

La obturación directa de la fístula es el medio más aceptable; desgraciadamente no siempre podremos emplearla. Si la fístula es útero-vésico-vaginal no se puede suturar la vejiga y unirla á la vejiga, debiendo recurrir á un método indirecto deslizando el útero y juntándolo á la vejiga (histero-kleisis vaginal) uniendo el labio posterior del cuello uterino al anterior de la fístula. Hay esterilidad consecutiva pero esto poco importa. Se ha dicho que la sangre menstrual puede ocasionar cálculos consecutivos, pero no hemos visto jamás tal accidente. Las fístulas vésico-uterinas pueden operarse por el fondo de saco anterior practicando la obturación directa y si esta no es posible obturando el cuello del útero; cuando es mucha la pérdida de sustancia, é imposible esta la obturación directa, acudiremos á la obturación indirecta por la vagina (colpo-kleisis), practicándola en un sitio más bajo de la vagina, formando una cavidad la vejiga junto con la vagina y desembocando en ella el útero. Se ha culpado á este método de producir cálculos que han obligado á volver á operar. Según que la operación se haga más arriba ó más abajo la llamaremos *colpo-kleisis* ó *episiorrafia*; esta última cuando hacemos la obturación hacia la vulva.

Hay casos en que es muy difícil obtener la retención de orina porque escapan á nuestra intervención. Cuando se destruye la uretra y el cuello de la vejiga todavía queda el recurso de cerrar la vulva y abrir una fístula artificial en el recto, que teniendo su esfínter puede retener la orina, cuyo recurso no nos parece práctico.

El tratamiento post-operatorio de la enferma, consistirá en guardar cama y llevar sonda permanente de Sims, que se sostiene sola al través de la uretra y tiene un depósito para recoger la orina; á los cinco ó seis días se retira la sonda. Puede ocurrir que el esfínter esté relajado y la enferma deje escapar cierta cantidad de orina, pero después cesa dicho estado, pues el esfínter recobra su tonicidad. Los puntos de sutura se extraen á los 10 ó 12 días, tomando los hilos uno por uno y cortándolos sucesivamente. La enferma debe reposar y abstenerse del coito durante mucho tiempo, pues de lo contrario la fístula podría volverse á abrir. La proporción de curabilidad de las fístulas es de 90 p.%; adviértase, sin embargo, que no todas se curan por primera intención, pues algunas hay que volverlas á operar, sobre todo las que han producido grandes destrozos.

Después de las fístulas urinarias tócanos estudiar las uretéricas, que raras veces aparecen solas sino combinadas con las anteriores. Así, no es raro hallar que en uno de los bordes de la fístula encontremos el uréter y lo incluyamos en un punto de sutura, accidente que puede evitarse. Pocas veces nos encontraremos con fístulas uretéricas hijas del parto, más bien se presentan como consecuencia de ciertas intervenciones quirúrgicas; uno de los peligros de la histerectomía vaginal, es lesionar el uréter. La afección que estudiamos es de fácil diagnóstico; la enferma sufre á la vez de incontinencia y retención de orina, pues al par que vé sus genitales bañados de continuo por aquel líquido, verifica

la micción espontánea de vez en cuando. Se comprende bien el hecho, pues siendo uno el uréter lesionado, el otro vá á parar á la vejiga como normalmente y cuando hay bastante orina viene la micción voluntaria, mientras que en el primero va á parar la orina segregada del riñón del mismo lado, la cual se escapa por la vagina. Si tenemos duda, al pasar al reconocimiento puede explorarse el uréter y ver como sale por ella el chorrito de orina, entonces es fácil practicar una inyección de sustancia coloreada en la vejiga y observar que con todo y existir la incontinencia no logramos que el líquido pase á la vagina, prueba de que la fistula no es de las usuales. De este modo queda hecho el diagnóstico de fistula uretérica, faltando solo determinar á que lado corresponde. Este último sólo puede lograrse con la inspección directa ó sondando el uréter y observando la dirección que sigue el instrumento.

El pronóstico debe fundarse en el mismo principio que el de la fistula urinaria; si la fistula uretérica es definitiva merecerá un juicio diferente de si no lo es. Muchas veces nos hallamos con fistulas uretéricas al parecer incurables y sin embargo cúranse espontáneamente, restablécese el uréter y la orina vuelve á pasar á la vejiga. Hay, pues, un período de reparación durante el cual puede curarse la fistula. Si la extensión destruída es muy grande, como de 2 cm., no esperemos el restablecimiento, pero si ésta es pequeña y de forma longitudinal, podemos confiar en la resolución. Transcurrido cierto tiempo, si no se ha curado la fistula sólo podemos confiar en la intervención quirúrgica que deberá dirigirse al sitio de la lesión, buscando el uréter y disecándolo hacia arriba, uniéndolo á la vejiga y practicando en ésta una abertura, sujetándola después con un par de puntos de sutura. Este procedimiento es racional, pero no siempre aplicable; muchas veces tiene que adherirse la fistula á un trozo de la vagina que forme bolsa perdida, donde desemboque el uréter. Indiquemos, sin embargo, que estas operaciones varían para cada caso particular.

En ocasiones se ha empleado la nefrectomía del lado correspondiente, para la curación radical de la fistula. Bœckel demostró la posibilidad de la intervención, obteniendo un feliz resultado y hoy día creemos que ante las incomodidades de una fistula puede estar indicada la operación que acaba con aquella suprimiendo el manantial.

Lección XXIV

Fistulas entero-vaginales y recto-vaginales.—Estenosis y atresias cicatriciales de la vagina.—Rasgadura del periné.—Patogenia, variedades y síntomas de la misma.

Las fistulas entero-vaginales ó que ponen en comunicación el intestino delgado con la vagina, no las hallaremos nunca en la pared anterior de este con-

ducto, ni en las laterales, sino en la parte alta de la posterior, lindando con el peritoneo en el fondo de saco de Douglas. Pueden tener dos orígenes: ó bien son espontáneas ó traumáticas; en el primer caso se deben al desarrollo de una neoplasia maligna en el fondo de saco posterior que llega al peritoneo, adhiere al asa intestinal más próxima y llega hasta perforarla. Observábase antes la afección casi tan solo en enfermas atacadas de neoplasias malignas durante el último periodo. El segundo grupo de fistulas ó sea las que reconocen origen traumático, pueden ser debidas al parto, pero generalmente se presentan después de ciertas operaciones.

La importancia de estas fistulas depende de su tamaño ó sea de la facilidad con que pasarán los excrementos á la vagina; si aquellas asientan en un punto bajo son tolerados por la enferma, si asientan en uno muy alto, influirán sobre la nutrición del organismo porque los materiales alimenticios se escurrirán y faltará la absorción, desnutriéndose la enferma que puede morir de inanición. La enfermedad es penosa y repugnante.

El pronóstico depende del hecho ya apuntado al hablar de las otras fistulas importa pues diferenciar la fistula definitiva de la que no lo es. Una vez establecida la fistula definitiva y retraído el tejido cicatricial la enfermedad es incurable, á menos de acudir á la intervención quirúrgica. Frente á una fistula entero-vaginal pueden presentarse, indicaciones tan distintas como la obturación directa de la fistula y una laparotomía. Si la fistula es tolerada y se encuentra en la parte baja del intestino delgado próximo al ciego, no influirá en el estado general de la enferma y solo ocasionará las molestias consiguientes. Descubriremos el sitio de la lesión avivando los bordes y, en casos dados, trazaremos colgajos de la vagina para obturar la fistula. Si esto no basta, podemos proceder á la laparotomía, reseca el intestino y unir los dos cabos.

Las fistulas recto vaginales tienen Patogenia igual á las indicadas y como ellas pueden ser espontáneas, debidas á neoplasias malignas, ó traumáticas, por el mecanismo del parto ú otro hecho violento. El desgarró del tabique recto-vaginal ocasionará la fistula que podrá residir en sitio más ó menos alto, pues unas veces la hallamos hacia abajo cerca del periné y otras se encuentra más arriba, pero nunca llega al fondo de saco posterior. La fistula recto-vaginal tiene dos periodos, uno de posible reparación y otro en que esta no puede ya efectuarse.

Los síntomas son siempre los mismos, adviértase que la naturaleza se defiende tan bien de estas fistulas, que muchas veces la enferma solo nota la expulsión de gases por la vagina: otras veces pueden salir materiales excrementicios pero en tales casos hay estreñimiento de vientre. Las deposiciones por su dureza no pueden penetrar en la vagina puesto que la fistula es de reducido orificio. El cuadro queda reducido á la expulsión involuntaria de gases por la vagina, ya que los excrementos no pueden pasar generalmente á la vagina por la pequeñez de la fistula. En cuanto la enferma toma un enema el líquido sale por la

vulva, de modo que en caso de duda, propinando un enema y observando si aquel es expulsado por la vulva sabemos á que atenernos.

Una vez establecida la fistula no es curable por los procedimientos quirúrgicos, y como casi siempre existe aquella en la parte baja, el mejor método no será la obturación directa, sino convertir la fistula en desgarro del periné, más ó menos alto, y tratarlo como á tal. Cuantas veces he curado esta enfermedad lo he hecho de este modo y no he tenido porqué arrepentirme.

Tenemos que estudiar otra lesión, á saber, el desgarro del periné. Esta afección es casi de rigor en las mujeres que han parido varias veces y con esto tenemos ya indicada la Etiología y Patogenia del mal. El parto es el traumatismo más abonado para producir el desgarro perineal, aunque esto no quiere decir que no pueda aparecer á consecuencia de otra violencia accidental ó de una operación, pero el primer origen es el más frecuente. Y tanto es así, que al hablar de desgarro perineal lo suponemos siempre producido por un parto anterior; durante la expulsión del feto y al salir la cabeza es tal la distensión de la parte posterior de la vulva y periné que no es extraño que éste se desgarre. Ya es de rigor que se raje la horquilla en el primer parto; si á esto queda reducido todo, no habrá consecuencias, pero es muy frecuente que ya en el primer parto, ya en los demás se rasgue la horquilla y alcance esta rasgadura el intestino recto y sus paredes. En el desgarro perineal pueden distinguirse tres grados. En el primero falta la horquilla y el espolón perineal, hallamos la vulva muy abierta, pero todavía existe cuerpo del periné; este primer grado es tan frecuente que lo sufren, de las mujeres multiparas, la mitad por lo menos. Caracterízase el segundo grado por la falta completa de cuerpo perineal, llegando el desgarro hasta el borde mismo del ano, pero conservándose íntegro el esfínter, la vulva se presenta sumamente abierta y no hay zona de tejidos que separe la región vaginal de la del recto; solo se conserva el borde del ano pero tan adelgazado que á veces pueden quedar dudas acerca de si el desgarro ó es no completo. El tercer grado recibe el nombre de desgarro total ó completo; el esfínter del ano se ha interesado y la vagina junto con el recto, forman una misma abertura, quedando á mayor ó menor profundidad el tabique recto-vaginal.

Los síntomas del desgarro perineal son muy variables; hay enfermas que toleran un desgarro incompleto no sufriendo ninguna molestia, mientras que otras padecen mucho quejándose de peso en los genitales y falta de apoyo, como si temieran que va á salir algo al exterior. Ciertas enfermas toleran la abertura vulvar y otras padecen vulvitis más ó menos molestas. De manera que la misma afección es más soportable para unas mujeres que para otras. Para reconocer el desgarro podemos hacer que tosa la enferma y observar lo que pasa en la abertura de la vulva; como puede quedarnos la duda de si el desgarro es incompleto ó completo, acudiremos al tacto rectal por medio del que reconocemos la existencia del esfínter por la resistencia que encontremos. En cuanto

á los síntomas del desgarro completo muchas veces no son más que los enunciados, pero otras á semejanza de lo que pasa en las fistulas recto-vaginales, hay expulsión involuntaria de gases é incontinencia de materias fecales, aunque es frecuente la astricción de vientre que hace más llevadera la enfermedad; de todos modos, como los excrementos se ponen en contacto con la vulva y vagina hay vulvitis y vulvo-vaginitis.

Por lo que se refiere al juicio pronóstico y valor patogénico del desgarro perineal, recordemos la arquitectura del suelo del periné. Ya sabemos como sostiene el segmento pubiano, y como es que una pared vaginal se aplique sobre la otra, para comprender que faltando el periné, desaparece un apoyo, viniendo el *cistocele* y el prolapso de las vísceras abdominales. Aparte de la influencia para el porvenir relacionada con la arquitectura del suelo pelviano, existe otra circunstancia digna de tenerse en cuenta, sobre todo cuando el desgarro es total; ya hemos dicho que había vulvo-vaginitis por el contacto con los materiales excrementicios, pues bien, todavía puede ocurrir más y es que la enferma sufra endometritis por contagio de aquellas sustancias excretadas, lo cual puede originar males de tanta consideración como supuraciones de las trompas y ovarios ó bien peritonitis. Así pues, el desgarro total del periné puede producir alteraciones de orden topográfico en el suelo de la pelvis y trastornos de carácter infectivo por la facilidad con que se infecta el útero y demás órganos internos.

Lección XXV

Tratamiento de las rasgaduras del periné.—Perineorráfia: cual es el procedimiento más ventajoso y técnica del mismo.—Cistocele.—Etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

El tratamiento que emplearemos en las rasgaduras del periné será el quirúrgico que producirá resultados positivos. Puede emplearse no obstante un tratamiento paliativo que consistirá en una gran limpieza, en el uso de anti-sépticos ligeros para desinfectar en lo posible la vulva y vagina, irrigaciones vaginales y vulvares para prevenir fenómenos irritativos, etc... Todos estos cuidados pueden hacer más llevadera la enfermedad.

El tratamiento quirúrgico del desgarro perineal es sumamente fácil y por más que en algunas obras se describen varios procedimientos más ó menos ingeniosos y complicados, podemos prescindir de ellos y decidirnos por uno que sea sencillo y práctico. El que yo empleo es el que he visto practicar á Lawson Tait en la Clínica de Schröder, algo modificado. La operación varía algo según se trate de un desgarro incompleto ó completo y comprende dos tiempos: el de

avivamiento y el de sutura. El primero se practica por el método expedito del desdoblamiento, valiéndonos de unas tijeras cortas, fuertes, puntiagudas y acodadas. Sepáranse á cada lado los labios mayores y se traza un pequeño corte en la horquilla, metiendo luego hacia cada lado la punta de la tijera para cortar hasta el origen de las ninfas: de esta manera separaremos dos colgajos. Así queda hecho el avivamiento en tejidos sanos. Trázase primero un corte en la parte media y luego otro á cada lado.

Procédese después á la sutura que es muy expedita en el desgarró incompleto y se puede verificar con una aguja de mango largo provista, de un agujero en la punta, la cual se introduce por el punto de unión de la piel con la superficie cruenta, sin interesar la primera y se hace salir por el sitio donde se unen la superficie cruenta y la mucosa. Esto se hace de un lado á otro saliendo por la parte opuesta en el punto de unión de la superficie cruenta con la piel. La hebra será de crin de Florencia y se aplicarán tres puntos y hasta cuatro si hay necesidad, apriétase después la sutura, anudánse los hilos y puede darse por terminada la operación. Al apretar los hilos se ponen en contacto las superficies cruentas.

Si el desgarró es completo hay que proceder del mismo modo pero adoptándose á las circunstancias concretas del caso. Deben unirse los extremos del esfínter del ano y el tabique recto-vaginal que puede estar interesado, pues si formamos un periné sin esfínter del ano, puede haber incontinencia. Hay una pequeña depresión á cada lado del ano como vestigios del esfínter destruido que tiran de la piel hacia adentro; descúbrense los extremos por medio de la tijera introducida profundamente dando el corte hasta el borde mismo del tabique recto-vaginal. Seguirá el corte separando hacia arriba la mucosa vaginal y hacia abajo la rectal, dejando un centímetro de mucosa: se da después un corte á cada lado que llegue hasta el labio menor como en el desgarró incompleto. A todo esto hay una hemorragia regular que no sólo no nos preocupará sino que ha de servir para demostrarnos que el tejido está en excelentes condiciones. Aplicamos luego la sutura del modo indicado y teniendo en cuenta el fin que nos proponemos. Procúrese cojer el esfínter que está en el fondo del avivamiento, pasando dos puntos que circunscriben el ano, ateniéndose á lo dicho en el caso anterior y teniendo cuidado de que no se estreche en demasía el orificio anal.

La sutura del tabique recto-vaginal se hace con la aguja de Emmet de forma curva no concéntrica, la cual se hace correr por entre la mucosa vaginal y la rectal, entrando por el borde derecho, pasando por detrás del avivamiento, se hace salir en un sitio análogo de la parte opuesta, cerrando la comunicación entre el recto y la vagina y aplicando después los puntos de sutura respectivos como en el caso anterior. Necesítase la curvatura de la aguja porque hemos de operar muy hacia arriba. Anudando los puntos, las superficies se ponen en contacto y queda cerrada la abertura, suprimiéndose la pérdida de sustancia entre el recto y la vagina, de manera, que no queda ningún espacio libre.

Como la piel y la mucosa de la región son muy sensibles, debe anesthesiarse profundamente la enferma; aplicando los puntos del modo antedicho no hay dolor post-operatorio porque no se coje la piel. Con el procedimiento que seguimos, hay la ventaja de que existiendo cierto espacio entre punto y punto, pueden salir las materias segregadas en las superficies cruentas. La sutura queda seca á causa de este desagüe y los microbios no encuentran terreno á propósito para su vitalidad y desarrollo.

Una vez terminada la operación, la enferma debe reposar guardando el decúbito supino y si no abre demasiado las piernas puede ladearse sin inconvenientes. Respecto á la micción y defecación diremos que con todo y verificarse la curación de las heridas por primera intención, como la orina es siempre irritante y puede absorberse algo por las superficies cruentas, es conveniente sondear á la enferma cada 6 ú 8 horas durante los primeros días. Conviene mucho que la enferma se haya purgado antes de la operación, pues, de esta manera podrá pasar cierto tiempo sin evacuar.

Las curas que deben hacerse son en extremo sencillas; después de una pulverización con yodoformo, colócase la gasa antiséptica y encima el algodón con el vendaje; la pulverización de yodoformo sirve para obtener una costra seca. Pasados algunos días la enferma se levanta conservando los puntos de sutura, pues, éstos no se quitarán hasta los 10 ó 12 días. La piel se cicatriza bien, pero los nudos quedan escondidos en el tejido de reparación y hay que tirar de ellos para cortarlos. Después de lo que hemos reseñado, la enferma queda bien, el esfínter funciona regularmente y el suelo perineal se ha reconstruído; sólo en la parte media del periné se observa cierta depresión ó fosita sin importancia. Respecto á sus funciones genitales, la enferma queda tan bien como antes de sufrir el desgarro perineal, pues, el tejido de neoformación es más fuerte que el fisiológico y si el periné se rompe no lo hace por el punto en que se desgarrara primitivamente. La operación resulta, por lo tanto, sencilla, práctica y sin inconvenientes ni peligros y de resultados siempre positivos, empleando dicho procedimiento que no dura más de tres á cinco minutos.

En la convalecencia puede presentarse algún accidente como la formación de bolos rectales que no conviene abandonar para prevenir la distensión excesiva del recto.

La compresión de las partes blandas por la cabeza del feto, puede ocasionar tales alteraciones que la vagina resulte deformada; quizás no haya fístula ni desgarro del periné, pero el esfacelo de las partes blandas producirá tales alteraciones que nos hallamos con estrecheces de la vagina ó verdaderas atresias de la misma. Tales lesiones aparecen como resultado del tejido cicatricial que se forma y revisten importancia en dos conceptos: primeramente, con las atresias vendrá la retención de sangre menstrual y además habrá dificultades para el coito y sobre todo en las estrecheces puede haber graves obstáculos para el parto, que pueden exigir graves intervenciones quirúrgicas. El tratamiento de

estas alteraciones consistirá en cortar las bridas y adherencias y dilatar la vagina, pero como el tejido cicatricial que luego se forma puede producir recidiva, hay que sostener dilatada la vagina con spéculums de cristal, taponamiento ú otros medios, durante mucho tiempo. Afortunadamente son raros los casos en que se llega á este extremo.

Llámase *cistocele* el prolapso ó salida de la vejiga por los genitales, para lo cual es preciso que la pared vaginal anterior se distienda y afloje para que la vejiga, que hasta entonces había quedado retenida detrás del pubis, aparezca en la vagina, insinuándose entre los labios de la vulva. La enfermedad puede presentar diversos grados; unas veces no es más que un pequeño abultamiento que sale por entre los labios de la vulva y otras se asemeja á una cabeza de feto que sale completamente fuera de la vulva; entre estos dos extremos, presentanse muchas variantes. En ocasiones se presenta cistocele y uretrocele por aflojamiento de la pared vaginal anterior. Como condición necesaria para que sea cistocele puro, figura la permanencia del útero en su sitio.

Tres son los factores que intervienen en la producción del cistocele: el primero es el parto, y tanto es así, que la inmensa mayoría de las que sufren cistocele son multiparas. Se comprende que tal suceda, pues, siendo hecho frecuente la rasgadura del periné, falta el segmento sacro para sostener la pared vaginal anterior y esta se halla sin apoyo. Otro elemento de mucha importancia que explica la aparición de la enfermedad en nulliparas y vírgenes, consiste en la topografía del suelo pelviano; en efecto: según el ángulo que forma la vagina con el horizonte habrá más ó menos facilidades para el desarrollo del cistocele, si el ángulo es muy pronunciado habrá menos facilidad porque descansará más en el periné, si es menos pronunciado es más fácil que salga. Todo depende de la inclinación de la pelvis sobre el horizonte, variable según las mujeres. Hay otro elemento patogénico, dependiente de la costumbre que tienen muchas mujeres de retener la orina un tiempo más ó menos largo, pero siempre mayor del normal, con lo que la vejiga se distiende y se producen cambios en el modo de ser de este órgano y favorece la relajación de la pared anterior vaginal. Favorece el desarrollo del cistocele la estación de pie durante muchas horas, que debe sostenerse en ciertas profesiones y en muchos casos hay que admitir ciertas predisposiciones individuales para este prolapso, como las hay para los demás. Tal es lo que podemos decir acerca de la Etiología de esta deformidad.

Los síntomas son variables, pues al paso que unas mujeres toleran bien el cistocele aunque sea bastante acentuado, otras acusan grandes molestias. Nacen los síntomas de la presencia de un cuerpo extraño en la vulva y se manifiestan por tendencia al prurito vulvar y neuralgias de poca intensidad. A esto queda reducido el cuadro sindrómico mientras el cistocele no adquiriera un volumen exagerado, pero desde el instante en que abulta mucho, se altera la micción porque casi no hay vejiga detrás del pubis; estas alteraciones en la micción

pueden presentar diversos grados, desde la micción difícil y frecuente, hasta la falta de esta función. Colocada la vejiga en la posición indicada, la orina queda en un depósito más bajo que la uretra y como uno de los efectos del cistocele es alterar la contracción de la vejiga, el líquido urinario nunca se evacuará por completo. Otras veces es muy acentuado el cistocele sufriendo un acodamiento el conducto excretor, lo que obliga á la enferma á recurrir á varios expedientes para desdoblarlo reduciendo el cistocele y poder verificar la micción. El roce continuo de la mucosa con los vestidos, puede ocasionar ulceraciones difíciles de curar.

El diagnóstico no ofrece dificultades, pues la enferma refiere el curso de su dolencia que se ha desarrollado con lentitud, pasamos al reconocimiento y vemos asomar por la vulva un tumor liso, constituido por mucosa sana, de tamaño mayor ó menor, blando, etc... Con estos datos podremos distinguir el caso, de las deformidades que luego estudiaremos.

El cistocele es siempre una deformidad progresiva, de marcha lenta, que á veces tarda años en aparecer con su completo desarrollo. Una vez aparecido, si las causas persisten, se acentúa cada vez más y puede originar complicaciones como una cistitis, un cálculo, ulceraciones de la mucosa, etc...

En cuanto al pronóstico diremos, que si bien es enfermedad que causa grandes molestias, no atenta ni con mucho á la vida de la enferma. En cambio influye en el modo de vivir de ésta, de una manera notable, pues obliga á cambios de costumbres y hasta de profesión. Abandonada á sí misma la afección, es incurable, pues tiende cada día á exacerbarse.

El tratamiento puede ser paliativo y curativo; consistirá el primero en evitar las malas consecuencias que pueda tener el cistocele por lo que se refiere á molestias y complicaciones. También usaremos de algún medio para reducir el prolapso, todo acompañado de las más estrictas reglas higiénicas del aparato genital. Con este fin, aconsejaremos á la enferma que verifique la micción con frecuencia y acudiremos al apoyo perineal con un sencillo vendaje en forma de *T* de ano que mantendrá reducida la pared vaginal anterior. Debe emplearse asimismo una gran limpieza para evitar las vulvitis. Antes se recurría á los pesarios que constituyen un tratamiento de escasos resultados y se comprende que así sea, pues si son de tallo sostienen el útero hacia arriba dejando libre la pared vaginal anterior y si de otras formas que se apoyan en esta última nada conseguimos porque con la salida de la pared se expulsa el pesario: si apoyan en las paredes vaginales posterior y laterales, queda libre la anterior que es la dañada y por donde se verifica la hernia. El único pesario aplicable es el de Gariel, formado por una esfera de caucho distensible, que se coloca dentro de los genitales y se insufla con aire por una espita con tubo de goma que termina en un recipiente para hacer la insuflación. Este aparato se introduce plegada la esfera en los genitales y después se insufla, llenando entonces la vagina y sosteniéndola; de todos modos el tratamiento solo es paliativo, pues al

retirar el pesario reaparece el prolapso con lo que se comprende que el uso de aquél debiera durar toda su vida. El pesario no reduce la distensión vaginal ni rehace el periné, más bien va dilatando la primera y la mujer se vé obligada á aumentar cada vez más el volumen de los pesarios. Si existen ulceraciones debe atenderse á ellas, haciendo guardar á la enferma el decúbito supino. Cuando el tratamiento paliativo no da resultado y sobre todo, siempre que la dolencia ocasiona molestias, estamos autorizados para emplear el tratamiento radical.

La operación del cistocele, practicada primeramente por Sims, tiene por objeto curar del todo aquella deformidad; aunque se hayan descrito por los autores varios procedimientos, me limitaré á explicar el que creo mejor y que ha producido mejores resultados. Está indicada la operación siempre que haya cistocele aunque sea en pequeño grado y mientras se practique del modo debido, su pronóstico es benigno. Existe, sin embargo, una contraindicación referente á la edad de la enferma; en la vejez extrema, especialmente, el decúbito en una misma posición que ha de guardar la mujer después del acto quirúrgico, puede despertar ciertas complicaciones, sobre todo por parte del órgano pulmonar.

Esta operación del cistocele ó *colporrafia anterior*, consiste en quitar todo lo que sobre de la pared vaginal anterior; si el cistocele es muy acentuado el trozo que separaremos será mayor procurando reducir aquella hasta los límites que tuvo en estado normal. Trátase, pues, del avivamiento y extirpación de la mucosa vaginal seguida de la sutura. Puede emplearse ó no la anestesia, pues la región vaginal anterior no es muy sensible. Una vez puesto al descubierto el tumor, trazaremos un colgajo oval en su parte media, más ó menos largo y ancho según el volumen del mismo. Para proceder al avivamiento, se engarzan pinzas de ganchos en la parte inferior y en la superior, señalando después la línea del avivamiento con una incisión; sepárase la mucosa vaginal de la vesical por disección obtusa, cuidando de no perforar la vejiga. Sin embargo, parece que la seguridad es tanta, que algunos operadores emplean unos instrumentos automáticos consistentes en pinzas largas que pellizcan la mucosa vaginal, cortando por encima de ellas; sea como sea, esto nos parece sobrado expuesto. Durante la operación puede ocurrir alguna hemorragia, pero no nos preocupará á no ser que se trate de vasos de alguna importancia. Importa en gran manera proceder con rapidez para que la hemorragia no revista importancia.

El segundo tiempo de sutura es fácil de realizar: se aplica aquella á punto pasado, procurando que todas las superficies cruentas estén en contacto para que la cicatriz sea pronta y de aquí la aplicación de los distintos planos de sutura, sobre todo si el avivamiento ha de ser algo extenso. La sutura llamada de pellejero se aplica con una aguja curva enhebrada en cat-gut y se da un punto en la parte superior que comprenda ambos lados de la mucosa, introdúcese luego más hacia abajo cogiendo las partes más profundas del avivamiento

por ambos lados. Apriétanse después los hilos de sutura y la superficie cruenta quedará reducida á la mitad, encontrando en el fondo los hilos de cat-gut; después volvemos de abajo arriba comprendiendo la mucosa y al apretar todos los hilos queda una línea continua de puntos de sutura. Para más garantía de estabilidad, conviene reforzar los puntos de cat-gut con otros de crín, pues entonces, aunque la vejiga se distienda no pueden romperse los puntos. Si la operación se ha practicado debidamente césase la herida por primera intención, pues los tejidos son muy vivaces. La hemorragia queda cohibida por la sutura y conviene saber prescindir de aquella cuando es insignificante. Tal es el método empleado generalmente para curar el cistocele; en ciertos casos deberemos adoptar otros, pero entonces nos guiaremos por lo que pidan las circunstancias.

La enferma debe guardar cama consecutivamente, para que se consolide la cicatriz; para dar salida á la orina y evitar la distensión vesical, puede emplearse la sonda permanente ó el cateterismo si la enferma experimenta alguna dificultad á la micción espontánea. A los 8 ó 10 días puede levantarse la enferma y á las 3 semanas estará restablecida. Para la curación del cistocele se ha de tener en cuenta su Patogenia, pues si hay p. ej.: una rasgadura del periné, poco haremos mientras no se corrija esta; si la mujer tenía la costumbre de retener mucho tiempo la orina, podrá renovarse la enfermedad mientras esta mala conducta no se modifique, etc... Procediendo del modo antedicho, podremos obtener curaciones definitivas y duraderas.

Lección XXVI

Rectocele.—Etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.—Enteroccele vaginal.—Neoplasias vulvo vaginales.—Papilomas.—Estudio de los mismos.—Elefantiasis; sus formas y tratamiento.

Llámase *rectocele* el prolapso de la pared vaginal posterior cuyo significado es el mismo que el del cistocele, con la diferencia de que no llega á alcanzar los límites de este. En el concepto etiológico y patogénico es digno de observarse que la enfermedad se presenta en las mujeres que sufren astricción habitual de vientre y que por tanto sufren distensiones en la ampolla rectal, que llevan hácia adelante la pared posterior de la vagina, hasta que acaba formando hernia hácia afuera. Hay causas locales que favorecen en gran manera la aparición del rectocele: tal es el desgarró incompleto del periné, la estación de pié prolongada, etc... Preséntase el rectocele por regla general unido á otros afectos de los genitales.

En cuanto á síntomas, el rectocele, aunque ocasiona molestias, no es tan pe-

noso como el cistocele, puesto que así como este por su desarrollo roza con regiones muy delicadas como los labios menores y el clitoris, aquél sólo contacta con la horquilla que es la región vulvar menos sensible. Sólo se ofrecen las incomodidades propias de un cuerpo extraño dentro de la vulva, tanto más acentuadas cuanto mayor es aquél. El rectocele va acompañado de estreñimiento de vientre y al venir las deposiciones, como la expulsión de éstas no es difícil ni tan frecuente como la de la orina, se comprende que el prolapso del recto sea menos molesto que el de la vejiga.

No costará mucho de establecer el diagnóstico; en primer lugar, es muy característica la presencia de un tumor que sale por la vulva, y aunque pueden quedarnos dudas acerca de si la pared vaginal relajada es la anterior ó la posterior, haciendo la exploración de la vagina, saldremos de dudas. Como para que haya rectocele es preciso que el útero se conserve en su sitio, convendrá practicar el tacto vaginal: el tacto rectal acaba de redondear el diagnóstico, considerando que por este medio llegamos con el dedo á los últimos recodos de la pared prolapsada.

Respecto al curso y complicaciones, son mucho más sencillos que para el cistocele. La enfermedad es muy tolerable, pues, el tumor no alcanza un gran volumen ni altera las funciones del recto; tampoco suelen haber ulceraciones de ninguna clase. Tiene el rectocele, acentuado sello de cronicidad y es incurable abandonado á sí mismo.

El tratamiento puede ser paliativo y curativo. Por lo que toca al primero, no hay mucha ocasión de emplearlo, pues, la enfermedad no ocasiona grandes incomodidades; con todo es más positivo que el del cistocele, sobre todo por lo que se refiere al tratamiento ortopédico. Así como es difícil hallar un pesario que sirva para el cistocele, no será difícil encontrarlo para el rectocele; en el primer caso la dificultad depende de que el aparato ha de apoyar en la pared prolapsada, mientras que en el segundo, como el pesario puede asegurarse en la cara anterior del sacro y coccix existe un apoyo seguro y firme, de manera que aún faltando el periné, el pesario se sostendrá en estas regiones. Si hay periné es indudable que formará un buen sostén. Como tratamiento paliativo, el pesario tendrá pues excelentes resultados. Con todo, este medio carece de influencia para curar el rectocele y no está exento de inconvenientes; es tratamiento delicado, pues, requiere mucha solicitud para quitarlo y reponerlo, y aún empleándolo mucho tiempo, al retirarlo no obtenemos un resultado concluyente, pues el rectocele se reproduce.

Como el rectocele no es más que un epifenómeno que viene subordinado á otras enfermedades, lo que interesa es proceder al tratamiento quirúrgico doblemente indicado por la incurabilidad de la dolencia abandonada á sí misma y la benignidad de la intervención. El acto operatorio varía según exista ó no periné, si hay integridad de este, nos hallamos en un caso parecido al del cistocele y practicamos la *colporrafia posterior*; descubriremos la parte, señalaremos

con el bisturí un colgajo de forma oval ó circular y procederemos luego á la sutura en la misma forma que para el cistocele. Pero este caso es el menos frecuente, pues, lo común es que coexista el desgarró incompleto ó completo del periné y entonces la operación se compone del tratamiento del rectocele y el correspondiente al desgarró perineal. Entre el gran número de procedimientos que se indican podemos señalar dos: la colpo-perineorrafia de Hégar y la colpo-perineoplastia de Dolerís. Para la primera, realizamos la perineorrafia no por desdoblamiento sino separando una parte de mucosa que descubra toda la superficie del periné y toda la que necesitamos de la pared vaginal posterior. Para ello uniremos la superficie cruenta que corresponde á la perineorrafia con la propia de la colpografía; con esto obtenemos una superficie de avivamiento de forma triangular más ó menos extensa, con su vértice en la pared posterior de la vagina más ó menos profundamente y su base en el periné. La sutura puede ser igual á la que describimos para el cistocele sutura de varios planos, bastante apretados para poner en contacto las superficies cruentas hasta obtener una superficie que junte los bordes de la mucosa y de la piel; es necesario afianzar los puntos con crin de Florencia. Prescindiendo de estas suturas, puede realizarse la de forma entrecortada que se efectúa de un lado á otro por debajo de la superficie cruenta, encontrándonos con una línea de sutura que permanece dentro la vagina, otra que forma la horquilla y otra que constituye el rafe perineal.

La colpo-perineoplastia de Dolerís, es un procedimiento más fácil, pues se compone del mismo método de perineorrafia aplicado en los casos de prolapso de la pared vaginal posterior. El primer tiempo, consiste en una perineorrafia que se realiza mediante una incisión á cada lado seguida de desdoblamiento; sólo falta seguir desdoblando hacia arriba y separando en más ó menos extensión el resto de la vagina según los casos. Después del avivamiento haremos la sutura, entrando los puntos en la unión de la piel con la superficie cruenta, haciéndolos llegar hasta el vértice del avivamiento y volviendo al punto simétrico del lado opuesto; algunos puntos recogen la pared anterior de la vagina distendiéndola y llevando á la horquilla la parte sobrante, que se reseca después de apretar los puntos aplicados, con lo cual queda recubierta de mucosa la pared vaginal y en la región de la horquilla, queda como un tope ó válvula de refuerzo que se reune, para mejor seguridad, con algunos puntos. Tales son los mejores procedimientos aplicables para la curación del rectocele complicado con desgarró perineal. El tratamiento consecutivo es idéntico al de la perineorrafia.

Conócese con el nombre de *enterocele vaginal*, la hernia del intestino hacia la vagina. Si recordamos la disposición del fondo de saco de Douglas que desciende á la pared posterior de la vagina, comprenderemos que relajándose la pared indicada vendrá hacia abajo el fondo de saco con las asas intestinales, llegando á salir todo por la vulva. El útero permanece en su sitio y practicando

el tacto rectal hallamos el recto en la posición que le corresponde fisiológicamente. Las condiciones para la aparición de esta deformidad son raras, se necesita que los ligamentos útero-sacros se relajen, como se han de relajar los pilares del ligamento de Falopio para la hernia inguinal común; las causas de esta relajación pueden residir en un parto anterior; éste, aflojando el ligamento útero-sacro, deja falto de apoyo el fondo de saco de Douglas y las masas intestinales pueden salir empujados, constituyendo el enteroceles.

Para el diagnóstico de esta enfermedad basta saber su existencia. A más, practicando el tacto vaginal y rectal combinados, encontramos en su sitio el útero y el recto y si no fuese suficiente este dato, el gorgoteo especial y típico del tumor y su reductibilidad no dejan dudas acerca de su naturaleza.

No siempre el enteroceles es posterior, puede ser también anterior. Consiste tal dolencia en el descenso del fondo de saco anterior empujado por las asas intestinales. Casi nunca se ve sola esta dislocación, pues, acompaña por lo general al cistocele. Su diagnóstico no es difícil por el gorgoteo de las asas intestinales y en cuanto al pronóstico, hemos de afirmar que el afecto es crónico, incurable y sujeto á complicaciones cuando el tumor se desarrolla en exceso. Quedanos, por fin, el tratamiento, respecto al cual indicaremos que puede ser paliativo y curativo, consistiendo el primero en el uso del pesario y el segundo en la *colporrafiá posterior* en la que se hará un avivamiento mayor ó menor, seguido de sutura, método que producirá resultados seguros y positivos.

En la vulva y vagina, lo mismo que en las demás regiones de nuestra economía, pueden asentar neoplasias que ofrecen en general los mismos caracteres de aquellas que se desarrollan en el resto del organismo. Dividiremos las neoplasias en benignas y malignas, clasificación puramente clínica que indica su docilidad ó rebeldía al tratamiento. Entre las primeras encontramos los papilomas, la elefantiasis de la vulva y vagina, los quistes vulvo-vaginales, fibromas y lipomas; las que hallamos entre las malignas son los epiteliomas, carcinomas, sarcomas y mixomas.

Representan los papilomas una papila dérmica hipertrofiada, pues, ofrecen su misma estructura; forman elevaciones cubiertas de epitelio é imbricadas unas con otras, recordando una fresa por su aspecto. En cuanto al tamaño varía desde el de un grano de arroz hasta el del puño; son por lo general, múltiples y se localizan de preferencia en la vulva, apareciendo raramente en la vagina. El color es subido é inyectado recordando el de la fresa.

Ignoramos aún su Etiología, pero podemos asegurar el carácter contagioso de los papilomas y su relación con la gonorrea, por lo que parecen gozar de cierta especificidad etiológica. El papiloma abandonado á sí mismo crece y se desarrolla, apareciendo cada día brotes nuevos pero sin ocasionar más molestias que las inherentes á la existencia en tal sitio de un cuerpo extraño. Aunque algunas veces se atrofian los papilomas, lo natural es que crezcan adelantando su curso invasor; esta extensión de los papilomas puede dificultar las

funciones genésicas, notablemente el parto, lo que no deja de preocupar á la misma enferma. Es tan sencillo el diagnóstico de la enfermedad que no puede confundirse con ninguna otra. En efecto: la forma de fresa arracimada ó de coliflor, es altamente característica. La confusión con las neoplasias malignas se prevendrá recordando que aquellas presentan base de induración, lo que no sucede en los papilomas, que sólo vienen contruidos por una hipertrofia de las papilas dérmicas.

El tratamiento de los papilomas es muy sencillo: si de antemano supiéramos cuando se han de desarrollar, podríamos evitarlos, previniendo los efectos del flujo gonorréico, pero como los vemos ya en toda su evolución, acudiremos á otros medios. Lo más conveniente es destruir los papilomas, y á este fin, si son escasos emplearemos el ácido nítrico, el nitrato ácido de mercurio ú otro cauterio, pero si su número es considerable y están muy desarrollados, vale más excindirlos con la tijera, método muy factible, pues la base de implantación de aquellos es reducida y sólo interesan la piel dejando libre el tejido celular. La hemorragia no nos ha de preocupar, pues quedará cohibida al aplicar la sutura ó empleando el termo-cauterio; este mismo instrumento puede servir para extirpar los papilomas. Si no se cuida de destruir todos los papilomas dejando algunos aunque sean de exiguo tamaño, es casi seguro que se reproducirán, obligando á una nueva intervención. Teniendo en cuenta esta advertencia y empleando el método expresado, curaremos la enfermedad cortando las recidivas.

Existe otra afección constituida por una hipertrofia simple, llamada *elefantiasis*. Toman parte en esta hipertrofia todos los tejidos de la vulva, el dérmico y el celular con dilatación de los espacios linfáticos. En el concepto etiológico poco podemos decir; la enfermedad toma su nombre del parecido que tiene con la elefantiasis de las extremidades inferiores, mal raro en nuestro país y propio de regiones cálidas; en los pocos casos de elefantiasis vulvo-vaginal que en nuestro país existen, parece, á veces, que se trata de una lesión concomitante con los papilomas, ya que estos se hallan muchas veces en la vulva elefantisiaca; otras veces la enferma padece al propio tiempo gonorrea. Afecta la elefantiasis dos formas principales: una localizada y otra generalizada. En la primera, la hipertrofia alcanza un sólo labio mayor mientras que en la segunda participan del proceso los labios mayores y menores, extendiéndose al monte de Venus y aumentando mucho el volumen de la región vulvar. Por lo demás, la enfermedad no ocasiona más molestias que las que puede causar un cuerpo extraño y sólo puede incomodar por las vulvitis que subsiguientemente pueden desarrollarse. El diagnóstico diferencial sólo podrá hacerse entre la verdadera y la falsa elefantiasis, pues no puede confundirse esta afección con las demás neoplasias que pueden desarrollarse en el mismo sitio. La enfermedad es crónica é incurable si se abandona á ella misma; hay propensión á las vulvitis, pues la superficie elefantisiaca puede sufrir fenómenos de linfangitis que conducen á la ulceración.

Respecto al tratamiento, salvo alguna forma en que por su escaso desarrollo guardamos una actitud expectante, debe ser de índole quirúrgica, excindiendo y cortando la neoplasia. Desde la simple excisión de un gran labio, hasta la amputación de la vulva pueden encontrarse todos los grados; esta última asegura resultados positivos y se practica en casos de hipertrofia extrema. Empiézase por dos incisiones que partiendo al monte de Venus, circunscriben de cada lado la vulva pasando por fuera de los labios mayores y llegando á juntarse en la horquilla: se corta profundamente piel y tejido celular por debajo de los labios mayores y menores arrastrando también el clítoris hasta llegar al vestíbulo y entrada de la vagina. La superficie cruenta es extensa y la hemorragia regular de la que no haremos caso, pues procediendo con rapidez se cohibe al colocar la sutura. La sutura será entrecortada pasando de un lado á otro en el monte de Venus, y desde la piel de cada lado á la mucosa uretral y vulvar en los sitios correspondientes apretando todos los puntos, se obtiene una línea entrecortada de puntos de sutura que deja la vulva, como infantil. En resumen, la operación es muy práctica y no ofrece gravedad ni peligro según he podido observar.

Lección XXVII

Quistes de la vulva y de la vagina.—Fibromas y sus variantes.—Cáncer y epiteloma de la vagina.—Patogenia, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.—Varices y trombus vulvo-vaginales.

Las primeras neoplasias benignas de la vulva y vagina que estudiaremos serán los llamados *quistes*, que constituyen una afección de relativa frecuencia. Respecto á su número, los quistes suelen ser únicos y por lo que toca al sitio, radican, por lo general, en la pared anterior de la vagina, hacia uno de los lados, en la posterior y más raramente en la vulva. Su tamaño es muy variable, pues oscila entre el de una avellana y el del puño, constituyendo en determinados casos un serio obstáculo para el parto y convirtiéndose en causa indirecta de esterilidad. Varía también el contenido de los quistes; generalmente están llenos de un líquido seroso ó mucoso, que á veces se hace más espeso y de consistencia gelatinosa.

Es muy discutida la Patogenia de estos tumores. Obsérvanse los quistes vulvares en la glándula de Bartholino, en la cual gracias á un proceso inflamatorio, se obtura el conducto excretor y aquella se distiende formándose un quiste mucoso por retención. Si se encuentran en los labios mayores, su naturaleza es sebácea, y si son serosos, su origen se busca en la túnica vaginal que acompaña al ligamento redondo y que permanece enquistada, desarrollándose luego en

cualquier época de la vida; encuéntrase á veces al rededor de la uretra donde hay muchas glándulas que explican su Patogenia. La explicación resulta más difícil, tratándose de los que se desarrollan en la vagina, donde no hay glándulas sino folículos glandulares; entonces se recurre á la teoría embrionaria, suponiendo que estas neoplasias son restos del conducto de Müller, de Wolff ó del de Gartner, que permaneciendo latentes primero, se han desarrollado después con inusitada vivacidad.

Los síntomas son poco manifiestos y sólo se hacen sensibles cuando el tumor adquiere un volumen exajerado, y por lo común el ginecólogo descubre el quiste por casualidad. El diagnóstico se establece por la forma ovoidea del tumor, por su dureza y fluctuación que nos anuncia un contenido líquido, que desliza fácilmente; la confusión con el cistocele ó el enterocele anterior, se previene atendiendo á que el primero no se puede coger por entero con las manos, y el segundo puede reducirse, lo que no acontece con los quistes. La enfermedad no está sujeta á grandes complicaciones y solo interesa por las dificultades mecánicas que puede oponer al paso del feto, pues no es dolorosa y casi nunca ocurren consecuencias fatales. Es raro que el quiste se inflame, ocasionando un absceso cuando recae en la vagina, en cambio si existe en la vulva como está sujeto á traumatismos por roces y compresiones, puede terminar por supuración.

El tratamiento será nulo en caso de extrema pequeñez del quiste, pero si éste adquiere un volumen exajerado que pueda dificultar el parto, nos decidiremos por la intervención quirúrgica. No basta puncionar el quiste y hacer salir el líquido que contiene, pues de este modo el tumor se reproduce; lo mismo diremos de la incisión simple y por tanto será preciso apelar á recursos más enérgicos. En este concepto emplearemos la excisión total ó parcial del quiste; la primera es muy hacedera en los quistes vulvares, no así en los vaginales en los que muchas veces ofrecería más gravedad que el mismo mal. Excíndese el quiste por cada lado en una gran parte de su pared por medio de la tijera; la mitad externa se corta y la profunda queda adherida. Para que el quiste no se reproduzca rellénase la otra mitad con gasa convirtiendo en abierta la superficie cerrada; la membrana quística se convierte en granular y se forman ulceraciones que curan por segunda intención y con bastante rapidez. Si la membrana quística no está adherida á la mucosa vaginal, se procurará la adherencia por medio de puntos de sutura. En cuanto á la extirpación total exige la anestesia y no carece de ciertos peligros.

Existen otras neoplasias benignas de forma más rara, entre las que encontramos los fibromas. De estos tumores puede decirse lo mismo que hemos explicado en los quistes, pues su importancia depende del volumen que alcancen. Su curso es lento y son incurables espontáneamente por lo que no hay más recurso que la extirpación. Hay un tumor más frecuente y es el lipoma de la vulva, de diagnóstico fácil y cuyo único tratamiento es asimismo la extirpación.

Las neoplasias malignas ofrecen un carácter muy distinto de todos los que hemos estudiado. Derivan del tipo epitelial ó del conjuntivo; en el primero tenemos el epiteloma y carcinoma de la vulva, en el segundo el sarcoma. El epiteloma y el carcinoma pueden presentarse primitivamente en la vulva y vagina; la primera localización es la más frecuente, pues el epiteloma primitivo de la vagina pocas veces se descubre. Los sarcomas aparecen raramente en la vulva con carácter primitivo, en cambio son más comunes en la vagina.

El epiteloma y el carcinoma de la vulva se presentan con relativa frecuencia y afectan dos formas principales, la corrosiva y la hipertrófica. La primera destruye los tejidos y aparece, por lo común, hacia la horquilla y en el punto de unión de la mucosa vaginal con la piel de la vulva, de la misma manera que el cáncer labial se presenta en la unión de la piel con la mucosa de aquel nombre. Aparece primero una induración que interesa el tejido dérmico, que se presenta indolora ó dolorosa, hasta que se ulcera en forma parecida á la del estiomene, debajo de la cual encontramos la placa indurada característica. En la forma hipertrófica la placa es extensa y la ulceración pequeña, no tardando en aparecer infartos ganglionares hacia la ingle que servirán para diferenciarla del estiomene.

Respecto á síntomas hay formas poco dolorosas por desgracia, puesto que la enferma no da importancia al mal y solo cuando aparecen las complicaciones acude al ginecólogo, cuando ya es tarde para remediarlo. El pronóstico no solo es grave sino mortal de necesidad.

Puede recurrirse al tratamiento paliativo que consistirá en modificar la úlcera, calmar los dolores, limpiar las superficies ulceradas, etc... con lo cual solo logramos que la enferma dure más, pero acabará por morir. Si observamos la afección en tiempo hábil, acudiremos al tratamiento *radical*, mal llamado así, porque no siempre lo resulta: de todos modos, como lo importante del diagnóstico es explorar los ganglios para la intervención quirúrgica, si dichos ganglios están infartados, todo cuanto hagamos será inútil, pues la neoplasia se reproducirá indefectiblemente. La operación será valiente y se practicará con el bisturí, adoptando en cada caso el procedimiento más adecuado. Los resultados inmediatos del acto operatorio son buenos, en cuanto á los definitivos, por lo general, deberemos desconfiar, pues la neoplasia se reproduce fácilmente *in situ* ó en un lugar distante del punto primitivo. Aunque este es el único tratamiento de que disponemos no podremos emplearlo mucho porque en general vemos las neoplasias tarde.

Entre las neoplasias malignas de la vagina tenemos el epiteloma y el carcinoma que existen con poca frecuencia, en forma circunscrita ó difusa, corrosiva ó excrescente, cuyo curso y tratamiento son iguales á los de las neoplasias vulvares de la misma índole.

En época muy temprana de la vida puede presentarse el sarcoma de la vagi-

na con carácter primitivo. Esta enfermedad es la más maligna que conozco, la intervención quirúrgica más arriesgada no solo es impotente para salvar á la enferma, sino que muchas veces no basta para retardar siquiera el curso de la dolencia.

Existen en el aparato genital alteraciones circulatorias de poca importancia, como las varices, que siendo raras en las nullíparas son bastante frecuentes en las múltiparas, presentándose asimismo durante el embarazo. Consiste la afección en que los plexos venosos superficiales se dilatan y de aquellos especialmente los correspondientes á los labios mayores. La causa productora debe buscarse en la multiparidad y en cuanto á las molestias que la enfermedad ocasiona son pocas y solo cuando se forma un tumor varicoso puede sentirse aquella incomodada. Tienen las varices vulvares un curso crónico y se agravan con la repetición de los embarazos y partos. Poco podremos hacer en el tratamiento, pues, habiendo un trastorno en la circulación venosa, que tal vez alcanzará mucha importancia, nada podremos intentar directamente. Puede usarse un tratamiento radical, cual es la extirpación, en los tumores varicosos, pero esto es poco común y por lo general, la compresión moderada, los baños astringentes con agua fría ó soluciones de tanino ó ratánia, que constreñirán los vasos, pueden concurrir á obtener un buen resultado obrando como medios paliativos.

Otra alteración circulatoria aunque de menos interés, es el trombus vulvovaginal, que generalmente obedece á una causa traumática. Las arterias y venas profundas se desgarran sin herida de la piel y como el tejido celular es laxo, fórmase un coágulo que constituye el verdadero trombus. Este puede presentar distintos caracteres, estando reducido á pequeñas equimosis que se reabsorberán con presteza ó determinando grandes lesiones, v. gr.: cuando recae en arterias de grueso calibre, en cuyo caso aumentando la hemorragia, el tumor subcutáneo va creciendo y puede obligarnos á intervenir quirúrgicamente. Lo mismo diremos cuando el trombus sigue un curso progresivo, cuando ocasiona dolores ó determina hemorragias considerables; en todos estos casos, el mejor tratamiento es incidir el trombus, sacar los coágulos y dejar la superficie al descubierto. Por lo general basta con lo que hemos indicado, pues raras veces tendremos que acudir á la ligadura del vaso lesionado. La incisión y el taponamiento bastan en los casos ordinarios.

Lección XXVIII

Ligero estudio de las enfermedades uretrales y vesicales en la mujer (cistitis, neoplasias y cálculos vesicales).—Incontinencia y retención de orina.—Ligero estudio de las afecciones ano-rectales más relacionadas con la Ginecología.

Antes de pasar al estudio de las enfermedades del útero, diremos algo de ciertos síntomas de los aparatos urinario y rectal que se relacionan con afeccio-

nes del aparato genésico. En el primero pueden reconocerse alteraciones de la vejiga que deben investigarse para saber si dependen ó no de lesiones genitales; estas alteraciones son la micción dolorosa ó tenesmo vesical, la incontinencia de orina y la retención de este líquido. Estos tres fenómenos que comprenden la inmensa mayoría de trastornos funcionales de la vejiga, tienen gran valor y responden muchas veces á desórdenes del aparato genital. El primero de estos fenómenos ó sea el tenesmo vesical, consiste en molestias que experimenta la mujer en el acto de expulsar la orina; esta incomodidad puede residir en diversos sitios, ya localizada, ya difundida á todas las regiones uretral y vesical. Lo que debe hacer el ginecólogo en estas ocasiones es inquirir datos para descubrir el origen de la afección. Hay una serie de afectos genitales, de la vejiga y uretra, que pueden desarrollar este tenesmo; las uretritis, cistitis, neoplasias de la vejiga y uretra, cálculos, son capaces de desarrollar estos trastornos. Los tumores erectiles de la uretra producirán la localización del dolor en estas regiones. Al presentarse los síntomas indicados, deberemos buscar si existe algún otro que permita fundar el diagnóstico; si á la entrada de la uretra se halla un tumor eréctil que se revela por una excrescencia de color rojizo y que sangra fácilmente, más ó menos doloroso, etc... no pensaremos en una afección del aparato genital; si hay señales evidentes de uretritis y ésta reviste la forma hipertrófica, el conducto se halla engrosado y tampoco dependerá en tales casos de lesiones genitales.

Si se trata de una cistitis la orina no ofrecerá los caracteres normales, por el contrario se presentará enturbiada por moco, pus ó sangre según la forma; en una palabra, las orinas turbias nos harán pensar en enfermedades urinarias y no genitales. El hecho es sumamente fácil de apreciar y servirá para distinguir estos afectos de muchas alteraciones uterinas que pueden ocasionar los mismos síntomas. La exploración vesical nos privará de caer en error.

Cuando existen neoplasias ó cálculos, los fenómenos son muy variables. Es raro que exista un cálculo sin determinar cistitis y lo regular es que esta se presente con sus caracteres típicos. Con todo, bueno es saber que existen cálculos vesicales inofensivos para la mucosa. El tenesmo es lesión tan frecuente en los cálculos como en las neoplasias, sólo que en estas últimas aparece un síntoma distintivo, á saber las hemorragias, que no se presentan tan fácilmente en los cálculos. Así pues, frente á un caso caracterizado por orina clara, tenesmo vesical y hematuria, sospecharemos la existencia de una neoplasia. Una enfermedad del aparato genital jamás ocasiona hematuria. Cuando exista tenesmo y micción frecuente sin hematuria ni señales de moco ó pus en la crina y dudemos acerca del origen de la afección, el tacto vaginal y el cateterismo, pueden sacarnos de dudas. Por este último medio podremos descubrir si hay cálculos gracias al contacto con la sonda.

Si la orina permanece normal en sus propiedades físicas y químicas, existiendo los demás síntomas indicados, ó bien se trata de una alteración depen-

diente de estados generales ó de un estado local del aparato genésico. Entre los primeros deben contarse la neurastenia y ciertas afecciones medulares poco frecuentes en la mujer; el carácter de estos trastornos es su versatilidad, pues unas veces desplegarán fenómenos patológicos de inusitada fuerza y otras calmarán por completo. Un síntoma muy notable consiste en la absoluta tranquilidad que gozan las enfermas durante la noche, duermen del modo más sosegado y despiertan por cualquier causa menos por el tenesmo vesical que las incomoda de día. En cambio si los fenómenos continúan por la noche, conservando la orina sus caracteres normales sospecharemos que se trata de alteraciones útero-ováricas. Con lo dicho creemos que hay lo bastante para diferenciar las alteraciones urinarias de las genitales.

Tócanos ahora hablar de otro trastorno más frecuente en la mujer que en el hombre; me refiero á la incontinencia de orina, que puede ser verdadera y falsa. En la primera, hay relajación del esfínter vesical y la orina va saliendo á medida que se va segregando, en cambio en la segunda, el líquido sale por rebosamiento, puesto que hay retención de orina y la vejiga enormemente distendida no puede contener más, de manera que al llegar más líquido por los ureteres, una parte de aquel enfla por la uretra. Distingúense ambas formas porque en el primer caso no encontraremos nada en la vejiga, mientras que en el segundo se percibe claramente un tumor. Por lo común la incontinencia obedece á trastornos nerviosos centrales, y se comprende, pues el centro génito-espinal que regulariza la acción del esfínter excitado por la plenitud de la vejiga, despertando el reflejo que produce la relajación del esfínter, puede presentar ciertas alteraciones, lo mismo que muchos órganos nerviosos centrales, ocasionando el fenómeno que estudiamos.

No es mucho el valor diagnóstico de este síntoma, que se observa coexistente con manifestaciones neurósicas locales y generales, y con más frecuencia en los que revisten poca importancia. La forma de incontinencia nocturna, tan rara en el hombre como frecuente en la mujer, consiste en el desigual funcionalismo del centro génito-espinal, según sea de día ó de noche; aparece en la infancia y desaparece ó continúa al llegar la pubertad. Los centros cerebrales encargados de avisar la conciencia, no están bastante desarrollados y la enferma no despierta. ¿Tendrá relaciones esta enfermedad con el aparato genital? La idea de que ha de desaparecer al llegar la pubertad tiene su fundamento, por ocurrir así algunas veces; esto parece autorizar la opinión de ciertas relaciones con el aparato genital que sólo se comprenden suponiendo que el desarrollo del susodicho aparato impresiona los centros reflejos. Habrá una sacudida de los centros urinarios, se avivarán quizás por haberse desarrollado los centros genitales que están en su vecindad y entonces responderán á la acción refleja durante la noche, como no lo habrán hecho hasta aquel momento.

El pronóstico no es grave, pues podemos hacer mucho para corregir la enfermedad. Muchas se curan al llegar á la pubertad y otras se restablecen por

medio de un buen plan higiénico y farmacológico. La enferma deberá pasear al aire libre y usar de alimentos abundantes, se la aconsejará la micción antes de acostarse y durante los primeros días se hará que despierte cada tres horas para estimular los centros nerviosos. El tratamiento interno, consistirá en propinar á la enferma unas píldoras compuestas de 10 ctg. de bromuro de hierro, medio ctg. de extracto de belladona y 1 ó 2 de extracto de nuez vómica. Con las precauciones indicadas y repitiendo con constancia la medicación indicada, á los 15 días pueden obtenerse resultados positivos. El modo de obrar de los medicamentos indicados, debe buscarse en la acción de los mismos sobre los centros nerviosos. Recuérdese siempre que al llegar las enfermas á los 25 ó 30 años, nuestra intervención será ineficaz por regla general.

Existe, por fin, otra alteración consistente en que la orina queda retenida, lo cual acusará afectos del aparato genésico, puesto que en la mujer no aparecen como en el hombre estrecheces de la uretra, gracias á la disposición especial de este conducto, y por tanto no debe contarse con ellas. El esfínter vesical tampoco se pone tetánico durante días, así es que cuando haya retención de orina sospecharemos un afecto genital; con esta precaución nos evitaremos groseros errores de diagnóstico. Aunque algunas veces la mujer sufre retenciones de orina que no son debidas al aparato genital, tampoco lo son al aparato urinario, puesto que dependen de los centros nerviosos. No es extraño que busquemos las causas de la retención urinaria en el aparato genital, pues las afecciones de éste capaces de producirla son innumerables.

El ano y el recto guardan tales relaciones de vecindad con el aparato genital, que sus afectos muchas veces se confunden con los de este último. Muchas enfermedades del ano y recto debe conocerlas el ginecólogo, no sólo porque será consultado muchas veces acerca de ellas, sino para evitar confusiones. A semejanza de lo que ocurre en la vejiga, preséntanse por parte del recto alteraciones funcionales que sólo dependen del aparato genital y el ginecólogo debe distinguirlas de aquéllas que no reconocen tal origen. La dificultad en la defecación y la defecación dolorosa, lo mismo pueden ser debidas á lesiones del recto y ano que á enfermedades genitales. Las enfermedades del recto que producen estos síntomas consisten en neoplasias ó estrecheces, las cuales son frecuentes en la mujer, determinándolas muchas veces las lesiones terciarias de la sífilis. Las referidas estrecheces oponen obstáculos al paso de las materias fecales y pueden diagnosticarse por el tacto rectal, que nos hará descubrir el sitio de la lesión y la forma de ésta, que viene constituida por una cicatriz circular que disminuye el calibre del recto, dura é inextensible. En ocasiones la defecación difícil es causada por neoplasias rectales de índole maligna generalmente, y que forman una masa dura circunscrita ó difusa, pero no extendida á todo alrededor del recto, abollada y sangrando fácilmente. La obstrucción completa no la hallamos en tales casos, pues el recto no la tolera, ocasionándose entonces un cuadro del todo distinto. En ciertos casos las alteraciones del recto dependen

de otra clase de tumores, de carácter benigno, v. gr.: los hemorroidales que asientan en el mismo orificio del ano y debajo ó encima del esfínter, más ó menos voluminosos y que sangran durante la defecación; el sencillo tacto rectal basta para diagnosticar el proceso.

Otra enfermedad que determina los mayores dolores durante y después de la defecación es la fisura del ano, que consiste en una grieta al nivel del esfínter del ano y es de poca extensión, se dirige hacia adentro, tiene forma longitudinal é interesa sólo la mucosa, fijándose en una base de induración. Es la enfermedad más dolorosa del recto y enfermas hay que sólo por ella llegan á la caquexia, pues no comen para no tener que defecar, tantos son los tormentos que sufren durante este acto. Este síntoma junto con la falta de dolor después y su reaparición en las mismas circunstancias, basta para auxiliar el diagnóstico. Por lo demás, el tacto será mejor que la vista para reconocer la grieta, atendida la pequeñez de ésta; obsérvese una excoriación sobre una línea indurada y al introducir el dedo lo mismo que al comprimir el punto afecto aparecen agudos dolores.

Téngase en cuenta lo que ya hemos indicado respecto á las enfermedades genitales que pueden ocasionar los síntomas antedichos. Así tenemos la retroflexión del útero, que comprimiendo el recto puede dificultar la defecación; algo por el estilo ocurre en la ovaritis, pelvi-peritonitis, supuración del ovario, etcétera...

Preséntanse algunos fenómenos caracterizados tan sólo por dolor que tiene localizaciones especiales. Así en el cóccix aparece la llamada *coccigodínea*, que se aviva y exalta por la defecación, por los roces, golpes, etc... Créese ligada con afectos genitales y la enferma refiere el origen de su mal á un parto anterior y en todas las obras de Ginecología se estudia como neuralgia ligada con desórdenes en el aparato generador, especialmente con los de orden neuropático. ¿Es simplemente una afección neurálgica? A veces sí, pero, en cambio otras se relaciona con verdaderos daños en la región, fracturas por distensión exagerada, etc... y raramente depende de un afecto rectal.

El tratamiento de la *coccigodínea* debe ser el de toda afección neurálgica, apurar la medicación calmante y si es debida á un estado constitucional como el reumatismo, instituir el tratamiento conveniente. Pueden aplicarse enemas laudanizados, sesiones de galvanización y en último extremo puede acudirse á la extirpación del cóccix, operación que no es difícil ni grave. Basta con esto para diferenciar las enfermedades rectales de las de origen genital aun cuando den síntomas por parte del ano y recto.