se hace imposible, entonces se debe recurrir sin miedo á la seccion, en la casi seguridad de curar radicalmente el vaginismo. Al llegar este caso indudablemente que el mejor procedimiento es el de Sims pero si se encontrara demasiado complicado, ó se creyere que no hay necesidad de tanta lesion, dada la naturaleza de aquel caso, pudiera muy bien substituirse por dos incisiones laterales, perpendiculares á los bordes del orificio, y que comprendieran la mucosa y las fibras del músculo vulvo-cavernoso.

Como complemento de estos medios locales, será útil casi siempre establecer un tratamiento general dirigido á modificar las diátesis, ó cuando menos entonar el organismo.

*Vaginitis.*—Entiéndese con esta palabra la inflamacion de la mucosa vaginal, conocida tambien con los nombres de leucorrea vaginal, blenorrea ó blenorragia vaginal. Las dos últimas denominaciones se reservan hoy dia para designar la variedad virulenta producida por contagio del virus venéreo.

Admitiremos tres variedades de vaginitis: la *simple*, la *blenorragica* ó *gonorrea*, y la *granulosa*. Cada una de ellas puede presentarse en forma aguda y crónica.

*Vaginitis simple.*—Comprende la inflamacion de la mucosa vaginal desarrollada independientemente del contagio blenorragico. Puede ser aguda y crónica; primitiva ó consecutiva á una endometritis, provocada por la irritacion que producen las secreciones uterinas. Compréndese con esto la variedad de causas que pueden motivarla; unas serán catarrales, influyendo sobre la mucosa vaginal el frio, al igual que influye sobre otras mucosas de la economía; otras deberemos considerarlas como fisiológicas, y se refieren al ejercicio de las funciones sexuales, como el abuso del coito, ó bien al trabajo del parto, que cuando es algo laborioso tan fácilmente provoca la vaginitis, que queda en estado crónico como reliquia de aquel. Otro orden de causas es puramente fisico, y lo constituyen la presencia de cuerpos extraños en la vagina, los pesarios, las cánulas, etc.; otros, finalmente, serán de accion química, como los productos ácidos ó alcalinos de la leucorrea uterina, las secreciones retenidas y alteradas y los agentes químicos que tal vez se hayan aplicado con un fin terapéutico. Dentro de estos órdenes que acabo de enumerar, pueden encontrarse todas las causas de la vaginitis simple.

Por lo regular todas ellas obran de una manera lenta, si exceptuamos los agentes químicos; de aquí que con frecuencia se desarrolla lentamente la vaginitis, apareciendo desde el principio en la forma crónica ó por lo menos subaguda. Sin embargo, no deja de presentarse la forma aguda aun bajo la accion de causas lentas, como el coito muy repetido, la impresion del frio, etc., y tambien esa misma forma aguda accidental, desarrollada sobre una vaginitis crónica existente de algun tiempo, cuando se hace mas intensa la causa que la sostiene, ó se añade á esta otra accidental y mas poderosa.

La manera como los tejidos de la mucosa responden á la accion de las causas productoras, se parece mucho á lo que sucede en otras mucosas, y en especial en la del útero. El primer efecto es una notable hiperemia, seguida inmediatamente de la abrasion del epitelio. Es esto tan rápido, que á veces desde los primeros síntomas se puede observar ya grandes porciones de mucosa denudadas, y que fácilmente se convierten en ulceraciones. Si la enfermedad progresa, al

poco tiempo que la accion de la causa , se suspende la secrecion natural , substituida por una segura notable que corresponde á la hiperemia, á la cual sigue á no tardar una notable secrecion morbosa , abundante y fétida , acre , generalmente de reaccion ácida , serosa ó sero-mucosa en un principio , pero que no tarda en tomar los caractéres del mocus , y constituye la *leucorrea vaginal* , síntoma capital, que ha servido durante mucho tiempo para designar la enfermedad. El exámen microscópico descubre en este flujo células epiteliales en gran número , glóbulos de pus , glóbulos sanguíneos y un infusorio llamado por Donné *trichomonas vaginalis* , que no es exclusivo como se ha creído de la leucorrea blenorragica. Puede encontrarse tambien el llamado *leptothrix* , análogo al de la estomatitis.

Los síntomas que caracterizan la vaginitis , son el dolor y sensacion de pesadez , que se trasmiten al periné y á las ingles ; calor intenso , á veces como quemante , y tenesmo vaginal y rectal ; finalmente la leucorrea de que he hablado. Esto en cuanto á la forma aguda. En la crónica , tanto si lo es primitivamente , como si sucede á la forma aguda , faltan todos esos síntomas á excepcion de la leucorrea. Esta en cambio es mas abundante y mas serosa , escoria la piel de los muslos con la que se pone en contacto , y deja en los vestidos grandes manchas de color amarillo verdoso.

El exámen ó exploracion directa , demuestra la gran sensibilidad en la forma aguda , pues apenas es posible la introduccion del dedo por el gran dolor que provoca , y lo mismo sucede al introducir el espéculum. A la vista se reconoce la mucosa hiperhemiada , excoriada ó ulcerada , segun el grado de desarrollo de la inflamacion. Por lo regular se observa tambien inflamado y congestionado el cuello del útero , y entonces puede verse la diferencia de caractéres físicos entre el flujo leucorréico que asoma por el orificio del cuello , espeso , pegajoso y mucoso , y el de la vagina que cubre en gran cantidad las paredes vaginales.

*Vaginitis blenorragica.*—Procede ésta del contagio con el pus blenorragico. La manera como esto se produce es ya sabida , y no debe reconocérsele otro origen que un pus procedente de otra blenorragia , supuesto que las secreciones mu-

cosas simples no producen por su contacto mas que vaginitis simples tambien. Generalmente en la variedad blenorragica se afectan simultáneamente con la vagina, la vulva y la uretra, ó bien, y es uno de los caractéres que Guerin ha atribuido á esta forma, puede estar limitada la inflamacion por espacio de mucho tiempo en la mucosa de uno de los fondos de saco vaginales. Esta especie de confinamiento de la enfermedad explica el hecho singular de que mujeres en apariencia completamente sana contagien la blenorragia á hombres que con ellas cohabiten, y debe tenerse muy presente para buscar en aquellos puntos los caractéres de la lesion, cuando no se encuentra en el trayecto del conducto vaginal. La vaginitis blenorragica empieza siempre por la forma aguda intensa, en algunos casos tan acentuada que se acompaña de movimiento febril; pero no tarda en hacerse crónica, y general á toda la mucosa ó limitada dura mucho tiempo resistiéndose á los medios ordinarios empleados para combatirla.

Los síntomas de esta enfermedad son los mismos de la vaginitis aguda pero mas acentuados, sobre todo el dolor, calor y la sensacion de peso en el periné; pero además suele acompañarse de los síntomas de uretritis, como son: tenesmo vesical, dolor urente al paso de la orina, dolores en las caderas y comezon fuerte en la vulva. Este último síntoma puede presentarse solo, con la leucorrea vulvar, cuando la enfermedad empieza por este sitio. No es raro verle complicarse con adenitis inguinales que tienen tendencia á la supuracion.

El diagnóstico diferencial entre esta variedad y la anterior, no siempre es fácil, y sino hay datos anamnésticos que ayudan á reconocer el origen probable de la leucorrea, casi del todo imposible. Creyóse por algunos que el exámen microscópico de los productos de secrecion podria proporcionar datos para establecer las diferencias esenciales entre una y otra variedad, y Donné se adelantó á decir que la presencia de los infusorios era característica de la blenorragia vaginal. Pero ya se ha comprobado que no es esto completamente exacto, como tampoco lo es que la uretritis acompañe siempre á esta forma. Sin embargo, cuando ésta existe, hay ya mas probabilidades en favor de la índole blenorragica de la afeccion.

Esta vaginitis es curable, siempre y cuando se trate oportunamente, y solamente abandonada puede adquirir condiciones de perpetuidad. No participo tampoco de la opinion de los que creen en la posibilidad de una gonorrea latente, es decir, de un estado en que, sin aparecer sintomas positivos, conserva la mujer la propiedad de contagiar al hombre que cohabita con ella, por el estado *sui generis* de la vagina. Si esto alguna vez se comprueba, dependerá indudablemente de la existencia de la inflamacion, y por lo tanto del pus blenorragico, en un punto limitado y recóndito como son los fondos de saco vaginales.

La vaginitis blenorragica se puede propagar al útero dando lugar á endometritis de igual naturaleza, y segun opinion de algunos ginecólogos, al interior de la cavidad abdominal, produciendo salpingitis, ovaritis, perimetritis y peritonitis graves.

*Vaginitis granulosa.*—Es la inflamacion de la vagina caracterizada por un gran número de granulaciones hemisféricas que cubren la mucosa vaginal y la del cuello del útero. Estas granulaciones han sido consideradas por algunos autores como una hipertrofia de los folículos muciparos, y por los que niegan la existencia de tales glándulas en la mucosa vaginal, como una hipertrofia de las papilas debida al estado de gestacion. Rara esta enfermedad fuera del embarazo, durante el cual parece constituir muy á menudo el estado regular de la vagina, se vé algunas veces sin embargo tan acentuada que hace sospechar otra cosa, una verdadera enfermedad maligna, sobre todo si comprende tambien la mucosa cervical. En ciertos casos es un estado consecutivo á la vaginitis crónica, ya simple ya blenorragica.

Los síntomas no se diferencian de los propios de las variedades anteriormente descritas, mas que en ir acompañados casi siempre de prurito vulvar. Será pues necesario una inspeccion local para determinarla bien, en cuyo caso la apreciacion de los caractéres anatómicos de la mucosa vaginal, constituirá la principal base del diagnóstico.

*Tratamiento de la vaginitis.*—Las tres variedades de va-

ginitis que acabo de describir pueden tratarse todas de igual manera, salvo muy ligeras excepciones. Lo que principalmente inducirá diferencias en el tratamiento será el carácter agudo ó crónico de la enfermedad.

En la forma aguda tiene que recurrirse principalmente á un plan emoliente y calmante. La enferma guardará cama que no debe estar ni muy blanda ni muy abrigada, cuidando de atender al estado febril por medio de las bebidas y los medicamentos atemperantes, y una dieta ténue. Se administrarán á menudo (cada 5 ó 6 horas), inyecciones tibias con cocimientos emolientes, aplicando además sobre el hipogastrio anchas cataplasmas emolientes. Desaparecido el primer período, ó sea el máximun de agudeza de la vaginitis, podrán substituirse ya las inyecciones emolientes con los linimentos astringentes, como soluciones de tanino, de alumbre, cocimientos de hojas de nogal, de corteza de encina, etc.

Cuando la vaginitis pasa ya á crónica, se sacará mucho partido de las hisopaciones sobre toda la mucosa con una solución de nitrato de plata (2 grm. por 30 de ag. destilada). Para practicarlas basta colocar un espéculum de Sims, separando así las superficies vaginales y pasear por ellas un pincel mojado en la solución. Hecho esto, se aplicará enseguida un tapon ó mecha empapada en glicerina que contenga disuelto tanino y acetato de morfina. En esta misma forma de vaginitis pueden usarse los tópicos pulverulentos, que se insuffian sobre las superficies enfermas por medio de un aparato á propósito. Los polvos que se usan son: el tanino porfirizado, el alumbre, el subborato de sosa, el bismuto, etc. Generalmente se mezclan con otro polvo inerte como el almidon ó el licopodio, que atenúan su fuerza y les facilitan el fijarse sobre la mucosa.

Cuando á beneficio de todos estos medios se consigue curar la enfermedad, es preciso aconsejar á la paciente que durante algun tiempo se abstenga aun del coito; lo cual ha de constituir una prohibicion absoluta mientras dura el tratamiento, pues basta muchas veces una lijera transgresion de estos preceptos para que la enfermedad que estaba en buen camino se reproduzca y agrave.

El tratamiento general á que se sujete la enferma, será

el apropiado al estado general que acompaña la vaginitis.

PROLAPSO DE LA VAGINA.—Se dice que existe un prolapso ó procidencia de la vagina, cuando sus paredes se aplastan de suerte que, haciendo salida dentro del canal, acaban por franquear la vulva. Esto depende de una notable pérdida de elasticidad de los tejidos, á la cual acompaña de ordinario un cambio tambien en la situacion de los órganos inmediatos que son arrastrados por la parte de vagina relajada, constituyendo entonces una especie de hernia de aquel órgano intra-vaginal.

Han discutido los ginecólogos si era posible ó no un prolapso ó relajacion limitada á la vagina, sin participar de ella la vejiga ó el recto. Esta cuestion puede muy bien resolverse solo con considerar bien las relaciones anatómicas de estas partes. Si observamos en efecto, como se halla unida la vagina por su pared anterior á los órganos inmediatos, veremos que por la parte inferior se identifica completamente con la uretra, mas arriba la separa de la vejiga un tejido célulo-adiposo muy compacto y de poco espesor, y además las fibras anteriores del músculo elevador del ano, y las del bulbo cavernoso se confunden con las del pilar anterior de la vagina, y con otras procedentes de la vejiga, mientras ésta, el útero y la vagina se enlazan y se unen al sacro por el intermedio de los ligamentos sacro-uterinos. De todo esto resulta una union muy íntima de la vagina con la vejiga, y es poco menos que imposible, que al relajarse aquella no arrastre consigo la vejiga urinaria. Por la pared posterior no sucede ya así. Apenas hay comunicacion de elementos musculares del recto con la vagina mas que en la parte inferior, prestados por las fibras posteriores del elevador del ano, y en el resto de su extension, están ambos órganos separados por una capa gruesa de tejido célulo-adiposo, poco compacto y que permite por lo mismo á la vagina separarse del recto. De aquí resulta, que en los prolapsos de la pared anterior haya siempre procidencia de la vejiga ó *cistocèle*, al paso que en la pared posterior, puede presentarse aislado el prolapso vaginal, ó bien acompañado del de el recto, constituyendo el *rectocèle vaginal*.

Describiré separadamente cada una de estas formas.

*Cistocele vaginal.*—Entiéndese con este nombre un descenso ó depresion de la vejiga urinaria hácia la vagina, que forma dentro de ésta una salida que la intercepta y puede llegar hasta salir por la abertura vulvar. La vejiga se encuentra entonces recubierta y como contenida dentro de la pared anterior de la vagina prolabada, á la cual adhiere. Se comprende que el volúmen de esta especie de hernia, y por lo tanto su mayor ó menor grado de relajacion dependerá del estado en que se encuentre la vejiga. Si ésta se halla vacía, abultará poco, y hasta es posible que aparezca como reducida, pero á medida que se llena de orina aumentará de volúmen, hasta adquirir proporciones notables, pues el peso mismo del líquido, venciendo la poquísima resistencia que puede oponerle la pared vaginal, la obligará á caer hácia atrás. Otro resultado de esta manera de portarse la vejiga para con la pared vaginal relajada, es la dificultad de vaciarse bien, pues la uretra sigue una curva inversa á lo regular, mirando la concavidad hácia atrás, y en ocasiones, cuando es muy graduado el cistocele, encontrándose mas baja la entrada que la salida de este conducto excretor. De aqui retenciones parciales de orina que motivan su alteración, y todos los fenómenos morbosos que á ella pueden subseguir, como la cistitis catarral, el depósito de sustancias orgánicas, etc.

El diagnóstico del cistocele es muy fácil de establecer, pues basta la exploracion mas sencilla para encontrar á la entrada de la vagina, y tal vez fuera mismo de la vulva, esa especie de bolsa constituida por la vagina prolabada y la vejiga. Si alguna duda existiese, se practicará el cateterismo vesical, que nos convencerá de la verdadera índole de aquella ectopia.

El tratamiento de ésta, consiste en la reduccion. Para practicarla se empieza por vaciar la vejiga con la sonda; enseguida se coloca la enferma sobre las rodillas y los codos, y se hace la táxis que no lleva consigo ninguna dificultad. Mas difícil es ya mantener la reduccion, por la grave tendencia de la vagina á caer en cuanto se llena la vejiga. Para subvenir á esto hay tres medios generales: 1.º Dar tonicidad á las paredes vaginales por medio de los astringentes, los tónicos y los cáusticos. 2.º Aplicar un medio

mecánico de contencion. 3.º Las operaciones quirúrgicas que tienen por objeto estrechar el calibre de la vagina. El primer orden de medios debe plantearse siempre como condicion indispensable para el mantenimiento de la vejiga en su situacion normal, á cuyo fin se aplican sobre la vagina los ástringentes enérgicos de un modo permanente, ó bien pueden hacerse cauterizaciones lineales en el sentido del eje, para producir luego cicatrices que estrechen el conducto y engruesen las paredes.

En el segundo orden se encuentran diferentes clases de pesarios, siendo entre ellos el preferible para estos casos, la pelota de aire de Gariel. Pero tanto estos medios como los anteriores, suelen ser insuficientes, cuando el prolapso es muy graduado, y nos vemos entonces precisados á recurrir á los procedimientos quirúrgicos. Pueden éstos incluirse en dos operaciones; una llamada *episiorrafia*, y la otra *elytrorrafia*. La *episiorrafia* ideada por Fricke, y practicada en nuestros dias por la mayor parte de los especialistas, consiste en la oclusion completa de la vulva, dejando un pequeño espacio para la salida de las secreciones naturales. Se practica extirpando los pequeños lábios, y avivando la cara interior de los lábios mayores en las tres cuartas partes de su longitud; las superficies cruentas se ponen en contacto y se fijan por medio de puntos de sutura.

La *elytrorrafia* se practica disminuyendo el calibre de la vagina. Puede utilizarse cualquiera de los que hemos indicado al hablar del tratamiento del descenso uterino, y muy especialmente el procedimiento de Gaillard Thomas. Hace algunos años, dí á conocer una modificacion al procedimiento ordinario, por medio de la cual obtuve notables resultados en algunos cistoceles ya antiguos é incorregibles. El procedimiento que entonces publiqué es en resúmen el siguiente. (1) Practicase una incision en la línea media de la pared anterior de la vagina, que comprenda todo el grueso de la mucosa, procurando salvar la uretra, y extendida desde el meato, hasta el nivel del cuello uterino. A cada extremo de esta incision se practican otras dos perpendiculares, y que se extiendan centímetro y medio ó dos centí-

(1) Véase. = *Gacette obstetricale de Paris.* = 1 87

metros á uno y otro lado de la línea media. Entonces resultan diseñados dos colgajos cuadriláteros á base externa: disécense con cuidado, y luego aplicándose una contra otra las superficies cruentas, se unen por medio de una sutura enclavijada colocada en la base de los colgajos juxtapuestos. De esto resulta un estrechamiento muy notable de la vagina, pero sobre todo, y considero esto la principal garantía de solidéz, un gran pilar en la parte anterior de la vagina formado por dos espigones, uno que sobresale en la vagina, y otro que dobla la pared vesical y abarca la uretra. En los casos en que la he practicado, he obtenido siempre un resultado completo.

Ya se deja comprender que los procedimientos de elytrorrafia solo son aplicables en mujeres que están ya fuera de su edad procreadora.

*Rectocele vaginal.*—Es la procidencia dentro de la vagina, del recto y de la pared posterior de este conducto. Mucho mas raro que el cistocele, es tambien menos incómodo, viéndose algunas veces prolapsós aislados de la pared posterior de la vagina que no ocasionan desórden ninguno. La resultante inmediata del rectocele, es el depósito en la bolsa formada en la vagina, de materias fecales, retencion que puede dar lugar al tenesmo, la irritacion y la inflamacion rectal, ó bien á las hemorroides. Esta produccion, lo mismo que el cistocele, están casi siempre originados por la relajacion que producen en la vagina los partos repetidos.

Aunque de ordinario no se hace voluminosa la bolsa del rectocele, lo es sin embargo bastante para ocasionar molestias, sobre todo cuando la enferma tiene que andar un rato.

El tratamiento de esta ectopia es el mismo que para el caso anterior, pero con la particularidad que son aun mas ineficaces que en aquel los astringentes y los pesarios, por cuya razon siempre que la molestia sea mucha, tendrá que recurrirse á los procederes operatorios de que acabo de hablar.

## LECCION XXX.

FISTULAS. = Variedades. = Anatomía patológica. — Síntomas. = Diagnóstico. — Pronóstico. = Tratamiento. = Procedimiento de Jobert. = Id. de Sims. = Id. de Simon.

**Señores:**

Vamos á ocuparnos de una de las enfermedades mas notables que se presentan en el aparato genital externo, de las fistulas genitales.

Llámase así la comunicacion accidental morbosa que se establece entre la vagina y algunas de las cavidades contiguas; de aquí los diferentes nombres que toman estas fistulas, segun la cavidad interesada, así se llaman *uretro-vaginales*, aquellas en que la comunicacion se establece entre la uretra y la vagina, *vésico-vaginales* las en que se establece comunicacion entre la vejiga urinaria y la vagina, *vésico-útero-vaginal* aquella en que se comunican las tres cavidades vejiga, útero y vagina; finalmente, *recto-vaginal*, la que consiste en la comunicacion del recto con la vagina.

La génesis de las fistulas casi siempre se refiere al parto, pero sin embargo, como puede haber ejemplares que no tengan esa historia, de aquí la division que se ha hecho en fistulas puerperales y no puerperales: *puerperales*, las que se refieren al parto que obra produciendo una inflamacion, una gangrena, por la compresion de los tejidos entre dos super-

ficies óseas; y *no puerperales*, las que son debidas unas veces á las consecuencias de una operacion quirúrgica ó por la colocacion de ciertos medios físicos como un pesario ó bien á causas traumáticas de otro órden. Las primeras son las mas frecuentes y la manera como se producen es por demás sencilla. La cabeza del feto descende á lo largo del conducto vaginal, despues de dilatado el cuello del útero y salvado el estrecho superior, pero se detiene en la excavacion por una causa cualquiera, como puede ser una inercia uterina, una exigüidad en los diámetros, etc., y permaneciendo en esta situacion, comprime contra los huesos de la pélvis, y principalmente contra el pubis las paredes de la vagina, compression que será tanto mas enérgica cuanto mas estrecha sea la pélvis y mas voluminosa la cabeza. La compression produce la isquemia, y seguidamente la mortificacion, resultando una escara que al caer deja en comunicacion las dos cavidades contiguas. Cualquier punto de la vagina se puede encontrar comprimido, pero lo será con mas frecuencia la parte que corresponda á los diámetros mas cortos, es decir, los antero-posteriores, de modo que la vagina será mas fácilmente comprimida contra el pubis ó contra el ángulo sacro-vertebral; de aquí que se refieran casi siempre las fistulas á la pared anterior ó posterior de la vagina, y no á los lados, porque aquí no hay cavidades contiguas ni otros puntos con quien comunique la vagina, y así se reduciría todo á una escara fácil de cicatrizar, además que los diámetros son mas largos y la compression no es tan eficaz. La mayor facilidad de producirse estas fistulas no depende de la energía de la compression, sino del tiempo que se prolonga. Durante todo este tiempo, se encontrarán los tejidos materialmente prensados entre la cabeza del feto y el cuerpo del pubis, pero por fuerte que sea, si dura poco, no llega á producir escara, primer punto de partida de la fistula; por el contrario, si aunque no sea tan eficaz la compression, la cabeza permanece mucho tiempo dentro de la excavacion, será suficiente para que persista la isquemia, y como resultado fatal la mortificacion.

Por esto insistí al ocuparnos de la Obstetricia, en la necesidad de librar pronto artificialmente á la mujer cuando la cabeza se detenia en la excavacion por el peligro de las com-

presiones, que no existe mientras aquella no franquee el estrecho superior.

Todo pasa pues aquí, segun las leyes ordinarias de la patología: formada la escara, se establece un proceso flogístico que la limita, supura y favorece el desprendimiento. Si la escara alcanza todo el espesor de las paredes génito-urinarias, al caer queda completa la comunicacion entre las dos cavidades contiguas. Sucediendo esto en la parte mas alta, puede comprender parte del cuello del útero, el fondo de saco vaginal y la pared posterior de la vejiga, resultando la fistula *vésico-útero-vaginal*; si un poco mas abajo, alcanza la pared anterior de la vagina y la posterior de la vejiga, fistula *vésico-vaginal*; finalmente, en la parte mas baja alcanza los límites de la uretra, y constituye la *uretro-vaginal*. Cuando esto sucede en la cara posterior, comprimiendo contra el sacro, da lugar á las fistulas *recto-vaginales*.

Puede tambien suceder que, ejerciéndose la compresion á la vez sobre la pared anterior, y la posterior resulten dos escaras, y luego una doble fistula vésico y recto vaginal, convirtiendo la vagina en lo que se llama *cloaca*.

Las fistulas vésico-vaginales son las mas comunes; la compresion se hace por encima del mismo cuello de la vejiga, respetando completamente el cuello del útero y respetando la uretra; despues de ella sigue en frecuencia la uretro-vaginal, pues en la parte mas alta de la uretra es el punto en donde mas fácilmente se detiene la cabeza, precisamente en el centro de la excavacion, cuando va á vencer el ángulo sacro vertebral. Si no puede acabar de descender en la excavacion, la region comprimida corresponde á todos los tejidos blandos que se encuentran detrás del pubis. Por esta razon son menos frecuentes las fistulas posteriores ó recto vaginales, porque para que se verifique la compresion es menester que esté ya muy baja la cabeza; pues únicamente siendo así se puede comprimir el recto. Así colocados los factores del parto es menester que el que asista desconozca mucho las leyes de éste para que no trate de terminar la expulsion, cuando tan poco falta para ello y tan peligroso es dilatarla. Además de esto, no se establece entre el sacro y la cabeza del feto una compresion exacta, sino á condicion de que el sacro deje de presentar

la corvadura que tiene normalmente, cuya corvadura, unida á la cantidad grande de tejido célula adiposo que media entre el recto y la vagina, hace que no pueda ser eficaz, ni mucho menos, el contacto de las dos superficies óseas, en la region posterior.

Debemos contar entre las fistulas puerperales las debidas á una operacion, muy especialmente á la aplicacion del forceps que, si no se maneja bien, es posible que sus cucharas compriman parte de la vagina contra el pubis, y en este caso no se produce la fistula por un proceso gangrenoso, para lo cual dura poco la compresion, sino por la accion directa de los bordes casi cortantes del instrumento sobre la vagina que apoya detrás del pubis. Esto sucede principalmente cuando en vez de hacer las tracciones directas en el sentido del eje de la pélvis, se le imprime un movimiento de palanca, apoyando ésta en la arcada del pubis. Las fistulas producidas por este mecanismo son menos difíciles de curar que las procedentes de la caída de una escara, pues en estas hay una pérdida de sustancia, y en las otras solamente una division limpia de los tejidos.

Hay fistulas debidas á la presencia de un cálculo en la vejiga, como tambien al uso de pesarios, que por su mala disposicion llegan á producir escaras.

La presencia de un cálculo en la vejiga, obra comprimiendo las paredes de ésta contra la cabeza que descende, ó siendo á su vez comprimido hácia abajo por el descenso de la cabeza. En el primer caso produce una escara; en el segundo una rasgadura del tabique véstico-vaginal. A esta segunda forma debe referirse el caso de que he dado cuenta en mi tratado de Obstetricia; era una mujer cuyo embarazo llevaba oculto, y al ver en la clínica que realmente estaba de parto, tocó el profesor en la vagina una cosa que se tomó al principio como la cabeza del feto: era un cálculo voluminoso y como venia comprimido por la presentacion cefálica formaba dentro de la vagina un verdadero cistocele y tomaba el aspecto de la cabeza de un feto, cubierta por el segmento inferior del útero. Esto persistió hasta que á beneficio de una contraccion muy enérgica, se produjo un desgarró y saltó la piedra, del tamaño de una naranja pequeña. Se creyó por la enferma que se trataba simplemente de

la expulsión de un cálculo, pero inmediatamente después de éste vino la criatura. El resultado inmediato fué la formación de una fístula que casi podemos considerar como puerperal, porque después de todo, el parto fué el mecanismo principal de su producción. Mas adelante se pudo operar bastante bien porque se trataba de una fístula limpia, cuyos bordes se unieron por primera intención y la autoplastia vino á curarla completamente.

Los caracteres anatómo-patológicos de las fístulas vaginales son sencillos. Desde luego los dos tabiques ó tunicas que separan la vagina de la vejiga ó el recto se adhieren, y la adhesión empieza desde el momento en que se verifica la compresión; mas tarde se completa por la inflamación que precede al proceso eliminatorio. Esto dá lugar á cambios de relación de estos órganos; la vejiga se encuentra dirigida hácia atrás, algunas veces hay una verdadera prociencia ó caída de la vejiga hácia la cavidad vaginal, seguida de una oclusión, ó por lo menos coartación de la uretra. La abertura que comunica las dos cavidades, puede ser pequeña ó grande; en algunos casos apenas permite pasar una pluma de escribir, otras veces es tan grande que parecen formar una sola cavidad; su dirección es por lo regular transversal, y la extensión media que ofrecen, salvos los casos extremos, es de uno á cuatro centímetros, con una separación en su parte media de uno á seis milímetros. Otras veces son próximamente circulares, y en algún caso desiguales y desgarradas.

En medio de todas esas variedades, cuando la fístula es poco grande se rodea de fungosidades debidas al crecimiento del tejido conjuntivo inodular; á primera vista parece que cierran la fístula y cuando no se hacen exuberantes y la fístula es bastante pequeña, se cierra efectivamente; pero cuando no se realiza esta adhesión, sino que siguen formándose esas vegetaciones, con los caracteres de carnosidades fofas como las que ocupan los bordes superficiales de una herida ó una úlcera atónica, vienen á formar una especie de rodete que le dá un aspecto muy parecido á lo que se conoce con el nombre de tumores papilares y por entre ellos casi siempre sale la mucosa vesical, en términos que se la puede ver perfectamente, sobre todo cuando la vagina

está relajada. Esta porcion de la cara anterior de la vejiga viene á formar una especie de hernia que constituye la llamada extrofia vesical. Como consecuencia de estos hechos, la vagina toma un color pálido, y se curte al contacto con la orina, con tendencia á tomar los caractéres de la piel; es frecuente tambien ver esta mucosa cubrirse de erupciones como herpéticas ó excematosas, granujientas y algunas veces hasta pustulosas, es decir, toda la série de afecciones eruptivas que se comprende se desarrollan bajo la accion irritante de la orina. Las partes genitales externas tambien sufren; se presentan erodadas y cubiertas de excema, algo hipertrofiados los lábios, y en ciertas ocasiones se encuentran otras dos lesiones de que debo hacer mencion: 1.º Cuando la fístula es muy grande y la inflamacion ha sido muy extensa, toda la porcion de vagina que está por debajo de la fístula, se adhiere á la pared posterior, y el conducto acaba por obliterarse; entonces la comunicacion de la vagina con el exterior es por la uretra, habiéndose dado casos de verificarse por ésta la concepcion, y aun realizándose por este conducto la expulsion del embrion. Mas frecuente que esta obliteracion es la del conducto de la uretra. Esta obliteracion suele ser absoluta cuando la fístula está en la misma vejiga, si la abertura se ha formado en la uretra, entonces queda obliterado el trayecto desde la fístula al meato. Es preciso siempre hacerse cargo de estas oclusiones antes de operar la fístula, pues no puede ésta curarse sin haber préviamente restablecido el conducto excretor de la orina.

Los *síntomas* que acompañan á las fistulas vaginales se refieren principalmente á la emision continua é involuntaria de la orina. Tanto si se forma á consecuencia de un parto, como si es debida á otra compresion, no ocasiona malestar ninguno, y lo primero que se advierte es la salida de orina por la vagina, si antes no se ha apercibido de la presencia de una escara por el olor gangrenoso característico. Sin embargo, por lo regular no llega á producir ese olor especial de la gangrena del útero, por ejemplo, pero en algunas ocasiones se presentan bastantes datos para poderlo presumir, ya sea porque el médico la ha hecho con entero conocimiento al practicar ciertas operaciones, ya porque al

ser llamado tiene la seguridad de que ha permanecido la cabeza demasiado tiempo en la excavacion para dejar de producir escaras; entonces, á la vista del estado que presenta la vagina, puede calcular que vendrá la gangrena y consecutivamente una fístula. Pero lo mas comun es que 4, 5 ú 8 dias despues del parto la mujer se queje de que huele á orina y que se encuentre siempre mojada; entonces se pasa á la exploracion directa; se introduce un dedo por la vagina y la sonda de metal por el meato urinario, penetrando ésta en la vagina, en donde la encuentra el dedo. Si la fístula es poco extensa, puede suceder que la sonda llegue á la vejiga urinaria pero sin penetrar en la vagina, en cuyo caso es menester acudir á la vista, viéndose brillar la sonda al través de la abertura de la pared vaginal, constituyendo el verdadero síntoma que podemos llamar característico del diagnóstico, porque es el mas cierto y concluyente.

La manera como entonces se verifica la miccion, difiere en cada caso. Unas orinan bien aunque en poca cantidad si están de pié, pero se les escapa involuntariamente la orina cuando se acuestan, otras por el contrario la retienen mejor estando acostadas. Algunas no dejan de orinar voluntariamente, aunque pierdan de continuo pocas cantidades de liquido; finalmente, otras solo advierten la pérdida cuando cambian de postura. La pérdida continua de la orina, hace que la enferma huelga mal, por mucha que sea su limpieza, lo cual la hace repugnante, hasta para su esposo. El contacto de la orina con la piel, escoria los grandes labios y los muslos presentándose esos síntomas como los que vemos frecuentemente en los niños en la primera infancia.

Si á esto se añade que esa pérdida continua de la orina se deja sentir en el estado general del individuo, produciendo una falta de fuerzas, una emaciacion algo parecida á la de la caquexia urinosa, tendremos completo el cuadro triste que ofrece una mujer con este padecimiento.

Tal es el conjunto que presenta esta enfermedad que no se consigue curar sin recurrir á la cirujía, porque de nada sirven las medicaciones locales y los medios mecánicos ideados para recojer la orina, son paliativos insuficientes y repugnantes.

El *diagnóstico* de estas enfermedades no es difícil; en ocasiones la fístula acaba por reducirse á una especie de conducto que no es de tanto calibre como la uretra y no es recto sino que viene á formar un pequeño trayecto oblicuo. En estos casos, la mujer aunque orina alguna vez naturalmente, siempre se encuentra mojada, y cuando se usa la sonda y se practica el tacto no suele encontrarse nada. Estas son las fístulas mas difíciles de diagnosticar, y para poderlas apreciar bien es menester colocar la enferma en la postura del parto, ó bien en el decúbito lateral, ó bien sobre las rodillas y los codos; ya puesta de esta manera y con un buen reflector, se empieza por aplicar una algália de plata bien limpia y enseguida con un estilete de punta roma se va siguiendo el mismo trayecto que está marcado por la prominencia que forma la sonda en la pared vaginal, introduciéndola en todas las depresiones que se encuentren hasta llegar á penetrar en el agujero de comunicacion. Si esto no bastára, se recurriría á las inyecciones con líquidos de color, inyectando por la uretra una solucion de diferente color que la mucosa, y para esto sirve perfectamente la leche que no produce irritacion en la vejiga urinaria, ó la tinta de china. Al contraerse la vejiga se ve salir por el conducto fistuloso una gota ó varias del líquido inyectado, lo cual indica perfectamente el meato accidental, por el que se hace penetrar enseguida un estilete.

Quando es grande la fístula, el simple tacto ayudado por el cateterismo es suficiente para reconocerlas.

Algunos años atrás se tenia casi como incurable la fístula urinaria, hasta que empezó á utilizarse para curarla la autoplastia. De ordinario no mueren de esta enfermedad las mujeres que la sufren, á menos que se produzca al fin una caquexia; pero si por este lado no podemos llamar grave el pronóstico, lo es por lo difícil de curarse, siendo preciso recurrir á una operacion siempre pesada, y no siempre coronada de éxito, sino quiere la paciente llevar toda su vida un padecimiento repugnante y repulsivo. Hay además fístulas que no pueden curarse, ya por haber sido tan grande el destrozo del tabique que no quedan tejidos para la autoplastia, ya por ir acompañada de pérdida de sustancia, de adherencias, bridas y oclusiones que imposibilitan toda ope-

racion. Pero aparte de estos casos que son los menos comunes, las fístulas urinarias se curan bien por los medios operatorios, sino con una sola operacion, con dos ó mas cuando son de tal naturaleza las lesiones que no se consigue con la primera la oclusion completa. Entonces ésta obtiene una reduccion tan notable que solamente queda un pequeño orificio ó meato, el cual se consigue cerrar despues por medio de una segunda operacion ya mucho mas fácil y sencilla.

*Tratamiento.*—Las fístulas muy pequeñas pueden tratarse con la cauterizacion simplemente, pero cuando son ya extensas, tiene que recurrirse á las operaciones de autoplastia.

La aplicacion de la autoplastia al tratamiento de las fístulas genitales ó vésico-vaginales, ha sido uno de los progresos de la ciencia moderna, debiéndose á un hombre que constituye una gran figura de nuestros tiempos no solo la iniciacion, sino tambien el perfeccionamiento de los métodos de autoplastia para la curacion de las fístulas urinarias. Este es Jobert de Lamballe, que fué uno de los que á principios del segundo tercio de este siglo hicieron adelantar mucho la cirujía con su génio atrevido, y su talento de invencion. Al hacer de nuevo uso de la autoplastia, para regenerar los tejidos perdidos que constituyen la fístula, empezó por los medios generales empleados para esta clase de afecciones, practicando la llamada *autoplastia por deslizamiento*; las primeras tentativas consistieron en cortar un colgajo del periné, labios mayores ó parte superior del muslo y deslizarlo ó mejor dicho trasplantarlo á donde estaba la fístula. En manos de Jobert daba resultados esta operacion, pero tenia el inconveniente que presentan siempre estas autoplastias, de que el pedículo del colgajo se gangrenaba y resultaba inútil la operacion. Durante algun tiempo siguió practicándolas así, hasta que Velpeau hizo, no realmente una autoplastia, sino que procuró reunir directamente los labios de la herida; dieron tambien éxito estas operaciones en manos del gran cirujano, pero con otro inconveniente que no tenia el procedimiento de Jobert; con el de éste se salvaba la tirantéz pero amenazaba la pérdida del colgajo por necrobiosis ó por gangrena; por el de Velpeau se producía muchas veces la separacion de los puntos de

sutura ó la rotura del puente por esa tirantez inevitable de los tejidos unidos por los hilos. Entonces fué cuando Jobert añadió á la simple sutura que habia hecho Velpeau las incisiones salvadoras paralelas á los bordes de la fístula y que penetraban hasta llegar al mismo cuerpo fibroso de la vagina á fin de que no hubiese tirantez.

En este concepto, se componia el método francés de tres tiempos: 1.º Del avivamiento de los bordes para convertir la induracion en una herida reciente, puesto que las mucosas para que adhieran entre si es necesario que no tengan epitelio. 2.º Formacion de dos incisiones de la longitud de la fístula y paralelas á sus dos bordes, á la distancia de quince milímetros, y que comprenden todo el grueso de la mucosa para evitar la tirantez de los hilos, y 3.º Colocacion de éstos y oclusion de la fístula para mantener en contacto las dos superficies cruentas. Por lo regular con este procedimiento se obtenia la cicatrizacion por primera intencion de toda ó de parte de la fístula, pudiendo retirar los hilos del sexto al décimo dia.

Este procedimiento, seguido siempre de la colocacion de una sonda permanente para que la orina no se retenga, y al mismo tiempo evitar que se insinue por entre los bordes recién reunidos, tiene varios inconvenientes, como son: la dificultad de la ejecucion sino se consigue hacer descender el útero é invertir la vagina para operar en plena luz; la formacion de fístulas secundarias que se fraguan entre la mucosa vaginal y la vesical, por haber quedado esta desunida y flotante; la inflamacion de las punturas hechas por el paso de la aguja; la formacion de cicatrices viciosas en las incisiones salvadoras, etc. Por esto es, que mientras no se modificó el método de Jobert, los éxitos eran poco numerosos. Esa modificacion la intentaron varios operadores, entre ellos principalmente Gosset de Lóndres y Metzler de Praga, pero quien al fin lo consiguió por completo usando el llamado método americano, fué Sims, combinando los medios ya conocidos, aplicando la sutura metálica y reuniendo los detalles accesorios que dan á sus operaciones todas las garantías de éxito.

Como este método puede considerarse el mas perfecto, y aplicable á todos los casos, como que está ya sancionado

por la experiencia de muchos años y el voto de casi la totalidad de operadores, me entretendré algo en su descripción, tomándola de la obra del mismo Sims.

MÉTODO OPERATORIO DE SIMS.—*Preparacion.* La enferma que deba ser operada de una fístula vésico-vaginal, conviene en cuanto sea posible, que ofrezca garantías de salud; así si se encontrara endeble, decaída, anémica, por efecto de los trabajos pasados en el parto, y de las molestias mismas que ocasiona la fístula, se la sujetará á un tratamiento reconstituyente antes de emprender la operacion. Localmente se administrarán todos los dias baños é inyecciones para quitar toda causa de irritacion y procurar una suma limpieza; si existieren en la vagina bridas cicatriciales se cortarán, colocando luego pesarios dilatadores para que no se reproduzcan, finalmente, si hubiere estrechez de la uretra, ú oclusion mas ó menos extensa de la misma, se dilatará ó se restablecerá el conducto, pues sin existir éste no puede intentarse la operacion.

La formacion de una nueva uretra, se hace siguiendo un procedimiento análogo al empleado para rehacer la vagina cuando se han reunido sus paredes.

Préviamente purgada la enferma, y sujeta durante los dos dias que preceden á la operacion, á una abstinencia casi completa, se la coloca en una mesa que tenga como 1'30 cént. de largo, por 0'60 de ancho (1), haciéndole tomar el decúbito lateral izquierdo, los muslos doblados en ángulo recto sobre la pélvis, el derecho ligeramente mas inclinado que el izquierdo. El brazo izquierdo llevado hácia el dorso, permite que el pecho se apoye sobre la mesa. De esta manera el periné y por lo tanto la region vaginal queda al borde de la mesa y completamente despejada la region en que se deba operar. En otra mesa cercana estarán los instrumentos, que consisten en varios espéculums univalvos de Sims; depresor vaginal; láminas dilatatrices laterales; dos bisturís, recto y convexo para avivar los bordes (ó bien el hysterotomo articulado del mismo autor) tenáculum, erinas de avivar, recta y curva; piuzza de refrescamiento

---

(1) Sims ha hecho construir una mesa y un sillón á propósito para practicar estas operaciones. (V. *Catalogue Mathieu fils*).

curva; tijeras curvas; porta-aguja de Sims ó de Mathieu; 12 agujas de sutura; tortor del hilo y espátula de apoyo para lo mismo (*fulcrum*); pinza recta para coger los hilos; porta-esponjas; hilo de plata recocido, y una sonda en T para dejar remanente.

Los ayudantes, que deben ser cuatro, se distribuirán de la manera siguiente; uno encargado de la anestesia; otro de sostener el espéculum y una de las valvas dilatadoras si es preciso; otro á la derecha para limpiar la vagina con la esponja que se lava enseguida, y podrá si es menester sostener la otra valva dilatadora; finalmente, el cuarto para entregarle los instrumentos á medida que los vaya necesitando. Se procurará que haya mucha luz directa sobre el campo de la operacion, y se pasa en seguida á la anestesia. Conseguida ésta, empieza la operacion dividida en tres tiempos.

1.º *Tiempo.*—*Avivamiento de los bordes de la fistula.*—

Colocado el espéculum univalvo en la parte posterior de la vagina y fuertemente tirado hácia el periné por el ayudante, aparece la cara anterior en plena luz, como si la vagina tratara de prolabar al frente del espéculum. Si no bastara esto, se aplica una valva al lado derecho, que es el superior, y queda mas despejado el campo. Por medio de un tenáculum ó pinza-erina se cogen los bordes de la fistula y son tirados por la mano izquierda del operador, mientras con la derecha y por medio del bisturí ó de las tijeras largas va cortando á golpecitos un coigajo á expensas del tejido vaginal que llega hasta cerca la vejiga, pero sin interesarla. La solucion de continuidad resultante debe afectar la forma circular cortada á bisel á expensas de la mucosa vaginal. Es preciso tambien que quede completamente refrescado todo el círculo de la fistula, pues de otra suerte no se completaria luego la reunion. El ancho de la superficie refrescada debe ser próximamente de 8 milímetros.

2.º *Tiempo.*—*Aplicacion de los hilos.*—Para esto pueden utilizarse, bien las agujas de sutura curvas, sostenidas por medio de unas pinzas á propósito, ó bien la aguja de sutura inventada por Startin, (modelo Mathieu) que lleva un pequeño mecanismo para hacer correr por su interior el hilo metálico, que es el que se emplea para estas suturas.

Sea con uno ó con otro instrumento se lleva la primera aguja al ángulo de la herida mas difícil de alcanzar, haciéndola penetrar por la mucosa vaginal á un milímetro del borde de la incision, para salir por esta misma lo mas próximo posible de la mucosa vesical, pero sin hierirla. Si se ha empleado la aguja comun, se coje en seguida la punta con unas pinzas, y tirando de ella se la hace salir arrastrando el hilo; si se emplea la aguja de Startin, se pasa en seguida á penetrar por el labio opuesto. En este entra la aguja en sentido inverso, es decir, por la superficie incindida junto á la mucosa vesical, y *bis á bis* del punto de salida del otro labio, atraviesa el grueso de los tejidos y sale á un milímetro del borde superior de la incision. Pasada la aguja, se corre el hilo, y cogiéndolo con unas pinzas de la extremidad perforada, se retira la aguja. De esta manera se van pasando hilos á la distancia de un milímetro uno de otro.

3.º *Tiempo.*—*Coaptacion de los labios y fijacion de las suturas.*—Colocados todos los hilos, se tira suavemente de ellos para aproximar los bordes, y en seguida se hacen pasar los dos extremos de cada hilo por la ranura del *fulczum*, especie de sonda ó espátula que sirve de punto de apoyo para aproximar y torcer los hilos, y por medio de las pinzas á propósito se tuercen hasta que esté perfectamente coaptada la solucion de continuidad. Ultimamente se cortan al mismo nivel todos los hilos torcidos.

Para completar la operacion es preciso luego limpiar bien la vagina de los coágulos que pueda contener, y hacer en la vejiga algunas inyecciones con agua tibia para dejarla limpia. La enferma es colocada en su cama, se le administra un narcótico para obtener la constipacion, y se coloca en la uretra una sonda permanente segun uno de los modelos de Sims.

Se aconseja practicar inyecciones vesicales todos los dias, pero no es necesario hacer esto cuando no hay tenesmo. La dieta se limitará al uso moderado de caldo, administrando poca cantidad de bebida. Las suturas pueden empezar á quitarse desde el décimo ó duodécimo dia, para lo cual, se corta con unas tijeras uno de los lados del hilo, y tirando suavemente de la extremidad torcida, se retira con facilidad.

A medida que se quitan las suturas se va examinando el estado de cicatrizacion de la fistula, y para asegurarse bien de que no queda abertura ninguna pequeña, puede inyectarse en la vejiga un líquido colorado, con lo cual se pone de manifiesto el mas pequeño meato. Si la primera operacion no completara la oclusion, se repite mas tarde, y si solo hubiese quedado un pequeño orificio, apenas visible, se puede procurar su oclusion por medio de la gálvano-caustia.

Tal es rápidamente descrito el procedimiento de Sims, hoy dia empleado por la mayoría de operadores. Ha sufrido algunas modificaciones, entre las cuales merece mencion especial la de Simon. Este empieza por colocar la enferma en la posicion sacro-dorsal, con la pélvis muy levantada y los muslos reunidos y llevados hácia las partes laterales del torax. De esta manera la vulva mira hácia delante y arriba. Si la fistula puede ser llevada al exterior tirando hácia fuera el útero, lo hace así para operar con mas libertad; si no es posible emplea el espéculum de Sims y las valvas dilatatrices.

El avivamiento lo hace como Sims, pero de un solo golpe, y de suerte que el cono formado por la incision tenga su base hácia abajo, y el vértice hácia la vejiga, comprendiendo todos los tejidos hasta la mucosa de este órgano.

La sutura se compone de dos séries de hilos; unos profundamente colocados entran por la mucosa-vaginal y salen por la vesical, constituyendo la *sutura de aproximacion*; los otros penetrando por la mucosa vaginal á corta distancia del límite de la incision atraviesan esta cerca de la mucosa vesical, penetran en el otro labio por el punto que corresponda á su frente, y salen por el otro borde, *sutura de reunion*. Estos hilos se ponen alternados, y muy numerosos, como que viene á resultar uno á cada dos milímetros. Colocados los hilos los fija Simon con un nudo doble. La distancia á que penetran los hilos de la sutura de aproximacion debe ser mayor, á medida que es mayor la tension que haya de vencer. Esta doble sutura tiene la ventaja de evitar la salida de la mucosa vesical por la herida, y de evitar que se rompan los puentes de la sutura de reunion.

Las suturas las retira del cuarto al quinto día en los casos ordinarios, y del décimo al duodécimo, cuando la tensión es fuerte. Se empieza siempre por retirar los hilos profundos.

Como tratamiento consecutivo, Simon no emplea ninguna clase de cuidado, ni deja colocada la sonda, dejando que la operada orine cómo y cuándo bien le parezca. Tampoco la obliga á guardar una posición determinada ni la sujeta á una dieta severa.

Tales son los principales tratamientos de las fistulas, como hoy se admiten por todos los operadores. Inventados principalmente para el tratamiento de las fistulas vésico-vaginales, son también aplicables á las demás de que he hecho mención, y principalmente á las recto-vaginales llamadas por algunos autores fistulas fecales.

Los procedimientos de autoplastia llenan hoy una necesidad de la terapéutica ginecológica y ni pueden ser reemplazados por otro tratamiento. Únicamente la cauterización, que provoca una cicatrización secundaria ó consecutiva, puede usarse en los casos de fistulas muy pequeñas, especie de meatos accidentales, resultantes muy á menudo de una fistula operada por autoplastia, pero que ha quedado con algún pequeño trayecto sin cicatrizar. En estos casos se saca partido de la cauterización actual, ya á beneficio del hilo gálvano-cáustico, ya del estilete del termo-cauterio de Paquelin.

Las operaciones de fistulas no dejan de ir acompañadas de algunos peligros. Los accidentes más comunes son: la inflamación de las pequeñas heridas de las suturas; la inflamación y supuración de la superficie refrescada; la infiltración urinaria y la peritonitis. Los dos primeros accidentes tienen poca gravedad, sin embargo casi siempre son un obstáculo á la cicatrización, la primera porque se tiene que retirar los hilos, la segunda porque, supurada la herida, no puede ya unirse por primera intención. En cuanto á la infiltración urinaria es un accidente grave, pero que felizmente apenas se comprueba en la práctica, desde que se usan los procedimientos de Sims y de Simon. La peritonitis es un accidente rarísimo, y que cuando se presenta no puede atribuirse más que á una propagación del proceso flo-

gístico iniciado en la vagina. Cuando algo de esto suceda, debe tratarse por los medios ordinarios.

Se ha discutido si una fístula operada y curada podia ser obstáculo para el parto, y por otro lado si es fácil su reproduccion bajo la influencia de éste. Respecto á lo primero, debo decir que si la operacion ha sido bien hecha y no ha quedado una retraccion notable de la vagina, no ofrece ya obstáculo alguno para el parto. Tampoco es esto suficiente en los casos de fístulas bien consolidadas para producir una rotura de la cicatriz y reproduccion por lo tanto de la fístula, siendo muy escasos los ejemplos que puedan citarse de esta clase de reproducciones.

## LECCION XXXI.

ENFERMEDADES DE LA VULVA.—INFLAMACION FLEGMONOSA DE LOS GRANDES LABIOS.—  
VULVITIS.—HIPERTROFIA.—PRURITO DOLOROSO.—LUPUS.—TUMORES ERECTILES DEL MEATO  
URINARIO.

**Señores:**

Al comprender en una sola leccion el número crecido de enfermedades que acabo de citar, os indicará ya que pienso tratarlas con mucha brevedad, compendiando en cuanto sea posible todo lo que á ellas se refiera. Y no ciertamente porque no merezcan un estudio detenido, ni dejen de representar en los cuadros nosológicos un grupo importante de padecimientos, sino porque como ya dije antes, se trata de enfermedades bien conocidas, y que no tienen mucho de especial; esta parte corta que las caracteriza, es la única que de rigor debe tratarse aquí, y de la que conviene dar una noticia mas ó menos concreta.

La primera de que nos ocuparemos es la *inflamacion flegmonosa de los grandes labios*. Constituidos éstos anatómicamente por una cantidad notable de tejido celular libre, se comprende que puedan ser fácilmente asiento de un flegmon, propagado de ordinario desde la piel. Pueden afectarse ambos labios ó uno solo, y se cita por los autores algun ejemplo de flegmon limitado á la parte anterior de los mismos y monte de Venus.

Las causas que pueden producirlo, son todas las que obran directamente sobre esta parte, los frotés, los choques,

la impresion del frio, etc. Yo he visto una inflamacion de ambos labios provocada por la equitacion al principio de dedicarse á este ejercicio la enferma; pero la causa mas ordinaria la encontramos en el coito, sobre todo en los primeros contactos sexuales. Si existe alguna desproporcion entre los dos factores de la cópula, ó se abusa de los actos, resulta con facilidad una inflamacion superficial que propagándose á los tejidos profundos acaba por constituir un verdadero flegmon.

La enfermedad empieza por una sensacion de malestar y de peso que aumenta al estar sentada la mujer y al andar, no tardando en sentir calor, dolor tensivo y lancinante, que se propaga á las ingles y á los muslos, apareciendo al propio tiempo la tumefaccion. Puede esta llegar á ser tal, que el labio ó labios afectados alcancen el volúmen de una naranja, y hasta el de una cabeza de feto. El color es rubicundo, la piel tirante y lustrosa, el labio parece revertido, apareciendo la mucosa roja y congestionada, notándose en el centro de la tumefaccion un núcleo duro, que muchas veces es la glándula vulvo-vaginal, de donde parte el proceso flogístico. El aumento de volúmen llega á su término cuando empieza al reblandecimiento, lo cual suele acontecer dentro del primer septenario. Puede terminar por resolucion, cuando una medicacion oportuna corta rápidamente la progresion de los síntomas, pero lo mas frecuente es que supure, convirtiéndose entonces el labio enfermo en un vasto absceso.

El diagnóstico de este flegmon no es difícil, pero debe procurarse no confundirlo con una hérnia, con el edema de los labios ó con un tumor enquistado. La manera rápida de producirse la primera, y lo circunscrita que queda la afeccion, el obedecer y moverse con los esfuerzos de tos, y el ser reducible distinguen á la hernia. El edema se distinguirá por ser mas difuso, indolente, y de carácter crónico y progresivo, y los quistes por los caracteres propios de estos tumores bastante fáciles de definir.

El tratamiento consiste en el antiflogístico directo al principio, para intentar la resolucion. Si esta no se consigue y supura, no hay mas que facilitar la supuracion con los emolientes, y luego dar salida al pus. Para esto lo mejor es

practicar con el bisturí la abertura del absceso, aun cuando algunos autores opinan por abandonarlo á la abertura espontánea. Lo primero es mas seguro, y ahorra muchos sufrimientos. Despues de la abertura es preciso muchas veces entonar la pequeña herida resultante, pues el carácter poco activo de la region, unido á un temperamento linfático, predispone á la formacion de fístulas consecutivas.

*Vulvitis.*—Con este nombre comprendemos la inflamacion de la mucosa que tapiza la vulva, y las glándulas subyacentes. Se pueden admitir con Thomas tres variedades: *purulenta*, *folicular* y *gangrenosa*.

La *vulvitis purulenta*, continuacion casi siempre de la vaginitis, está caracterizada por el síndrome de las afecciones catarrales, y puede á su vez ser simple ó venérea. En el primer caso reconoce como causa la falta de limpieza, el frote ó roce, los excesos venéreos ó el onanismo; en el segundo es debida al contagio del flujo blenorragico.

Al ser invadida la vulva por esta inflamacion sea cualquiera su origen, se presenta roja, reseca en un principio, y como hinchada, dolorosa al tacto y ardorosa. A poco tiempo aparece en ella la secrecion de un líquido claro y abundante que mas adelante se espesa y mancha de amarillo los lienzos. Suele ir acompañada de prurito, y de los síntomas de vaginitis ó de cistitis, cuando se afectan tambien los órganos inmediatos. Mas adelante la secrecion toma los caracteres del pus, y no es raro ver pequeñas ulceritas diseminadas por toda la extension de la mucosa vulvar.

Esta enfermedad puede curar espontáneamente, pero es mejor no abandonarla, y emprender un tratamiento oportuno á cuya accion cede siempre con rapidez. En el primer período usamos con éxito los emolientes y calmantes locales, mas tarde los astringentes como el acetato de plomo, el tanino, el persulfato de hierro, y en último caso, si fuese muy rebelde la afeccion, la cauterizacion con el nitrato de ptata disuelto.

La *vulvitis folicular*, es la inflamacion de las glándulas aisladas, pudiendo de esta manera afectar los folículos mucosos, los sebáceos y los pilosos. Cuando existe aislada esta inflamacion, se caracteriza por una sensacion de ardor ó

de quemazon en todas las partes afectas , prurito y secrecion aumentada , acre é irritante. Pero el carácter principal es la presencia en toda la extension de la mucosa de una infinidad de granos rojos , redondeados , que parecen papilas hipertrofiadas , que se llenan de tiempo en tiempo de serosidad súcia , se abren y se seca entonces el folículo.

En el estado de embarazo es fácil ver esta afeccion poco graduada , y que desaparece espontáneamente despues del parto. En su forma aguda , enlazada á veces con afecciones eruptivas de la piel no es grave , pero cuando se hace crónica , ocasiona muchas molestias y puede llegar á constituir un estado sério , por lo mucho que hace sufrir á la enferma.

El tratamiento, sobre la misma base que para la variedad antes descrita , se completará con el uso de los calmantes (ácido cianhídrico) y el ópio unido á los astringentes.

La *vulvitis gangrenosa* descrita por Velpeau es una enfermedad rara , pero gravísima , entendiéndose la gangrena espontánea , no la mecánica ó química. Es debida casi siempre á una alteracion primitiva de la sangre , y se ve como consecuencia de la escarlatina , la viruela y el tífus , y en algunas ocasiones ha reinado epidémicamente.

Preséntase en ella la mucosa vulvar de un color purpuro , tumefacta y con manchas violáceas diseminadas , rodeada de edema en los tejidos vecinos , sin dolor , pero con sensacion notable de calor. Lo mas grave de ella son los síntomas generales de que se acompaña , y que son los propios de la septicemia. Una variedad de ella puede considerarse la vulvitis diftérica , caracterizada por la presencia de falsas membranas , y que acompaña á las diversas difteritis , pudiendo presentarse por contagio en los hospitales , cuando existe en éstos epidémicamente la podredumbre.

El tratamiento de esta enfermedad debe ser enérgico , desde el momento en que se sospecha su existencia. Las lociones con el cocimiento de quina , y la solucion de percloruro de hierro y de ácido fénico bastante concentrado , y en último caso un cáustico enérgico. Pero de todo esto se alcanzará poco , si no forma la base del tratamiento , una medicacion interna , bastante activa para modificar rápidamente los caractéres de la sangre. La quina , la quinina , el

alcánfor, los alcohólicos, el hierro soluble, y una alimentación altamente nutritiva, deberán combinarse para dar al organismo las fuerzas de que tanto necesita para dominar el estado de disolución de la sangre.

*Hipertrofia.*—Los grandes y los pequeños labios pueden ser asiento de una hipertrofia, lesión anatómica que afecta principalmente á la piel y al tejido subcutáneo; que unas veces está limitada á uno de los labios, y otras se extiende á todos ellos, dando á la vulva un aspecto repugnante. Es en definitiva una lesión de nutrición, que no da lugar á otros síntomas mas que á los resultantes de la incomodidad y peso de su notable volúmen. Podemos en rigor admitir tres variedades: 1.ª la hipertrofia simple completamente desligada de toda causa especial ó específica, y que nunca llega á adquirir un desarrollo muy notable. Su expresión mas comun, es una disposición de los labios menores que se presentan mucho mas desarrollados que de ordinario, hasta el punto de formar salida fuera de la hendidura de los grandes labios. En un grado mayor constituye un carácter de raza, no siendo otra cosa el llamado *delantal* de las hotentotas. Fuera de este caso particular, no ofrece grandes incomodidades, ni exige tratamiento especial, aunque algunos médicos hayan cometido la ligereza de extirparlos por considerarlos gravemente alterados. 2.ª *La hipertrofia elefantíaca*, debida como ya se comprende á esta notable enfermedad, de la cual es un síntoma notable, y en algunos casos único. Llega á tomar proporciones enormes, pues en un ejemplo observado y publicado por el Dr. Rigal (de Gailiac), los dos labios hipertrofiados formaban dos tumores péndulos que llegaban hasta las rodillas de la enferma, y en otro de Mac-Clintock, un tumor del volúmen de una cabeza de feto á término. Estos grandes ejemplares de hipertrofia exigen ordinariamente la extirpación, aunque la enfermedad diatésica de que dependen sea una causa probable de reproducción. 3.ª *La hipertrofia sífilítica*. Bajo la acción de este virus puede desarrollarse tambien en la hipertrofia total ó parcial de la vulva, de la cual hay una variedad conocida con el nombre de tubérculos de las ninfas, que puede muy bien referirse á una especie de condilomas es-

pecíficos de esta region. En estos casos, aparte la extirpacion que muchas veces podrá practicarse con éxito, debe el tratamiento consistir principalmente en una medicacion antisifilítica bien dirigida, para obtener con la curacion del vicio que existe en el organismo, la de una de sus mas impertinentes y mas repugnantes manifestaciones locales.

*Prurito doloroso de la vulva.*—Consiste en una hiperestesia exagerada de toda la region vulvar, que determina una comezon muy viva, y como consecuencia una necesidad irresistible de rascar la region enferma. Para unos constituye por sí mismo una enfermedad, una verdadera neurose de la vulva; para otros solo debe ser considerado como un síntoma de otros padecimientos. Es verdad que frecuentemente lo vemos producido directamente por el contacto con la mucosa de la vulva de sustancias fuertemente irritantes como es la leucorrea uterina, la hidrorrea, el icor canceroso, etc., y que en ocasiones forma un síntoma de otros estados patológicos generales, como por ejemplo, la glicosuria, pero tambien puede verse como idiopática, y consistente por lo tanto en una simple hiperestesia nerviosa, que nos explicamos ya por una alteracion de la inervacion en toda la zona vulvar, ya por una perversion central que se hace manifiesta muy especialmente en la region afecta, provocando la comezon y el dolor.

De aquí que puedan admitirse tres órdenes de causas del prurito vulvar: 1.º *Hiperestesia local idiopática* por causa nerviosa, de la cual representan las causas predisponentes, el embarazo, una debilidad grande, el estado valetudinario y la sífilis constitucional, y la determinante, el libertinaje, el onanismo, y el ejercicio forzado y duradero, cuando á ello no está acostumbrada la mujer. 2.º *Hiperestesia por irritacion local externa*, cuyas causas directas son: los flujos de cualquier especie procedente del útero y de la vagina, las erupciones, los vermes intestinales, los insectos parásitos, (entre ellos primeramente el *pediculus pubis* y el *accharus scabiei*). 3.º *Hiperestesia por causa interna*, y es la ocasionada por la diabetes glycosúrica y por la endometritis senil.