

Etiología y patogenia. — Desde luego cabe distinguir un vaginismo *sintomático* y un vaginismo *esencial*. En el primero existen lesiones locales que explican la enfermedad; en el segundo, ó *verdadero vaginismo*, no guardan relación las alteraciones locales con la intensidad de los síntomas, y se trata, por tanto, de una verdadera neurosis genital. La mayoría de vaginismos pertenece á la primera categoría.

Las vulvitis agudas, sobre todo las que presentan ulceraciones superficiales, y particularmente las crónicas con análogo sello anatómico, provocan el vaginismo por un mecanismo bien sencillo. El contacto del pene ó de cualquier cuerpo extraño despierta dolor, que se traduce en reflejo y espasmo del constrictor de la vagina ó bulbo-cavernoso, del transverso del periné, del isquio-cavernoso y del elevador del ano; á veces esta contractura se extiende á los adductores del muslo; resulta de ello que la vulva se cierra, y si existe contractura de los adductores, ésta, por aproximación de los muslos, impide el acceso á la región vulvar.

De igual manera que obra la vulvitis, obran las llamadas grietas de la vulva, que no son más que pequeños desgarros ó escoriaciones en la entrada de la vagina ó en la región del himen, infectadas, y por tanto dolorosas, que no se cicatrizan por la repetición de la causa que las originó ó que se reproducen una vez cicatrizadas, perdurando, por tal mecanismo, la dolencia.

Se ha señalado como causa del vaginismo la resistencia del himen y su irritación por las tentativas de coito repetidas infructuosamente; en realidad el hecho existe, pero la interpretación raras veces es exacta, supuesto que casi siempre en estos casos la resistencia del himen es relativa á la potencia del varón en los primeros coitos; en muy contadas ocasiones el himen ofrece una resistencia absoluta bastante á oponerse á la realización del coito cuando el varón actúa con la acometividad debida. La infección de la herida himenal, después de la desfloración, es causa frecuente de vaginismo.

También se ha señalado como causa de vaginismo la desproporción entre el volumen exagerado del pene y la magnitud reducida de la vulva y vagina. No negaré que pueda existir en parte esta desproporción, pero sí haré constar que no la he visto hasta el punto de no poderse lograr una regular adaptación; en estos casos, la causa es distinta y más profunda, como luego indicaré, pero esta explicación es agradable al vulgo, sobre todo á los interesados, y cómoda para el médico que no se ha entretenido en hacer un estudio de tan importante asunto.

Las vaginitis y toda clase de flogosis genitales agudas y crónicas (metritis, celulitis, pelvi-peritonitis, anexitis) pueden ocasionar el vaginismo, lo mismo que las desviaciones del útero.

La posición de la vulva muy acentuada hacia atrás, presentando dificultades á la fácil introducción del pene, es causa de que éste, percutiendo sobre la uretra y vestibulo vulvar en sus tentativas de introducción, origine fenómenos irritantes que dan lugar al vaginismo. Creo que Schröder ha exagerado la importancia de esta causa (1).

En todos estos casos el vaginismo es secundario y obedece á una causa real,

(1) SCHRÖDER: *Maladies des organes genitaux de la femme*, pág 534.

á condición de que exista por parte de la enferma predisposición innata ó adquirida á las neurosis genitales, pues de otro modo las manifestaciones quedan reducidas á la dispareunia ó dolor durante el coito; en este dolor se encuentra el origen del vaginismo, por el miedo que en las enfermas despierta la repetición del acto sexual, y á poco que otras causas obren para favorecer su desarrollo, se constituye el vaginismo esencial.

En el vaginismo esencial no encontramos causa local que lo explique: queremos reconocer á la enferma y la exploración resulta imposible; la sometemos á la acción de los anestésicos y encontramos órganos genitales bien conformados que no ofrecen alteración ninguna patológica, y sin embargo, el menor contacto de cualquier cuerpo extraño en la vulva despierta inmediatamente el espasmo doloroso de los músculos antedichos, que á veces se generaliza al resto del organismo en forma de ataques convulsivos imponentes.

Entre los muchos autores que tratan del vaginismo, sólo recuerdo á Gallard en Francia (1), Churchill en Inglaterra (2) y Veit en Alemania (3), que dan la importancia debida al estudio de su verdadera patogenia. Téngase en cuenta que en el coito intervienen dos factores: la hembra y el varón, y que ambos pueden influir en la aparición del vaginismo, y aunque con predominio de uno ú otro de los dos, ambos contribuyen á que sea posible su aparición.

No he de repetir lo que en páginas anteriores dejo consignado acerca del coito incompleto, por lo que á la mujer se refiere. Muchas veces llega la mujer al cumplimiento del deber matrimonial mal preparada para un acto tan importante: con predominio del sistema nervioso, exagerado por la educación y las costumbres, con una sensibilidad exaltada rayana en irritabilidad, y á consecuencia de todo ello, una anafrodisia más ó menos acentuada; á veces todo el cuadro sostenido y aumentado por hechos de herencia neuropática. El sobresalto y el temor que instintivamente despiertan en la mujer las primeras relaciones sexuales, la colocan en un estado de ánimo que no es el más á propósito para que el acto conyugal sea fructífero y completo. En tales condiciones, el varón acomete, con la impetuosidad propia de un deseo largamente contenido y á menudo avivado por una continencia prolongada, de una manera brusca y violenta. Cierta defensa, propia y natural por parte de la hembra, opone algún obstáculo, que no es vencido con la premura que demanda la exigencia de la excitación erótica del varón, y el coito queda incompleto, habiendo sufrido la vulva y el himen un traumatismo doloroso que ocasiona tan sólo pequeños desgarros, pero no una rasgadura completa del himen, dejando á la mujer un recuerdo amargo del acto, sin la compensación propia ni la ajena, porque el marido se encuentra molesto por un acto que ha resultado incompleto. Las tentativas se renuevan, con mayor sensibilidad dolorosa por parte de la mujer y una excitación mal reprimida por parte del marido, que nunca, siendo el más culpable, cuenta con él para la resolución del problema. Si en las tentativas sucesivas no se logra pronto el cumplimiento completo de la cópula, se desarrolla localmente una irritación dolorosa de los genitales y un estado moral depri-

(1) GALLARD: *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 1879, pág. 46.

(2) CHURCHILL: *Traité pratique des maladies des femmes*, 1881, pág. 157.

(3) VEIT: *Enciclopedia de Ginecología*, tomo III, pág. 206.

mente, con exaltación del sistema nervioso, que crean localmente el espasmo vaginal y, en el organismo, la parte importante que con sus ataques histeriformes toma en el vaginismo: á la vez el marido recela de su potencia genital, entra también en irritabilidad, de la cual culpa á su cónyugue, y la situación se hace por todo extremo insostenible. Por vergüenza y recato mal comprendidos, uno y otro sobrellevan mientras pueden la situación, hasta que, siempre por regla general tardando mucho, se consulta al ginecólogo ó bien renuncian á las relaciones sexuales, substituyéndolas por un platonismo ó por desviaciones eróticas, de las que con tanta precisión y exactitud habla Eulembourg, si no conduce todo ello á desviaciones del hogar conyugal por parte del marido, incomprendibles muchas veces por lo precoces. Llegadas á tal punto las cosas, el vaginismo se hace permanente, hasta que una intervención oportuna establece la normalidad, cosa que no suele ser difícil.

El cuadro anterior podrá parecer exagerado á quien no conozca estas cuestiones; puedo responder de la exactitud del mismo por algunas observaciones clínicas bien recogidas y meditadas, y lo veo comprobado también en los escritos citados de Veit y Gallard, creyendo, como indica Churchill, que el único obstáculo para que los autores estudien á fondo este asunto consiste en la dificultad de recoger observaciones, y todavía más de relatarlas y tratar asuntos tan delicados en lenguaje conveniente. Con todo, difícil ó no, no quiero pasarlo en silencio, dada la grandísima utilidad que su conocimiento puede reportar.

Como se ve, la historia que acabo de relatar ocurre entre individuos sin precedentes marcados que indiquen la facilidad con que puede presentarse el vaginismo: tan sólo una falta de coincidencia ó reciprocidad en el cumplimiento de las funciones sexuales es el origen de trastornos de tanta cuantía.

En otros casos puede preverse, casi con seguridad, el desarrollo de tales disturbios, porque hay individuos de uno y otro sexo que por sus antecedentes y su estado actual llevan el germen que ha de dar origen al vaginismo en mayor ó menor grado.

Cuando la mujer entra en el desarrollo de las funciones sexuales llevando ciertas taras, es muy de temer el vaginismo. Un hecho relativamente frecuente puede ser origen del mismo: el onanismo algo inveterado, aparte de la aversión que despierta hacia las relaciones sexuales normales, crea en la zona genital una sensibilidad exagerada y perturbadora, y á poco que la enferma tenga tendencia á las manifestaciones neuropáticas ó concurra para el establecimiento de las relaciones sexuales alguna violencia moral ó física, aparece el vaginismo con gran intensidad. Lo mismo que digo del onanismo puede decirse de toda desviación de la sensibilidad erótica ó del apetito sexual, desarrollada con anterioridad por virtud de hábitos tan censurables como poco frecuentes y cuyo estudio no es propio de este sitio. Existen en estos casos verdaderas neurastenias del aparato genital, que pueden trascender al organismo creando verdaderos estados psicopáticos los más variados y aberrantes, que suelen distinguirse por su rebeldía é incurabilidad.

Por parte del hombre existe un fenómeno relativamente frecuente y que constituye una de las causas más comunes del vaginismo. La impotencia relativa, permanente ó pasajera, y que se presenta por tan múltiples y variadas causas, constituye al varón en un estado excepcional, en el que, sin que dejen

de tener lugar las relaciones sexuales, no se verifican de una manera regular y completa; sea que la erección sea deficiente, y, por consecuencia, faltada de energía para realizar la parte mecánica del coito de una manera perfecta, sea que una excitabilidad exagerada destruya la cronología de los diferentes períodos del coito fisiológico haciéndolos sub-intrantes, los efectos son los mismos: un coito incompleto, con todas las consecuencias que en otro sitio dejo apuntadas, y además sobre los genitales femeninos, todos los efectos de un acto traumático, que no produciendo los efectos propios de dilatación de las partes y destrucción del himen, ocasiona fenómenos irritativos cuya repetición origina en los pequeños labios y bordes del himen una sensibilidad dolorosa que hace el coito repulsivo é intolerable. Poseo la observación de una viuda que en su primer matrimonio, que duró cuatro años, no sufrió el menor síntoma de vaginismo y tuvo un aborto de cinco meses, y al cabo de seis meses del segundo sufría vaginismo intenso, ocasionado por la causa que acabo de indicar.

Se deduce de lo que dejo expuesto cuán variada y distinta será la etiología y patogenia del vaginismo, y si el ginecólogo quiere que su intervención sea provechosa en casos de esta índole, debe siempre indagar, con la reserva conveniente, y á veces adivinar, cuál es el verdadero origen de la dolencia, sin olvidar que, por regla general, el hombre, que casi siempre en estos casos se presenta como víctima, es el principal causante de una situación por demás angustiosa.

Síntomas y diagnóstico.— Los principales síntomas del vaginismo son el *dolor* y el *espasmo* de los músculos pelvi-genitales en el acto del coito, que también son provocados por la introducción en los genitales de cualquier cuerpo extraño, como los dedos ó un espéculum, al ir á practicar un reconocimiento.

Uno y otro síntomas son muy variables en su intensidad. El dolor presenta todos los matices: desde una sensación dolorosa en la región vulvar, que se irradia á toda la pelvis, pero que puede hacerse tolerable con fuerza de voluntad por parte de la paciente, hasta manifestaciones dolorosas que las enfermas recuerdan con horror, poniéndose angustiosas con sólo pensar en la repetición del acto. El espasmo no es menos variable: á veces el constrictor de la vagina sufre un espasmo de regular intensidad, pero que cede fácilmente á la acción dilatadora del pene ó de un medio de exploración, desapareciendo casi por completo, y en ocasiones cierra la vulva de manera que hace imposible de todo punto la menor tentativa de dilatación ó de introducción de un cuerpo extraño, por reducido que sea su tamaño; he visto un caso tan pronunciado, que al practicar un reconocimiento no pude pasar hacia la vagina el histerómetro; al intentar introducir dicho instrumento, la enferma gritó horriblemente y fué presa de un ataque convulsivo.

En los casos acentuados el dolor se irradia á todo el abdomen y á los muslos y el espasmo se generaliza al resto del organismo: á veces sobreviene un verdadero ataque de histerismo de forma variada. Todo ello imposibilita el coito.

Por consecuencia de los distintos matices que ambos síntomas pueden presentar, cabe establecer distintos grados de vaginismo: 1.º, el coito resulta mo-

lesto y doloroso, pero tolerable, y la enferma sobrelleva la situación; 2.º, el coito resulta lo bastante doloroso y molesto para que la enferma rehuya toda ocasión y pueda tan sólo realizarse en contadas ocasiones, desarrollándose un estado moral deprimente; 3.º, el coito es siempre absolutamente imposible y la mujer se ve privada de toda relación sexual.

Fácilmente se pasa de un grado á otro, sobre todo del primero al segundo; en cuanto al tercero, ya es más raro su desarrollo.

El diagnóstico de estos distintos grados no es difícil: la anamnesis, no siempre clara, como se comprende fácilmente, suele indicar la violencia del vaginismo. La exploración procura datos completos la mayor parte de veces. En el primer grado, puede el ginecólogo hacer la exploración digital con los dos dedos, si procede con suavidad, y le es fácil apreciar el espasmo de la entrada de la vagina, á la vez que la enferma acusa dolor: dolor y espasmo que ceden fácilmente cuando provoca una dilatación con los mismos dedos. En el segundo grado sólo podrá el ginecólogo comenzar la exploración por el tacto uni-digital, y á él quedará reducido el examen en algunas ocasiones; las más de las veces se establece cierta tolerancia, y aunque con protestas por parte de la enferma, pueden introducirse los dos dedos; al practicar las tentativas de dilatación digital se logra á veces vencer el obstáculo y otras hay que renunciar de momento á tal exploración. En el tercer grado toda exploración es imposible, y tan sólo la anestesia general profunda permite un examen completo y da la certeza de que no existen anomalías de constitución anatómica ni enfermedades que expliquen tal desarreglo (1).

Lo que más interesa es establecer el diagnóstico entre el vaginismo esencial y el sintomático. La exploración bien practicada es siempre posible en este último, y gracias á ella, podremos averiguar la causa del vaginismo para combatirla debidamente. Muchas veces la sola inspección de los genitales externos descubre una vulvitis ulcerosa, que explica sobradamente la dolencia; otras veces es una vaginitis ó bien un proceso irritativo en las carúnculas ó en el himen, que todavía persiste, lo que nos da cuenta de la situación. No se olvide que muchas enfermedades del aparato genital pueden originar el vaginismo como síntoma de su existencia.

Debe establecerse también el diagnóstico diferencial entre el vaginismo y las dificultades mecánicas que pueden existir para la realización del coito. Un himen sobradamente resistente (caso realmente raro), una estrechez ó imperforación vaginal, la existencia de un tumor que obstruya la vagina y tenga su asiento en la misma vagina ó en los órganos pelvianos profundos, pueden ori-

(1) Otro síntoma común, casi constante en el vaginismo, es la esterilidad. No debe darse como síntoma absoluto, pues algunos autores citan casos en los que sin coito verdadero, depositado el semen en la vulva, pudo filtrar hacia la vagina y llegar á las partes profundas. Poseo una de estas observaciones: se trataba de una señora que llegó á los cuarenta y tres años de edad, llevando veintidós de matrimonio, con integridad completa del himen, el que tenía una sensibilidad tan exagerada que no toleraba el contacto de cuerpo alguno; esa integridad é irritabilidad del himen las creí producidas por un fimosis que tenía el marido, que ocasionaba una impotencia parcial. Nunca hubo otras aproximaciones que coitos vulvares, y con todo pude diagnosticar un embarazo, con sorpresa de ambos consortes, á quienes en las consultas que habían hecho á distintos médicos se les había asegurado la imposibilidad de la concepción por ambas partes.

ginar una dificultad en la realización del coito, que simule el vaginismo, sobre todo si á este obstáculo se añade que la enferma experimenta dolor en las aproximaciones sexuales, lo que es muy frecuente. Téngase en cuenta que existen falsos obstáculos y podría decir falsos vaginismos. A veces acuden al ginecólogo individuos alegando que su mujer no está bien constituida y que el coito es irrealizable, y la enferma se queda sorprendida cuando el ginecólogo declara que no existe ninguna anomalía y que la constitución de las partes es perfecta; tales hechos obedecen á impotencia relativa del marido, que si él mismo la sospecha á veces, no quiere confesarla, y que no desarrolla en la mujer el cuadro de vaginismo que antes dejo descrito por falta de susceptibilidad en ésta para tales manifestaciones. El ginecólogo, al dar cuenta y razón del caso que se le somete en tales circunstancias, debe ser muy circunspecto en sus explicaciones. Con dejar bien sentado que no encuentra en la mujer anomalía ninguna, hace lo bastante para que ésta deje de ser la víctima, y como por lo común ambos interesados saben á qué atenerse, no suelen ir más allá sus exigencias indagatorias en busca de la causa de tales perturbaciones.

Debe también establecerse el diagnóstico diferencial entre el vaginismo y la dispareunia. En ésta el coito resulta doloroso á consecuencia de alguna ginecopatía, pero no existe la hiperestesia vulvar ni el espasmo propios del vaginismo. La exploración es siempre fácil y posible en los casos de dispareunia, con tal que el ginecólogo dirija su exploración de manera que evite la causa del dolor, lo que siempre es posible tratándose de un coito simplemente doloroso, en tanto que la hiperestesia y el espasmo aparecen siempre al menor contacto. Claro es que se confunden fácilmente tales términos, porque fácilmente la dispareunia conduce al vaginismo cuando la enferma ofrece predisposición á ello, pero no es menos cierto que se encuentran á menudo enfermas cuyo coito es doloroso y que, sin embargo, no sufren vaginismo.

Se ha descrito por algunos autores una forma de vaginismo que no es verdadero vaginismo, por cuanto no opone obstáculo al coito ni existe hiperestesia; existe tan sólo espasmo, pero este espasmo no es doloroso y aparece consecutivamente al coito, y como consecuencia del mismo, de modo que no es un obstáculo para la realización de este acto, sino una consecuencia anómala. Me refiero á la contractura del elevador del ano, que se presenta á veces á consecuencia del orgasmo venéreo, y que Hildebrand fué quien primero lo describió con el nombre de *penis cattivus*, porque sus efectos son la compresión y á veces la retención del pene; esa contractura no suele ser dolorosa para la mujer y sí para el hombre (1). Algunos han dado á esta contractura el nombre de *vaginismo superior*, denominación impropia, pues sin negar, todo lo contrario, que en el vaginismo tome parte el elevador del ano, en el llamado superior éste se contrae aisladamente de los músculos perineales, y no al comenzar el coito, sino al terminar. Algunas mujeres contraen voluntariamente el elevador del ano, pero, por lo común, dicha contracción es involuntaria y fisiológica, y cuando alcanza cierta intensidad, se convierte en contractura más ó menos sostenida que comprime fuertemente el pene pudiendo retenerle por algún tiempo, lo que justifica perfectamente el nombre de *penis cattivus* dado por Hildebrand.

(1) Véase pág. 26.

Fritsch (1) relata un caso de *penis cattivus* en el que tuvo que anestesiarse á la enferma é introducir un dedo en la vagina para dejar libre un pene que, enormemente congestionado y abultado, había quedado retenido por una contractura sostenida del elevador del ano: el coito se realizaba de pie, en un vestibulo, y los amantes fueron sorprendidos por espectadores; el sobresalto natural pudo ser causa de semejante accidente.

Curso y complicaciones.— Algunos casos son pasajeros y desaparecen espontáneamente, regularizándose las relaciones sexuales. Otros son persistentes y rebeldes, pero no es raro que triunfe por completo un tratamiento bien dirigido. Los casos de todo punto incurables que citan Sims, Fritsch y algunos otros son extremadamente raros, y más parecen corresponder á psicopatías que á trastornos genitales.

Las complicaciones del vaginismo no tienen importancia por lo que toca á trastornos del aparato genital, pero la perturbación que lleva á las relaciones sexuales trasciende fácilmente al estado general del organismo, y sobre todo, en el modo de ser de la vida matrimonial. La mujer adquiere tendencia á la hipocondría y á las más variadas manifestaciones neurasténicas, lo que á su vez influye en el modo de ser de la familia. Su importancia moral es mucha, aunque su influencia sobre las enfermedades del aparato genital sea poca.

Tratamiento.— El tratamiento la mayor parte de veces es por demás sencillo y eficaz. La base del mismo consiste en tratar debidamente toda lesión local que pueda haber originado el vaginismo, interrumpiendo las relaciones sexuales hasta la desaparición completa de la causa productora. Todos los vaginismos sintomáticos desaparecen con estos medios.

Cuando existe el verdadero vaginismo, hay que recurrir á dos indicaciones: una local, modificando la sensibilidad y la tendencia al espasmo de la zona genital, y otra causal, dirigida á hacer desaparecer la causa que lo motivó.

La indicación causal debe dirigirse en distinto sentido, según sea el mecanismo de producción; por lo que antes dije, bien se comprende que en ciertas ocasiones el mejor tratamiento consistirá en combatir la impotencia relativa que sufre el marido; otras veces bastará dar á éste un consejo oportuno sobre la manera de llevar á efecto las aproximaciones sexuales, habida cuenta, como antes dije, de que el varón raras veces es indiferente á la producción del vaginismo, sino que, por el contrario, es á menudo el más eficiente factor. Por lo que toca á la mujer, tratando de cumplir la indicación causal debemos recurrir á la sugestión hablándola con acento de seguridad del éxito que debe obtenerse; algunas veces basta esto, unido á las advertencias hechas al marido, para que desaparezcan vaginismos muy acentuados que no tenían otra base, por parte de la mujer, que un histerismo ó un fondo neuropático muy acentuado.

Comúnmente, á la vez que lo anteriormente dicho, debe procederse á un tratamiento local, cuya base consiste en la dilatación del conducto vulvo-vaginal. Se han propuesto muchos medios para lograrlo, recomendando la introducción de dilatadores graduados ó el empleo de pesarios dilatables de caucho, previa la

(1) FRITSCH: *Traité des maladies des femmes*, pág. 79.

aplicación de cocaína, para combatir la hiperestesia y facilitar la maniobra. Creo preferible á todos los medios mecánicos propuestos, proceder de la siguiente manera: después de un tratamiento previo dirigido á combatir los fenómenos irritativos, locales y á disminuir la sensibilidad dolorosa, se introducen uno ó los dos dedos en la vagina, según se hace para practicar un reconocimiento; dicha introducción debe hacerse siempre suavemente y sin ninguna violencia. Una vez introducidos uno ó los dos dedos, se siente perfectamente la compresión producida por el espasmo pelvi-perineal, ó bien se observa fácilmente cuando se practica la maniobra de dilatación, que consiste en verificar una compresión hacia abajo (enferma en posición vulvar) de manera suave y sostenida, de modo que la pared vaginal posterior resulte comprimida contra el recto y la horquilla contra el ano; dicha compresión es dolorosa, pero poco á poco va cediendo el espasmo y con él el dolor, y al final se ve con frecuencia una vulva que apenas permitía al principio la introducción de un dedo, admitir fácilmente tres ó cuatro ó un espéculum de Férussac de mediano calibre. A los tres ó cuatro días se repite la maniobra, que resulta ya más fácil, y así hasta tres ó cuatro veces, que por lo común bastan para disminuir la sensibilidad y la tendencia al espasmo, aunque no se borren por completo. Durante este tratamiento se prohíbe toda aproximación sexual, y después, infundiendo por todos los medios á los dos actores la seguridad de que el coito es posible y fácil, y que ya no existirá contratiempo, se aconseja la aproximación, cuyo éxito asegura una curación duradera.

Los casos en que la hiperestesia es tanta que no permite este tratamiento, son tributarios de la anestesia general y de practicar durante su acción la dilatación forzada de la vulva y vagina. Las recidivas que se observan después de este tratamiento, han determinado á los ginecólogos á poner en práctica medios más eficaces. Sims, habiendo visto un caso de vaginismo en el que, á pesar de realizarse el coito bajo la acción de la anestesia, en virtud del cual la enferma se hizo embarazada y tuvo un parto normal, reapareció el vaginismo, ideó sus incisiones á los lados de la horquilla para asegurar el efecto curativo; varios autores citan casos en que, habiendo recurrido á la anestesia y dilatación forzada, se reprodujo la dolencia. De aquí la conveniencia de poner en práctica las incisiones para asegurar el éxito; algunos recomiendan escindir el himen por completo ó los restos del mismo para separar la causa productora; creo, como Veit y otros, inútil esta intervención, pues las escoriaciones y grietas que puedan haber se curan pronto con el reposo y los medios apropiados. Estimo preferibles las incisiones de Pozzi, parecidas é inspiradas, sin duda, en la operación de Sims contra el vaginismo.

La operación de Pozzi consiste en anestesiar profundamente á la enferma y practicar la dilatación forzada de la vulva y vagina; en seguida se procede á la escisión del himen ó de sus restos (ya he dicho antes que creo inútil esta medida: en los casos en que he recurrido al procedimiento de Pozzi, he prescindido por completo de este tiempo); luego se trazan dos incisiones á cada lado de la vulva en la unión de los dos tercios superiores con el inferior (fig. 193), en dirección perpendicular á la inserción del himen; la longitud de estas incisiones es de unos cuatro centímetros y profundizan aproximadamente medio centímetro, haciendo de modo que media incisión corresponda á la vagina y la otra media á la vulva; se separan los colgajos por su parte media, de manera que la

mucosa vaginal venga á corresponder con la piel vulvar, y se suturan con puntos entrecortados (fig. 194). Con tales incisiones se da mayor amplitud á la entrada de la vagina, se cortan algunos filetes nerviosos y se trasplanta, á la zona de los reflejos, mucosa vaginal menos sensible, y á la vez se incinden todas ó parte de las fibras del bulbo cavernoso, con lo que se disminuye la propensión al espasmo.

Varios autores que han empleado el procedimiento de Pozzi se muestran satisfechos de sus resultados. Dos veces que he tenido que recurrir á la anest-

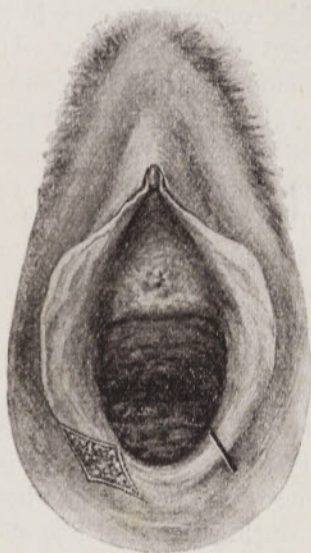


FIG. 193

Incisiones de Pozzi para el vaginismo.

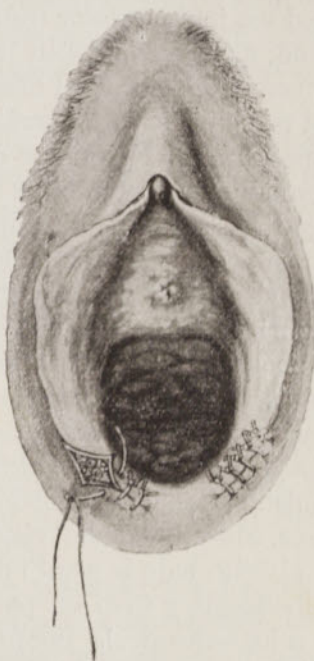


FIG. 194

Sutura de las incisiones.

sia para vencer un vaginismo, he empleado el desbridamiento de Pozzi precedido de la dilatación forzada; en un caso se trataba de una mujer casada hacía tres años durante los cuales no pudo efectuar un solo coito. Estando despierta la enferma, no pude introducir el histerómetro; no existía lesión ninguna, pero sí tan fuerte espasmo, que aun bajo la anestesia resultó dolorosa la dilatación; curadas las heridas del desbridamiento, pudo hacerse el reconocimiento bidigital; el coito fué fácil y completo, al año tuvo un parto normal y no se ha repetido la dolencia. En el otro, el vaginismo era tan intenso como en éste; su origen fué debido á un contagio blenorragico y á la irritabilidad ocasionada por impotencia relativa del marido; durante los seis primeros meses del matrimonio las relaciones fueron normales, sobreviniendo luego lentamente un vaginismo absoluto; la gonorrea parecía haber desaparecido cuando intervine, y el resultado fué y ha continuado siendo excelente, porque á la vez desapareció la causa que motivara la impotencia relativa del varón.

En todos los demás casos, bastante numerosos, he logrado la curación sin recurrir á este medio, pero no titubeo en aconsejarlo dada su perfecta inocuidad. Tillaux aconseja una incisión paralela al himen con el fin de interesar todos los filetes nerviosos y hacer desaparecer los reflejos; no he ensayado el procedimiento de Tillaux, el cual, por otra parte, no ha tenido la aceptación del de Pozzi, que tuvo su predecesor en la incisión en forma de **Λ** en la horquilla, propuesta y realizada por Sims.

Lomer ha propuesto la electricidad, que dice haberle dado resultado en dos casos; intenté aplicarla, siguiendo los consejos de Lomer, en uno de los dos á que me he referido, pero no fué tolerada y tuve que renunciar á su empleo.

ANOMALÍAS DE LA VULVA Y VAGINA

ANOMALÍAS CONGÉNITAS

Etiología y patogenia. — El origen de la mayoría de anomalías congénitas del aparato genital debe buscarse en la evolución del mismo durante la vida intra-uterina, y aun para aquellas que aparecen en el curso ulterior del desarrollo hasta que la función genital se establece, debe buscarse frecuentemente su causa en los trastornos de evolución que se iniciaron durante el período embrionario.

Es absolutamente indispensable, por lo tanto, hacer referencia á aquellos hechos más culminantes del desarrollo del aparato genital para comprender las anomalías del mismo, aun prescindiendo de detalles de embriogenia que no entran en el cuadro de una obra como ésta.

Bastará para ello que recordemos el estado del aparato genital en diferentes etapas de su desarrollo, que marcan hechos culminantes en la evolución genital.

1.º *Estado del aparato genital á la octava semana.* — En ese período de la vida intra-uterina el sexo no se ha determinado todavía y depende de la evolución ulterior de los diversos componentes del aparato genital. Al llegar á este tiempo de la vida intra-uterina se halla constituida la cloaca, en donde desembocan el intestino, la alantoides y el conducto genital, constituido por los conductos de Muller, adosados pero no fusionados, y los de Wolff, que todavía no se han atrofiado (figs. 195 y 196, A).

Para que los genitales externos lleguen á constituirse en dicha forma, ocurren fenómenos que interesa recordar para comprender algunas de las anomalías que pueden presentarse.

Antes de constituirse la *cloaca* existe la *cloaca interna*, separada del exte-

rior por la *membrana anal*. La cloaca interna, formada por la terminación del intestino, se tabica de manera que queda dividida en dos conductos: uno posterior, que con el tiempo será el *recto*, y otro anterior ó *seno uro-genital*, constituido por la alantoides, destinada á ser la *vejiga*, y en el que vienen á desembocar los conductos de Muller, destinados á formar la vagina, el útero y las trompas en la mujer y á atrofiarse en el hombre, los de Wolff, que se atrofian en la mujer, y los uréteres (figs. 195 y 197).

A la vez que esto ocurre por encima ó por dentro de la membrana anal, en la superficie ó parte externa de ésta se inicia el desarrollo de los genitales externos, formándose en el centro de la misma una depresión que pronto comunicará con los genitales internos para formar la cloaca (figuras 197 y 198). Por delante de esta depresión ó hendidura aparece el *tubérculo genital* destinado á formar el clítoris ó el pene, el *rodete genital* que rodea toda la cloaca y los *repliegues genitales*, uno á cada lado de la hendidura cloacal: el rodete y los repliegues están destinados á formar los grandes y pequeños labios en la mujer, el escroto y la uretra en el hombre (fig. 196).

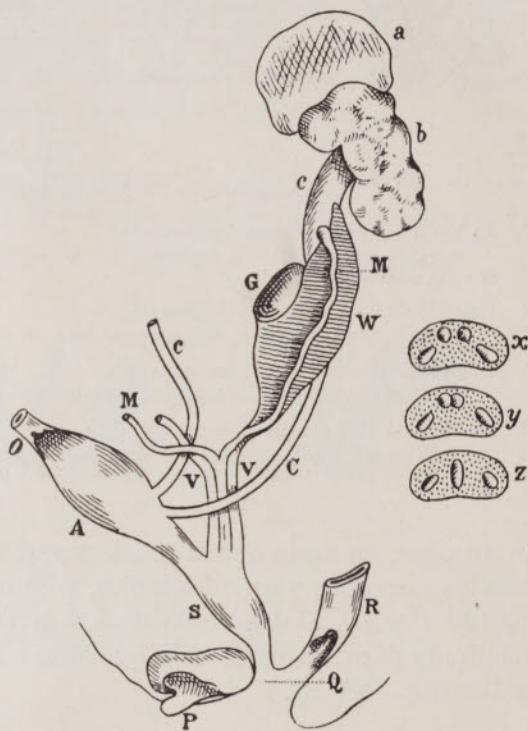


FIG. 195

Esquema de los órganos génito-urinaros del embrión antes de la diferenciación sexual (DEBIERRE).

2.º *Estado del aparato genital á la 12.^a semana.*—Por la parte interna los conductos de Muller se fusionan y empieza á dibujarse el cuerpo del útero; por fuera la cloaca se divide en dos

partes, gracias á la aparición del periné, que separa el seno uro-genital, que queda por delante, y el ano, que queda por detrás (fig. 199).

Los conductos de Muller se reúnen en su parte inferior para constituir un conducto único, pero tabicado, supuesto que el tabique desaparece más tarde; de modo que en este período de la vida intra-uterina hay una vagina doble, que se abre en la parte inferior de la vesícula alantoidea: el conducto genital es más pequeño que el urinario, porque en éste no ha empezado todavía á dibujarse la uretra. Por encima de la vagina mulleriana se dibuja á cada lado el cuerno uterino correspondiente y la trompa.

A la vez que esto ocurre en los genitales internos, separado el ano del seno

uro-genital, empiezan á dibujarse alrededor de éste los genitales externos; el tubérculo genital se hipertrofia más ó menos y dibuja la forma de un clítoris ó

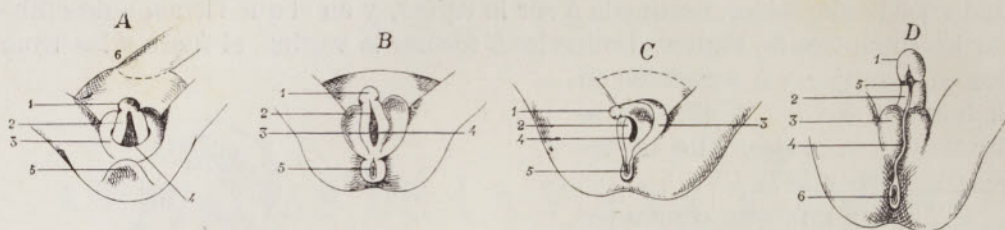


FIG. 196

Desarrollo de los órganos genitales externos (DEBIERRE).

- A. Embrión de ocho semanas; indiferencia.
1, tubérculo genital.—2, repliegue genital.—3, rodete genital.—4, cloaca.—5, tubérculo coxigeo.—6, cordón umbilical.
- B. Embrión de doce semanas; indiferente.
1, tubérculo genital.—2, repliegue genital.—3, rodete genital.—4, hendidura genital.—5, ano.
- C. Embrión de doce semanas; femenino.
1, clitoris.—2, pequeños labios.—3, grandes labios.—4, seno uro-genital.—5, ano.
- D. Embrión de doce semanas; masculino.
1, pene.—2, repliegues genitales que acaban de soldarse para formar la uretra.—3, escroto procedente de los grandes labios.—4, rafe ano-escrotal y peniano.—5, resto de la hendidura uretral.—6, ano.

de un pene, en tanto que el rodete y repliegues genitales forman en el primer caso los pequeños y grandes labios, y en el segundo el escroto y la uretra (figuras 196, C y D). El desarrollo de los genitales externos puede quedar todavía indefinido para marcarse más adelante ó seguir así presentando diversas anomalías (fig. 196, B).

3.^o *Estado del aparato genital á la 20.^a semana.*—Los cuernos del útero, antes sólo iniciados, se fusionan para constituir un órgano único.

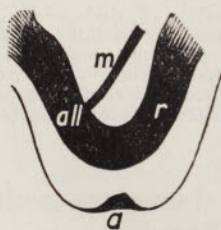


FIG. 197

all, alantoide que se convertirá en vejiga.—*r*, recto.—*m*, canal de Muller (vagina). Juntos constituyen la cloaca interna.—*a*, depresión cutánea que se convertirá en abertura anal (SCHRÖDER).

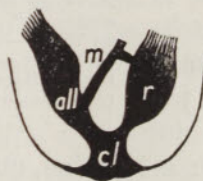


FIG. 198

La depresión ano-cutánea se ha abierto en la alantoides y forma la cloaca, *cl* (SCHRÖDER).



FIG. 199

El periné se ha formado de arriba abajo. El ano y el seno uro-genital (*su*) están separados.—*u*, uretra.—*v*, vagina.—*b*, vejiga (SCHRÖDER).

El seno uro-genital sufre grandes modificaciones: la vesícula alantoidea se estrecha en su parte inferior para constituir la uretra; la vagina, á su vez, au-

menta de volumen y constituye un conducto único, por la fusión ó coalescencia del tabique que separaba los conductos de Muller, de modo que no parece ya, como en el período anterior, una vagina que se abre en una vejiga, sino una uretra que se abre en la vagina; los términos se han invertido, ensanchándose ésta y estrechándose aquélla (figs. 200 y 201).

Por otra parte, se van perfeccionando los detalles de los genitales externos: el tubérculo genital se atrofia para quedar reducido á las proporciones de clítoris, los grandes labios ofrecen una forma más característica, empiezan á dibujarse los pequeños, el seno uro-genital se estrecha y va desapareciendo con el desarrollo de la uretra, y empieza á notarse la aparición del himen.

4.º *Estado del aparato genital al término de la vida fetal.* — Por dentro se ha constituido el fondo del útero, y la vagina, completamente destruido el tabique que la dividía, forma un conducto único, en cuya superficie se han desarrollado los repliegues correspondientes.

La uretra, del todo desarrollada, desemboca, junto con la vagina, en el seno uro-genital, pero éste casi ha desaparecido y el seno queda substituido por el vestibulo vulvar, en el fondo del cual se encuentra el himen, que separa la vulva de la vagina; no

queda en el desarrollo normal, representante del seno uro-genital, sino una uretra y una vagina, que se abren en la vulva; ésta, constituida á expensas de la membrana anal, forma una depresión hacia adentro para recibir la abertura vaginal y uretral; el himen establece la separación.

Muchos autores creen que el himen es de origen mulleriano ó vaginal y constituido por un repliegue de la parte más inferior de la vagina, pero Pozzi ha demostrado que es una dependencia de la vulva, y que forma, por tanto, parte de los genitales externos (1). Hacia la semana decimanovena aparece á cada lado del seno uro-vaginal, inmediatamente por dentro de los repliegues genitales, un nuevo repliegue, que constituirá el himen; al principio es doble, formando un repliegue á cada lado, y cuando más adelante la vagina y la uretra se acercan á la vulva, el himen forma para ambos conductos una membrana de separación; de manera que el himen no sólo existiría en la vulva, sino también en la uretra, y todavía encontraríamos en la vida extra-uterina la prolongación hacia el clítoris de una brida, hija de la confluencia de los dos repliegues, llamada brida masculina; al nacer el feto pueden apreciarse bien estos detalles (figs. 207 y 208).



FIG. 200

El periné está mejor constituido. La uretra (u) constituye aún la continuación directa del seno uro-genital (su), en el que desemboca también la vagina (v) (SCHRÖDER).

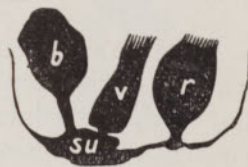


FIG. 201

Genitales externos completamente desarrollados. La uretra y la vagina están constituidas, aquélla estrechada y ésta ensanchada. El vestibulo vulvar substituye al seno uro-genital. El himen forma la separación (SCHRÖDER).

(1) POZZI: *Traité de Gynecologie*, pág. 1184.

Se observa entonces que el himen y la uretra se hallan muy profundos y que el seno uro-genital del embrión ha desaparecido; pero en cambio tenemos el vestibulo vulvar, mucho más profundo en el feto que en el adulto.



FIG. 202

Atresia completa, con persistencia de la cloaca interna. Recto (r), vejiga (b) y conducto genital (g) comunicando entre sí (SCHRÖDER).



FIG. 203

Atresia completa, con separación por dentro, de la alantoides y del recto (r). Vejiga (b) y conducto genital (g) distendidos por la orina.



FIG. 204

Atresia ano-vaginal. El periné (d) no se ha formado y la cloaca (fig. 196) persiste. Uretra (u), vagina (v) y recto (r) desembocan en una cloaca común (c).

No hago mención especial del quinto período que Furst señala al enumerar estas etapas, porque comprende toda la serie de modificaciones que tienen lugar desde el nacimiento hasta la pubertad, constituyendo todo ello el desarrollo completo del aparato genésico.

Conocida la manera como se va desarrollando el aparato genital femenino, se verá como las anomalías congénitas del mismo tienen su representante en una u otra de las fases del desarrollo y se comprenderá fácilmente la variabilidad de las mismas. Ora será que la membrana anal no se ha perforado, dando una atresia completa vulvo-anal (figs. 202 y 203), quedando por dentro fusionados el intestino, la alantoides y el conducto genital, ó separados estos dos últimos



FIG. 205

Persistencia del seno uro-genital (s), al cual desembocan la uretra (u) y la vagina (v). El clítoris (c) está hipertrofiado. Fácilmente se confunde esta deformidad con el hipospadias del hombre.



FIG. 206

Hipospadias en la mujer. La alantoides entera se ha convertido en vejiga (b), que desemboca directamente en el seno uro-genital (s), ó sea el vestibulo, sin intermedio de uretra.

del primero; ora veremos persistir la cloaca común (fig. 204), desembocando en un solo conducto el recto, la vagina y la vejiga; unas veces faltará la uretra, formando un verdadero hipospadias (figura 206); otras, desarrollándose bien la vagina y la uretra, el tabique recto-vaginal falta y el recto desemboca en la vagina (fig. 204); bien el clítoris se hipertrofiará simulando un pene (fig. 205), bien éste se atrofiará simulando un clítoris, y así pueden mezclarse unas con otras las anomalías, caracterizadas unas veces por falta de desarrollo, otras por hipertrofias, y mezclándose en un mismo individuo éstas con aquéllas, pueden ofrecernos los casos más raros y bizarros de deformaciones y monstruosidades congénitas.

La causa de estas perturbaciones en la evolución del aparato genital escapa

casi por completo á nuestra investigación. Seguramente que la herencia parece representar cierto papel entre muchos casos que se citan: Neugebauer señala una familia de tres hermanas con ausencia de útero; yo he tenido ocasión de observar dos hermanas en igual caso, pero aparte de esta nota sobre la influencia hereditaria, poco más podemos añadir.

Se ha dicho, sin que haya podido comprobarse, que ciertas enfermedades del feto podían ser la causa de determinadas deformidades. Aunque no se ha demostrado el hecho, no parece dudoso que pueda ocurrir, sobre todo después que sabemos, gracias á los estudios de Nagel, Veit, Meyer y otros, que algunas anomalías tenidas por congénitas, como ciertas atresias vaginales, son debidas á procesos flogísticos ocurridos durante la vida extra-uterina: si se demostrara que procesos análogos pueden ocurrir en tanto el feto vive dentro del útero, quizás adelantariámos algo más en el conocimiento de la etiología y patogenia de las deformidades ó anomalías congénitas.

La teoría de Darwin, quien cree que las anomalías no son más que casos esporádicos que recuerdan diferentes tipos de la escala zoológica por un fenómeno de *reversión*, si parece vero-

simil para algunas anomalías, no lo es para todas. Lo que sí parece positivo es que gran número de deformidades tienen su origen en el hecho de que el aparato genital ha sufrido un paro en su desarrollo, generalizado á todo el aparato genésico ó localizado á una de sus partes; pero la causa íntima de esta detención en un momento dado y en una zona determinada, de la evolución del aparato genital, nos escapa por completo; si es un fenómeno de atavismo ó hijo de una causa coetánea, no lo sabemos.

Lo que sí podemos apreciar es que, en esas faltas de desarrollo, se observa que pueden existir tres mecanismos: ó falta de *evolución morfológica* ó de *aparición del órgano*, ó falta de *desarrollo anatómico* del mismo, verdadera *aplasia*, ó exceso de *crecimiento*, verdadera *hiperplasia*. Esos tres mecanismos pueden combinarse y así podemos encontrar un órgano rudimentario morfológicamente, pero muy hipertrofiado, como un clitoris que simula un pene, ó al revés, un órgano morfológicamente perfecto pero atrofiado, como un pene que parece un clitoris.

La combinación de todos estos mecanismos patogénicos de deformación del

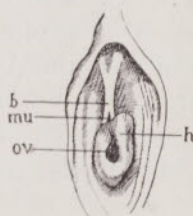


FIG. 207

Himen infundibuliforme y brida masculina, en un feto recién nacido (POZZI).

b, brida.—mu, meato urinario.
h, himen.—ov, orificio vulvar.

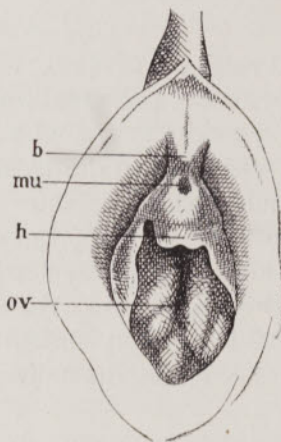


FIG. 208

Restos del himen y brida masculina del vestíbulo en una mujer que ha parido (POZZI).

b, brida.—mu, meato urinario.—h, restos del himen.—ov, orificio vulvar.

aparato genital, es la que explica la gran variedad de las mismas, y que con frecuencia se presentan hechos nuevos. Pero aun así cabe el estudio de las más comunes y frecuentes, en las que pueden más ó menos fácilmente incluirse todas las demás.

FORMAS PRINCIPALES DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS

ATRESIA COMPLETA VULVO-ANAL. — En este caso, la membrana anal no se ha perforado, la hendidura genital no ha llegado á formar la cloaca y el intestino, el conducto genital y la alantoides no tienen comunicación con el exterior: unas veces comunican estos conductos entre sí (fig. 202), otras veces están separados por el tabique genital (fig. 203). Ambas suspensiones de desarrollo tienen lugar en las primeras semanas de la evolución embrionaria, antes del período en que queda constituida la cloaca común ó externa.

Estos órganos cavitarios, que carecen de abertura hacia el exterior, están distendidos por su contenido: orina y meconio. No há lugar á estudiar el tratamiento de dicha anomalía porque los fetos que las presentan no son viables.

ATRESIA ANO-VULVAR. — Llamada también *ano vestibular* ó *ano vaginal*, depende de la falta de desarrollo del tabicamiento de la cloaca ó cuerpo perineal que ha de separar el recto del seno uro-genital y dejar establecidos los orificios vulvar y anal. Esta falta de desarrollo puede ser completa ó incompleta, dejando en el primer caso la persistencia de la cloaca (fig. 204), sin cuerpo perineal, y en el segundo, el cuerpo perineal se forma en parte, pero el ano está atrésico, y parte del tabique recto vaginal no se ha desarrollado, originando esto una comunicación directa del recto con la vagina, una verdadera fistula recto-vaginal, ó ano preternatural en la vagina.

Estas deformidades parecen ser por paro de desarrollo de la octava á la doceava semana, y son compatibles con la viabilidad del feto, de modo que tenemos ocasión de observarlas en el vivo.

En el primer caso, faltando del todo el tabique, queda una cloaca en la que desembocan el recto, la vagina y la uretra, y la evacuación se verifica sin más contratiempo que el de la incontinencia, porque el esfínter anal no existe; sin embargo, Spinelli ha visto un caso en el que el esfínter vulvar bastaba para retener la orina y materias fecales, y la evacuación era voluntaria. Una operación plástica para constituir un cuerpo perineal puede dar resultados, sobre todo teniendo en cuenta que puede desarrollarse el esfínter interno y obrar como órgano constrictor; claro está que esta operación plástica no debe hacerse en las primeras edades de la vida, porque fracasaría, sino esperar que el desarrollo de los genitales externos esté bastante adelantado.

El *ano vaginal preternatural congénito* es raro, pero no es tan bien tolerado como la persistencia de la cloaca, la evacuación del intestino se hace

difícilmente á poco que los excrementos sean sólidos, y su evacuación por la vulva, que en este caso está desarrollada, ocasiona retenciones vaginales, origen de procesos irritativos y flogísticos de importancia.

Por eso el ginecólogo no debe permanecer indiferente, y según sean las condiciones del caso, así debe obrar. Si la abertura es ano-vulvar y pequeña, de manera que la evacuación sea difícil, puede seguirse el consejo de Fritsch de incidir de arriba abajo los tejidos para procurar al recto una evacuación fácil, con lo que la salud de la niña mejora, y aunque exista comunidad entre el ano y la vulva, el esfínter interno acaba por obrar como órgano de retención y la niña, hecha mujer, aparte su deformidad, goza de buena salud, de modo que raras veces, al decir de Fritsch, solicita una operación plástica, que podría producir resultados estéticos, pero que no es necesaria bajo el punto de vista funcional.

En la *fistula recto-vaginal* la conducta ha de ser distinta del caso anterior; generalmente en el sitio del ano se encuentra una depresión ó un punto pigmentado que sirve de guía á nuestra intervención: alrededor de este punto suele haber el esfínter. Puede intervenirse á la manera de Malgaigne, Goyrand, Legueu y otros, por simple *incisión*: en el sitio del ano natural se practica una incisión, con el dedo se va en busca del fondo de saco que forma el recto, se abre y sus bordes se suturan á la piel; para nada se tiene en cuenta la existencia de la fistula, que cuando es muy pequeña, como ocurre con frecuencia, se cierra espontáneamente, como en un caso operado por mí, y cuando es muy grande desde luego se estrecha en gran manera, y más tarde, con un avivamiento y sutura puede cerrarse. O bien, para no exponerse á la persistencia de la fistula, puede operarse según los consejos de Dieffenbach, Nélaton, Rizzoli y otros, haciendo una *trasplatación* de la fistula; para ello se incide el ano natural y la incisión se prolonga hacia el coxis para tener más espacio, respetando el periné (Roser); se va en busca del recto, que no se incide, sino que se va separando hacia adelante hasta la región de la fistula, la que se separa por completo del tabique y se lleva hacia el ano, en donde se sutura. No hay duda que esta técnica es más perfecta que la anterior, aunque más difícil, y no siempre posible con facilidad tratándose de recién nacidos. Legueu, Petit, Roser, Nélaton y otros han obtenido resultados brillantes con este tratamiento.

HIPOSPADIAS. — Existen dos grados de *hipospadias* en la mujer. En el primero el desarrollo se ha detenido en los alrededores de la duodécima semana: el periné está bien constituido y el recto completamente separado del seno urogenital; pero éste persiste en vez de desaparecer, porque no descienden la alantoides y la vagina (fig. 205), y en el fondo de saco uro-genital desembocan la vejiga y la vagina; el desarrollo se ha detenido antes de formarse la uretra. En estos casos hay á veces incontinencia de orina, y otras no, porque en la vejiga se desarrolla un esfínter. No he visto ningún caso en recién nacidas, pero sí uno en una mujer adulta y en estado de embarazo; la consulta provino de que en el acto del coito notaba gran estrechez, tanto, que siendo aquél difícil no creía la mujer estar embarazada y sospechaba la existencia de un tumor; comencé por comprobar la existencia de un embarazo aproximadamente de seis meses. El examen de la vulva demostraba aparentemente un desarrollo perfecto, pero al

intentar el tacto vaginal con dos dedos no me fué posible ni encontré abertura para introducirlos; la inspección me hizo descubrir entre los pequeños labios y en la región de la uretra, una abertura cerrada y con repliegues en sus bordes; desde esta abertura al ano, un periné liso y sin señal de orificio ninguno. Introduje el índice en dicha abertura, no experimentando mayor dificultad de la que se nota para penetrar en el ano, y encontré una gran cavidad llena de líquido; la abertura tenía un esfínter que apretaba fuertemente contra mi dedo, y no medía el conducto más de un centímetro de longitud; comprendí que había penetrado en la vejiga y que por dicha abertura se efectuaba el coito las veces en que se realizaba bien. Evacué con la sonda 200 gramos de orina y repetí la exploración combinada con el tacto rectal; el tabique recto-vaginal quizás era algo más grueso que el normal, sobre todo en las inmediaciones del periné, pero no hacia la parte alta. Hacia la parte profunda y alta de la cavidad encontré como un tabique transversal que separaba la parte anterior de la posterior de la cavidad; creí que una era la vejiga y la otra la vagina, y no introduje el histerómetro en una ni en otra para no perturbar la gestación. Creo que en este caso el esfínter vulvar obraba como órgano de contención; no es difícil de comprender que esto ocurra, pues se encuentran con facilidad vulvas que retienen las inyecciones vaginales bastante tiempo por contracción del esfínter vulvo-vaginal. Quise hacer de esta enferma un estudio detenido reconociéndola varias veces, observando cómo se realizaba el parto y cuál era su estado después del mismo, pero no me fué posible completar la observación porque la enferma se negó en absoluto á que la viera otra vez y á que supiera de ella; tuve la debilidad de decirle que era un caso digno de estudio y ofrecerme incondicionalmente sin retribución ninguna, y creyó que quería explotarla. Si la hubiese explotado, habría satisfecho mi deseo en bien de la ciencia y quizás de la misma enferma (pues sólo he sabido que murió del parto); estos hechos son frecuentes entre el vulgo de nuestro país por su falta de cultura.

En el segundo grupo de *hypospadias* ó *hipospadias verdadero*, el paro de desarrollo tiene lugar en un período más adelantado de la evolución genital y abarca una región más circunscrita. El seno uro-genital ha desaparecido regularmente, la vagina ha adquirido todo su desarrollo, la vulva y accesorios también, pero la uretra no se ha formado (fig. 206). La vesícula alantoidea, en vez de estrecharse en su parte baja para constituir el canal uretral, ha seguido formando una sola cavidad y el conducto uretral no se ha desarrollado; la vejiga desemboca directamente en la vagina.

Esta abertura vesical á veces tiene esfínter y la retención es regular, pero á veces falta y hay incontinencia de orina. Tanto en uno como en otro caso las molestias para la enferma son bastantes, y cuando los genitales han adquirido todo su desarrollo, el tratamiento debe consistir en la formación de una uretra artificial.

Fritsch, Freund y Emmet (1) han propuesto y realizado distintos procedimientos para la formación de una uretra artificial; creemos que el mejor procedimiento es el de Polaillón, seguido con éxito por Legueu (2).

(1) EMMET: *La pratique des maladies des femmes*, pág. 878.

(2) LABADIE-LAGRAVE y LEGUEU: *Traité medico-chirurgical de Gynecologie*, pág. 335.

Consiste en trazar á cada lado de lo que debía ser canal uretral dos pequeños colgajos cuadriláteros (fig. 209) que se disecan profundamente hacia sus bases, que están opuestas; se invierten luego y se suturan sus bordes con catgut de modo que la cara mucosa del colgajo forme el conducto uretral y la cara cruenta quede al descubierto; luego se aproximan sobre esta superficie cruenta los pequeños labios, disecando algo sus colgajos si es preciso para evitar la tirantez de las partes, y se suturan en la línea media el de un lado con el del otro, con lo que la pared uretral queda doblada por esta cubierta (fig. 210). Si se puede sin dificultad suturar el borde posterior de esta nueva pared uretral

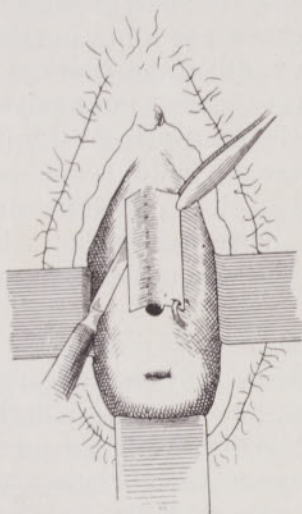


FIG. 209

Formación de una uretra artificial: trazado de los colgajos (LEGUEU).

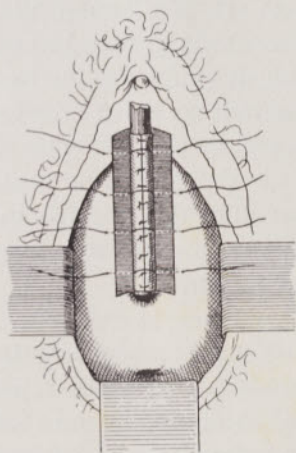


FIG. 210

Colgajo suturado, reconstituyendo el canal uretral, y sutura que ha de aproximar los colgajos laterales para doblar los primeros.

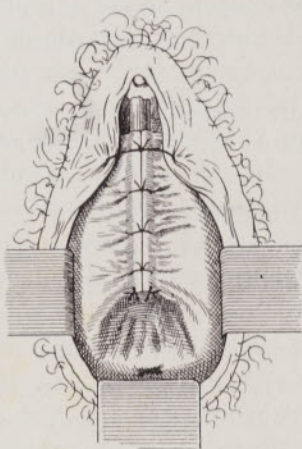


FIG. 211

Operación terminada, con sutura de la extremidad posterior de la nueva uretra al cuello de la vejiga.

con el cuello de la vejiga avivado en sentido transversal, se hace (fig. 211); pero si hay mucha tirantez, es preferible dejar esta unión para otro momento á fin de no perjudicar la reunión de los colgajos que han de constituir la nueva uretra.

Polaillon, Legueu, Lawson-Tait, Emmet y otros han obtenido uretras artificiales por éste ú otros procedimientos, de resultados funcionales perfectos.

EPISPADIAS.— Es, en la mujer, una afección rara; la uretra, en vez de desembocar en el vestíbulo vulvar, desemboca debajo del pubis y por encima del clitoris; éste se halla partido por la mitad, y desde la vulva se encuentra un canal hacia la parte alta de la misma que alcanza á veces el arranque de los grandes labios, en donde desemboca el resto de uretra que todavía existe en estos casos, de manera que en el verdadero epispadias de la mujer no siempre hay incontinencia de orina, resultando así la deformidad en este grado bastante llevadera, aparte de que Schröder, Richelot, Meyer y otros han obtenido buenos éxitos operatorios para curar la fisura epispádica.

En grados más adelantados, en que hay separación de la sínfisis pubiana y aun estrofia de la vejiga, que viene á ser un epispadias exagerado, constituye una deformidad grave, pero ni por su patogenia ni por sus síntomas corresponde su estudio al aparato genital.

FÍSTULAS URETERALES CONGÉNITAS.— Aunque raros, no dejan de existir casos de abertura congénita del uréter en la vagina hacia su parte inferior ó lateral, ó en la vulva. La patogenia de esta anomalía se explica por el desarrollo del uréter; nacido de un botón epitelial del conducto de Wolff, envía hacia arriba ramificaciones que se unen al riñón, y hacia abajo una que sigue el conducto de Wolff y que, como he dicho, desemboca en la cloaca interna junto con la alantoides; cuando el conducto de Wolff se atrofia, el uréter se une á la alantoides, pero un retardo de esta atrofia puede impedir la unión del uréter á la alantoides y ser causa de que desemboque en la vagina y hasta en la misma vulva, en donde á veces se encuentran todavía restos del conducto de Wolff, que, según veremos más adelante, son causa de ciertos quistes vaginales.

Las enfermas atacadas de fistulas ureterales congénitas presentan una incontinenencia parcial de orina; su estudio estará más indicado al hablar de las fistulas ureterales adquiridas, ya que éstas son mucho más frecuentes y su tratamiento es igual en unas que en otras.

AUSENCIA DE LA VULVA.— Es la falta absoluta de desarrollo de los componentes vulvares: grandes y pequeños labios, clitoris é himen. De existir, es un hecho muy raro y hasta la fecha mal comprobado, pues los pocos casos verídicos que se registran, casi todos se refieren á recién nacidas muertas y afectas de atresia total.

La ausencia parcial de ciertas partes de la vulva suele coexistir con otras deformidades; así, los grandes labios suelen faltar cuando hay extrofia de la vejiga; los pequeños cuando hay ausencia de clitoris, la que á su vez coincide con el epispadias. Estos estados carecen de importancia práctica, aunque la tienen bajo el punto de vista embriogénico.

VULVA INFANTIL.— La vulva infatil ó atrofia congénita de los genitales externos, se observa algunas veces en individuos débiles y de desarrollo y nutrición defectuosos. El monte de Venus apenas tiene pelos ni panículo adiposo; los grandes labios son reducidos y los pequeños apenas existen; el clitoris forma un pequeño tubérculo y el himen, muy delgado, cierra una entrada de vagina muy deficiente; la vulva presenta por regla general un color blanquecino, según he tenido ocasión de ver en más de un caso á una edad ya avanzada, como los diez y ocho ó veinte años.

Es de notar que, cuando existe vulva infantil, por lo común el útero y las trompas ofrecen un desarrollo deficiente y la menstruación, si aparece, es muy escasa y generalmente irregular. Freund ha hecho notar la receptividad de estos aparatos genitales á las infecciones, circunstancia que era de esperar y que en la práctica he visto confirmada.

Esos defectos de desarrollo se caracterizan durante la vida extra-uterina, ó sea durante el quinto período de Furst, que comprende desde el nacimiento hasta la pubertad.

HIPERTROFIAS VULVARES. — Las hipertrofias generales dependen de hechos patológicos que más adelante estudiaremos. En cambio, las hipertrofias parciales son más frecuentes, sobre todo por lo que se refiere al clitoris y á los pequeños labios.

La *hipertrofia del clitoris*, rara en nuestros climas, es más frecuente, según muchos autores, en los países tropicales; suele acompañar á otras deformidades vulvares, como el hipospadias; tiene cierta importancia, porque cuando va unida á ciertas oclusiones de la vulva, puede dar origen á dudas acerca de la interpretación del sexo.

La *hipertrofia de los pequeños labios* puede existir, así por lo que se refiere al número, presentándose á veces dos ó tres repliegues á cada lado, como á la longitud de los mismos, pues si bien en nuestra raza es rara, como no sea efecto de prácticas onánicas (1), en otras se presenta como hecho casi habitual, y de ahí la denominación de *delantal de las hotentotes*.

La hipertrofia de los pequeños labios puede llegar á constituir una verdadera dificultad para el coito, y entonces está indicada la escisión, sea con el termocauterio, sea con las tijeras.

Respecto de la unión ó aglutinación de los pequeños labios, ya he indicado en otro sitio lo que debemos pensar de ella y cómo debe obrarse en tales casos (2).

ANOMALÍAS DEL HIMEN. — No he de insistir sobre las distintas formas y variedades que el himen puede presentar, tanto relativas al número de orificios del mismo como á su constitución anatómica que ocasiona diferencias enormes en su consistencia y friabilidad. Aceptando las ideas de Pozzi sobre el desarrollo del himen, debe tenerse en cuenta que es una dependencia de lo que en el hombre forma la porción esponjosa de la uretra.

La anomalía más importante y que más nos interesa es la imperforación, que puede ser adquirida ó, como sucede la mayor parte de veces, congénita, como se comprende dado su desarrollo hacia los lados del vestibulo vulvar en el feto. La unión de los bordes del himen puede tener lugar en cualquier época de la vida, como lo prueban los dos casos de Konelsky, en que el himen no sólo existía, sino que estaba imperforado en el acto del parto. Lo importante es hacer notar que la mayor parte de los casos calificados de imperforación del himen, y que producen fenómenos de retención al llegar la pubertad, no son tales anomalías del himen, sino atresias de la porción inferior de la vagina; en tales casos, la sangre retenida empuja la membrana obturadora, la que se yuxtapone al himen; éste se encuentra en la periferia de la membrana, formando una franja circular separada por un surco de la membrana de obturación vaginal. Desde que Duncan y Schröder llamaron la atención sobre este hecho, se ha visto que la mayor parte de pretendidas imperforaciones del himen no son más que atresias de la parte inferior de la vagina.

La imperforación del himen puede existir, produciendo la retención de sangre menstrual y el hematocolpos consecutivo; cuando esto ocurre, la membrana obturadora no tiene hacia la periferia el himen yuxtapuesto, y en el cen-

(1) Véase pág. 58.

(2) Véase pág. 312.

tro se nota un punto más claro, como umbilicado, que corresponde al centro del himen (fig. 212). El himen imperforado requiere el mismo tratamiento que la atresia vaginal inferior, y con ella lo estudiaremos.

HERMAFRODITISMO Ó HERMAFRODISMO. — El hermafrodismo se divide en verdadero y falso. En cuanto al hermafrodismo verdadero, ha sido muy discutido; fisiológicamente, puede asegurarse que el hermafrodismo verdadero, ó sea un individuo provisto de dos aparatos genitales de sexo distinto capaz de fecundizarse á sí mismo, no existe en la



FIG. 212

Imperforación del himen, con hematocolpos, en una joven de 18 años.

especie humana, aunque hayan existido individuos, como Catalina Hohmann, que fué primero mujer y como tal tuvo relaciones sexuales, y luego se hizo hombre al trasladarse á América, cambiando su nombre por Carlos, contrayendo matrimonio y haciéndose padre de familia. Anatómicamente, aunque muy raro, el fenómeno parece posible, y conocida la evolución del aparato genital, no repugna aceptar la existencia de individuos que tienen los órganos esenciales de ambos sexos (pene, vagina, útero, ovarios y testículos). Klebs ha pretendido clasificarlos en tres categorías: *bilaterales*, *unilaterales* y *laterales*, palabras cuyo significado se comprende perfectamente; esta clasificación es, hoy por hoy, puramente teórica, pues apenas si se conocen suficiente número de casos

para demostrar la existencia del hermafrodismo verdadero. Así, en tanto que Schröder (1) acepta como bastante demostrativos los casos de Meyer y de Heppner para aceptar el hermafrodismo verdadero, Pozzi les niega todo valor (2) y hace caso omiso de los ejemplos de Obolonsky, de Blacker y Laurence y de Klotz.

En realidad, se han encontrado en un mismo individuo órganos esenciales de los dos sexos, como ovarios y testículos, pero en un estado tal de desarrollo que cabe discutir su significación, como hace Pozzi; no debe aceptarse ningún caso que no venga acompañado de un examen histológico de los órganos fundamentales: así es que la simple observación de algunos individuos vivos calificados de hermafroditas, como el antes citado Catalina Hohmann y presentado

(1) SCHRÖDER: *Maladies des organes genitaux de la femme*, pág. 542.

(2) POZZI: *Traité de Gynecologie*, pág. 1206.

como ejemplo por Lutaud (1), carecen en absoluto de todo valor (2). Así es que la documentación hoy existente es bastante para aceptar el hermafroditismo verdadero, bajo el punto de vista anatómico, por quien no sea muy exigente, y bastante discutible para que pueda desecharlo quien exija cierta perfección en el desarrollo de los órganos.

El *falso hermafroditismo* es bastante frecuente y muy digno de estudio y de la atención de los ginecólogos por lo que respecta al sexo femenino, ya que la declaración de sexo tiene importancia capital para el porvenir del individuo.

El falso hermafroditismo se divide en dos grandes grupos, según que se trate de individuos de uno ó de otro sexo: *gynandroide* es el que, perteneciendo al sexo femenino, aparece como de sexo masculino, y *andragynoide* el que, siendo de sexo masculino, tiene apariencias del sexo opuesto. Las grandes confusiones tienen lugar sobre todo con los andraginoides, y la inmensa mayoría de los llamados hermafroditas son varones con hipospadias, pene escrotal, monorquidos ó criptorquidos, desarrollo de las mamas y pelo escaso. En una estadística de Neugebauer (3), de 50 matrimonios de sexo igual figuran 46 hombres casados como mujeres y tan sólo tres mujeres casadas como hombres: el restante fué calificado de hermafrodita. No nos corresponde ocuparnos de los hermafroditas andraginoides, por no ser propio de este sitio su estudio, y baste con decir que, por lo que toca al aparato genital, los andraginoides son, por regla general, hipospádicos; algunas veces tienen una verdadera vagina entre los labios del escroto (4).

Los gynandroides están constituidos, como tipo general, por un clítoris hipertrofiado, los grandes labios aglutinados simulando el escroto, á veces un ovario herniado en uno de los grandes labios, falta de desarrollo mamario y aparición de pelo en la cara; el tipo clásico de gynandroide es el de Magdalena Lefort, á quien, á pesar de sus pobladas barbas y falta de mamas, diagnosticó Beclard, proponiéndola abrir el falso escroto para descubrir la vagina, que realmente existía, como pudo comprobarse en la autopsia cuando murió. En estos casos suele haber desarrollo rudimentario del aparato genital interno, lo que explica la falta de desarrollo mamario por esa simpatía de ambos órganos todavía no explicada.

Cuando, á la par que la soldadura de los grandes labios y la hipertrofia del clítoris, existe una hernia ovárica en el pliegue inguinal ó en los grandes labios simulando un testículo, la semejanza con el hombre es más perfecta.

Todos esos hermafroditismos gynandroides al fin y al cabo no son más que anomalías del aparato genital caracterizadas respectivamente por hiperplasias (clítoris) é hipoplasias (útero), con adherencias anormales de ciertas partes (unión de los grandes labios) y ectopia de otras (hernia de los ovarios). Ninguna de estas particularidades bastaría á caracterizar un hermafrodita gynandroide.

(1) LUTAUD: *Manuel complet de Gynecologie medicinale et chirurgicale*, pág. 15.

(2) Catalina Hohmann se exhibió por Europa como hermafrodita hembra y la examinaron todos los ginecólogos de la época, pues por dinero se prestaba á todo. Luego pasó á América é hizo uso de su verdadero sexo, pues se trataba de un hipospádico.

(3) *Revue de Gynecologie et Chirurgie abdominale*, 1899, pág. 195.

(4) «Caso de hermafroditismo,» por D. Miguel A. Fargas. (*Boletín médico-escolar*, pág. 26; Barcelona, 1880).

Sin duda lo que más carácter da á estos individuos es el aspecto del resto del organismo: atrofia mamaria, barba poblada y voz hombruna. La explicación de este fenómeno es muy difícil de encontrar.

También es difícil explicarse ciertos fenómenos de desarrollo como el representado en la fig. 213, observado por Neugebauer diez días después de un parto normal, en la clínica de Varsovia. El parto realizado indica la perfección del aparato genital, y, sin embargo, entre el ano y la horquilla existe un pene con toda la forma y caracteres del mismo, que tiene, cuando está flácido, cinco centímetros, entrando fácilmente en erección, con gran aumento de volumen, al menor contacto, y dando, durante la misma, evidentes señales de apetito sexual: según Neugebauer, el tacto rectal permite afirmar que no existen testículos; la

voz y el rostro son femeninos. El caso es único en su género é imposible de explicar por lo que hoy sabemos de embriogenia.

Los casos usuales pueden comprenderse fácilmente por una combinación de anomalías en la evolución de los genitales.



FIG. 213

Caso de hermafroditismo observado por Neugebauer, en una recién parida de 27 años.

común es encontrar una vagina rudimentaria representada por una masa longitudinal de tejido fibroso, colocada entre el recto y la vejiga. La vagina rudimentaria es total ó parcial: en el primer caso falta la vagina en toda su extensión; en el segundo, ordinariamente es la parte inferior de la vagina la que falta, y se confunde con la atresia vaginal.

Cuando existe una vagina rudimentaria, por lo común el útero y las trompas son también rudimentarios, hecho que se comprende fácilmente si tenemos en cuenta que los conductos de Muller dan origen en su evolución ulterior á todos éstos órganos, y, por lo tanto, es de suponer que cualquier defecto de desarrollo que les ataque les interesará en toda su longitud, y al dejar de desarrollarse la vagina, tampoco se desarrollará el útero ni las trompas. En cambio los ovarios, cuyo origen embrionario en los cuerpos de Wolff es completamente independiente del conducto de Muller, pueden estar perfectamente desarrollados, aun existiendo por parte de la vagina un desarrollo rudimentario.

Cuando existe vagina rudimentaria, por parte de la vulva el desarrollo puede y suele ser perfecto; á veces se encuentra el himen perfectamente des-

AUSENCIA DE VAGINA.— En el sentido absoluto de la palabra, la ausencia de la vagina es un hecho rarísimo y que pocas veces se encuentra en la práctica; lo más

arrollado, lo que viene en apoyo de la teoría de Pozzi, de que el himen es de origen ectodérmico. Detrás del himen se encuentra una membrana blanquecina que corresponde á la entrada de la vagina; himen y membrana están situados bastante profundamente, por lo común á dos ó tres centímetros, porque faltando el desarrollo de la vagina, persiste el vestibulo vulvar en el adulto como en el feto. El fondo de saco vulvar es resistente al acto, aunque, por lo común, algo depresible.

Con el tacto rectal debemos buscar si existe ó no útero, que, en general, encontramos rudimentario, y para precisar el estado de la vagina, introduciremos en la vejiga un catéter que nos permita explorar combinadamente con el dedo rectal el verdadero estado de la vagina.

En la ausencia de vagina los fenómenos que se presentan son variables. A veces no hay síntoma ninguno: los órganos internos del aparato genital, deficientemente desarrollados, no funcionan, y la mujer no presenta ninguno de los síntomas propios de un funcionamiento frustrado: no hay molimen menstrual ni fenómenos de retención; en este estado he visto algunos casos de vagina rudimentaria que no ofrecían síntoma ni molestia ninguna. Existen casos en que el aparato mulleriano (vagina, útero y trompas) ha quedado rudimentario; pero el ovario, completamente desarrollado y en pleno funcionalismo, ocasiona fenómenos periódicos de molimen menstrual, caracterizados por dolores pélvicos intensos, verdaderas crisis neurálgicas con irradiaciones hacia la vejiga y los muslos, acompañadas á menudo de fenómenos generales histeriformes. A veces se encuentra una vagina rudimentaria y un útero bien desarrollado con anexos completos; es difícil aceptar en este caso un paro de desarrollo limitado á la porción vaginal del conducto de Muller, en una época de la vida intra-uterina, en que todavía no se han dibujado las zonas de dicho conducto que han de formar cada órgano, y por eso parece más lógico acogerse á la creencia de Nagel de que algunas de estas anomalías son adquiridas, aunque en épocas muy tempranas de la vida; sea cual fuere su origen, no es menos cierto que en la mujer adulta se encuentran, aunque como rareza, vaginas rudimentarias con úteros bien desarrollados, y en estos casos sobrevienen los fenómenos de retención (hematómetra) que más adelante estudiaremos.

Existe otra forma de vagina rudimentaria, que quizás es la que merecería el verdadero nombre en este sentido, pues la llamada vagina rudimentaria por los autores, no es tal vagina, ya que no hay conducto ninguno; el tejido fibroso que la representa se llamaría con más propiedad rudimentos de vagina. En esta forma la vagina existe, pero verdaderamente en estado rudimentario: un trayecto fistuloso conduce desde la vulva al útero; dos casos he visto, uno que no tenía más de un milímetro de diámetro y que apenas permitía el paso de un estilete usual; otro en iguales condiciones, pero que por su trayecto podía pasar un histerómetro. En ambas la vagina presentaba esa reducción desde su entrada hasta el cuello del útero: ambas menstruaban bien y sin fenómenos dolorosos; en la primera tuve que esperar á hacer la exploración durante el período menstrual para encontrar la abertura. Ambas parecían congénitas, pues en la historia de las enfermas faltaban antecedentes de afecciones locales infectivas; con todo, debe tenerse en cuenta la facilidad con que pueden existir tales afecciones en la infancia pasando desapercibidas.

Las indicaciones varían. Cuando la deformidad no produce síntoma ninguno, en realidad no hay indicación que cumplir, y así opinan Hegar y Kaltenbak, Lawson-Tait y otros. Con todo, esas enfermas son inhábiles para las relaciones sexuales, y reclaman á veces una operación de complacencia que, creando una vagina artificial, haga posible el coito. Algunos autores aducen razones morales y religiosas para oponerse á una operación que, aun dando por vencidos en la época presente los peligros de la infección, tiene los de heridas viscerales, como la vejiga y el recto, y cuyo único fin es permitir un coito infructuoso. Ciertamente que todas estas razones *á priori* tienen todo el valor necesario para desechár una operación difícil y peligrosa; pero hay casos en que, á mi entender, pesan más las razones individuales que esas generales. Vi hace un año una mujer joven de treinta y tres años, hermosa, sana y robusta: contrajo matrimonio á los quince años sin haber menstruado aún; la vida sexual fué siempre imposible para ella: carecía de vagina y de útero, no tenía molimen menstrual ni sufrimiento físico ninguno; era de oír referir á la enferma sus sufrimientos morales durante los primeros años de matrimonio y el ahinco con que se había deseado la muerte, buscando quien le practicara una operación, aunque fuese muy grave; cuando yo la vi, tanto ella como su marido habían aceptado una convivencia viable, gracias á la tolerancia verdaderamente heroica de la esposa; ya cuando yo la vi, no deseaba una operación que la hiciese hábil para el coito, se contentaba con maldecir su suerte y considerarse muy desgraciada; además, tenía un tumor abdominal, motivo por el que me consultó y que operé; á este caso haré referencia en otro capítulo: aquí me basta con decir que pude en la laparotomía comprobar la existencia de un útero rudimentario, de la trompa izquierda, muy defectuosa, y del ovario izquierdo. He de manifestar que si esta enferma en los primeros tiempos de su matrimonio me hubiese pedido una vagina artificial, habría procurado hacérsela, y aun hoy, si éste fuera su deseo, lo intentaría; en estos casos concretos, creo tiene toda la fuerza el argumento de Lefort cuando dice que no siempre deben resistirse los deseos de una mujer, «que sabiendo que no puede ser madre, quiere, cuando menos, ser esposa.» Aparte de estas circunstancias, realmente la formación de una vagina artificial, cuando no existe útero, no es una operación legítima.

La cosa cambia cuando se trata de casos de vagina rudimentaria, como los que he referido; entonces existe útero que funciona, y aunque por lo general las enfermas no reclaman la intervención del médico bajo el punto de vista de la fecundación sino de las relaciones sexuales, la operación resulta plenamente justificada. En ambos casos intervine.

La formación de una vagina artificial, realizada por Amusat antes que por otro cirujano, es siempre una operación laboriosa, difícil, rodeada de ciertos peligros y de resultados algo dudosos.

Existen dos maneras de formar una vagina artificial: por medio de la simple discisión y por medio de operaciones plásticas.

La simple discisión, cuando no existen más que rudimentos de vagina, no es operación fácil ni de resultados halagüeños. Consiste, tal como ya lo aconsejaba Dupuytren, en practicar una incisión transversal en la vulva y separar lentamente con los dedos, la espátula ó la tijera, la vejiga del recto hasta llegar al cuello del útero, taponar luego la cavidad hasta que vaya cicatrizando, y

mantener la dilatación con dilatadores ó pesarios, porque el tejido cicatricial tiene gran tendencia á la retracción y á estrechar otra vez el conducto. Polai-lon, Da Costa, Gerard-Marchan, Dupuytren, Dolbeau y muchos otros, han procedido en esta forma con resultados variables; indudablemente el mejor medio dilatante en estos casos, una vez obtenida la cavidad, es el coito. En uno de los casos citados procedí de dicha manera; pero como existía un conducto por el que pasaba un histerómetro, pude separar á cada lado del mismo la vejiga del recto, hasta que la vagina presentó bastante anchura, y tanto en la pared anterior como en la posterior, quedó de arriba abajo una tira de mucosa de tres ó cuatro milímetros, que fué bastante para que el nuevo conducto se cutificara con cierta rapidez; las relaciones sexuales mantuvieron esta vagina en buen estado.

La formación de una vagina artificial por una operación plástica, fué practicada primeramente por Heppner y luego por Kustner, Fritchs, Piqué, Kelly, Montgomery, Mackenrodt y otros. Comprende la operación dos tiempos: 1.º, creación de la vagina artificial tal como he expuesto en el procedimiento anterior; 2.º, recubrir la superficie cruenta de la nueva vagina con colgajos cutáneos ó mucosos. Para obtener estos colgajos se traza una incisión transversal que sirve para realizar la separación de la vejiga y del recto; luego á cada extremo de esta incisión transversal se traza una vertical (fig. 214), con lo que se obtienen una **H** y dos colgajos, uno vulvo-uretral y otro vulvo-anal; se disecan éstos

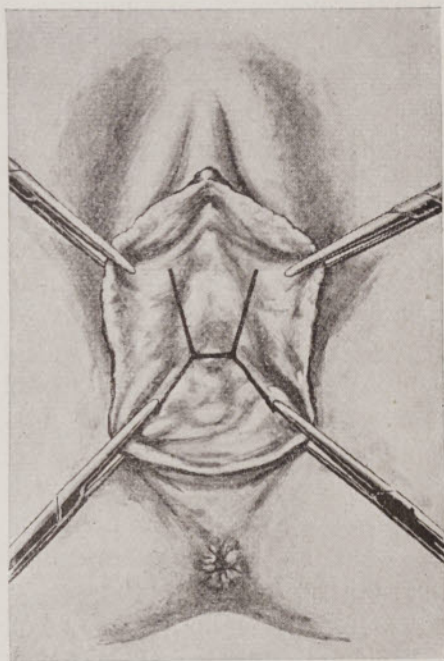


FIG. 214

Incisiones para la formación de una vagina artificial.

tos todo lo posible y se invierten hacia la nueva vagina, fijándolos con puntos de catgut y con un taponamiento que se deja seis ú ocho días; se comprende que los colgajos pueden ser laterales y que, al ejemplo de Kustner, pueden desplegarse los pequeños labios para obtener colgajos extensos é invertirlos luego; la mejor manera de invertirlos y colocarlos en su sitio, es practicar la sutura de sus bordes, invertirlos hacia adentro y llevarlos hacia la parte más profunda, aplicándolos contra las paredes por medio de un espéculum de Cusco, semiabierto; luego se taponan el fondo con cierta presión, á medida que va retirándose el espéculum y sosteniendo el taponamiento para que exista buena coaptación; el taponamiento debe quedar de siete á diez días para que se haya hecho la adherencia.

El caso á que antes hice referencia de una enferma que tenía una vagina rudimentaria, representada por un pequeño trayecto fistuloso por el que á duras penas pasaba el estilete, lo traté por un procedimiento auto-plástico. La separa-

ción de la vejiga y del recto fué difícil, pues el trayecto existente ni siquiera pudo servirme de guía: cuando llegué al cuello del útero procuré invertir los colgajos vulvares, anterior y posterior, y fijarlo, con un taponamiento, ya que no pude aplicar sutura con el cuello para que mantuviera fijos los colgajos en la parte alta; á las cuatro semanas todo estaba cicatrizado, excepto alguna parte que quedó en granulación y que tardó un mes en cutificarse; tenía entonces la vagina 7 centímetros de profundidad y algo estrecha en el fondo; hoy tiene 9 y está bastante dilatada para permitir el coito con libertad. Como detalle puedo añadir que á los tres años de esa operación tuve que operar á la misma enferma de una anexitis doble supurada, y comprobé que el útero, las trompas y los ovarios tenían un desarrollo normal. ¿Tuvo esa anexitis su origen en una infección realizada á consecuencia de las maniobras necesarias para la vagina artificial, ó fué debida á una infección posterior? Lo ignoro, inclinándome á esto último, ya que en la convalecencia de la primera operación no hubo fenómeno ninguno de infección anexial.

Si hoy tuviese que practicar otra vagina artificial emplearía el procedimiento de Mackenrodt, que comprende dos tiempos. En el primero se forma la nueva vagina y se mantiene taponada con gasa yodofórmica, que se renueva cada dos ó tres días, hasta que toda la superficie cruenta está perfectamente granulada, lo que ocurre á los quince días. Entonces se practica el segundo tiempo, que consiste en sujetar, sobre la superficie granulada, colgajos de mucosa vaginal, procedentes de una operación de prolapso; estos colgajos no deben cepillarse ni desinfectarse antes con antisépticos potentes, han de ser pequeños y no tener tejido celular: se aplican sobre la superficie granulada y se mantienen gracias á un taponamiento con gasa esterilizada, que se deja de siete á diez días cuidando que no se empape de orina: durante este tiempo la enferma debe guardar cama.

Cuando la falta de vagina ocasiona fenómenos de retención, entonces la indicación es imperativa y la técnica relativamente más fácil. La ausencia de vagina ó la atresia completa en toda su extensión, si el útero está bien desarrollado, origina una hematometría, que, como veremos más adelante, es una afección grave y que demanda pronto auxilio: el útero se dilata y llena de sangre menstrual, formando un tumor en el hipogastrio. En estos casos la técnica es más fácil, porque despegada la vejiga del recto, se llega á una cavidad dilatada formada por el útero y á veces una pequeña porción de la parte alta de la vagina; sea ésta cuando existe, sea el mismo cuello del útero, se suturan á la abertura vulvar, llegando á ponerlas en contacto, haciendo descender el útero, por una parte, y ascender el vestibulo vulvar por otra, y así no corre peligro la nueva vagina de estrecharse ó atresarse nuevamente.

En los casos de ausencia de vagina y de útero rudimentario, con molimen menstrual sufrimientos fuertes mensuales, la conducta del ginecólogo no puede ser más que una: toda tentativa para abrir la vagina resulta ineficaz si no hay retención y expone á heridas viscerales inútiles (he tenido que intervenir, para curar una fístula vesical hecha por una tentativa de abertura vaginal; en un caso en que no había vagina ni útero y si tan sólo molimen menstrual muy doloroso); aunque se abra una vagina no se alivia la enferma, porque la menstruación no se desarrolla; si ésta es ya capaz de existir, produce la hematome-

tría. De aquí la necesidad de dirigirse por la vía abdominal y realizar la extirpación de los ovarios, como lo han practicado Martín, Tauffer, Peasle, Strauch, Kleinwachter y tantos otros; si existe útero la operación puede resultar ineficaz y persistir los dolores, como le ocurrió á Courrier, cuya enferma no se alivió hasta que se restableció la comunicación vaginal. En un caso de esta naturaleza, y en el que se habían practicado varias tentativas de comunicación útero-vaginal, procedí á la castración porque no encontré útero en el reconocimiento y la enferma tenía cada mes crisis nerviosas insoportables; en la operación pude notar rudimentos de útero tan sólo, y trompas muy deficientes; el resultado fué bueno y permanente.

VAGINA TABICADA Ó DOBLE.—Presenta distintas variedades: la verdadera vagina doble ofrece un tabique longitudinal ántero-posterior, extendido desde la vulva hasta el útero, que en estos casos también es doble (fig. 215); á veces el tabique no es completo y entonces suele faltar en la parte alta, y se comprende que así sea; en ocasiones existe tan sólo media vagina ó una vagina unilateral. Todos estos defectos de desarrollo se comprenden perfectamente si se recuerda que los conductos de Müller en la vida embrionaria son dos y que se yuxtaponen como dos cañones de fusil separados por un tabique; este tabique desaparece por coalescencia ó fusión desde arriba abajo, y así, según el momento en que se detenga el desarrollo, el tabicamiento será completo si es antes de la dozava semana ó incompleto si es después. Se comprende también que uno de los conductos de Müller se desarrolle debidamente y el otro no, dando entonces origen á la vagina lateral, en cuya formación sólo interviene uno de los conductos de Müller.

A veces la vagina se presenta tabicada transversalmente en uno ó varios sitios, siendo estos tabiques circulares, semilunares ó falciformes, que Pozzi atribuye á *anomalías de reversión*, ya que estos tabiques transversales existen normalmente en algunas especies zoológicas.

El tabicamiento longitudinal de la vagina suele pasar desapercibido porque no produce síntomas, y sólo por casualidad lo descubre el ginecólogo, ya que el coito y el parto son fáciles en estos casos. El coito suele realizarse por una de las mitades de la vagina, que se dilata mecánicamente más que la otra, y por eso casi siempre, si han existido relaciones sexuales, uno de los conductos es más amplio que el otro. Al parto no suele poner obstáculo, porque con el reblandecimiento se dilata y aun se rasga fácilmente.

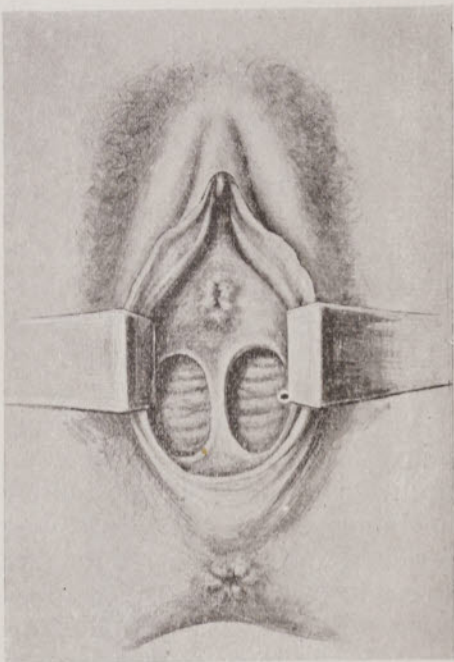


FIG. 215

Vagina doble ó tabicada.