

II

ENFERMEDADES DE LA VULVA
Y VAGINA

ENFERMEDADES INFECTIVAS

VULVO-VAGINITIS

Etiología. — La etiología clásica nada ha perdido de su importancia con el concepto moderno que tenemos de la manera de desarrollarse las vulvo-vaginitis. La existencia de un microbio como elemento indispensable á la evolución de las vulvo-vaginitis, no disminuye en lo más mínimo el papel capital que determinadas causas desempeñan en la producción de dichas afecciones.

En estado fisiológico, á pesar de ser la región vulvo-vaginal un depósito de microbios de diferentes clases, conserva perfectamente el equilibrio de normalidad, no permitiendo que aquéllos desplieguen sus propiedades patógenas y aun deteniendo ó destruyendo su virulencia en muchos casos cuando llegan al aparato genital en pleno período de actividad patógena. Sea que el bacilo de Doderlein represente el papel de una falange defensora del aparato genital, sea que las secreciones de tal región ejercen, como quiere Waltard, una acción inhibitoria positiva sobre todo microbio patógeno que consiga penetrar en el aparato genésico, lo positivo es que la región vulvo-vaginal normal no tiene fertilidad para los agentes microbianos patógenos.

Esa estabilidad, producida por la resistencia de los tejidos vulvo-vaginales á la acción patógena de los agentes microbianos, es la que resulta modificada por las causas que figuran en la etiología tradicional, y así modificado *el terreno*, pueden los microbios desplegar su acción.

La edad crea, sobre todo hacia la vejez, condiciones favorables al desarrollo de la vulvo-vaginitis. La vulvo-colpitis senil es frecuente, y presenta en ocasiones un sello especial de rebeldía. La infancia obra también modificando las condiciones de evolución, y se comprende el por qué en esa época de la vida suele la infección localizarse en la vulva, extendiéndose raras veces hacia la vagina.

La acción de sustancias irritantes sobre los tegumentos vulvo-vaginales es causa frecuentísima del desarrollo de vulvo-vaginitis. El contacto frecuente

de la orina en los casos de tenesmo vesical, ó su salida constante en las enfermas de fístulas urinarias, produce, á menudo, la vulvo-vaginitis; la orina glucosúrica, por su acción irritante, ocasiona frecuentemente vulvo-vaginitis. El contacto de materias fecales, cuando existe desgarro completo del periné, obra de la misma manera por el contacto de materias irritantes. Las secreciones de la parte alta del aparato genital, cuando tienen ciertos caracteres, producen análogos efectos; muchas son las mujeres que á cada período menstrual experimentan una vulvo-vaginitis más ó menos intensa. De igual modo obra la descomposición del sudor y de las secreciones genitales cuando entran en fermentación por falta de higiene ó por condiciones exteriores, como en las épocas de calor excesivo ó en las enfermas obesas. Las inyecciones excesivamente calientes ó frías, ó que contengan sustancias cáusticas, ó las disoluciones de antisépticos potentes como el bicloruro y el ácido fénico, obran también produciendo fenómenos de irritación local, que modifican el terreno favorablemente para la acción de los microbios, disminuyendo la vitalidad de los elementos anatómicos y modificando las secreciones de la mucosa de manera que pierdan su acción fisiológica protectora.

Las infecciones generales agudas, como el sarampión, escarlatina, viruela, tifoidea, etc., producen con frecuencia fenómenos de vulvo-vaginitis más ó menos intensos, obrando por mecanismo complicado, pues de un lado disminuyen la resistencia orgánica de la región, y de otro alteran las secreciones profundamente, con lo que los agentes microbianos encuentran el terreno preparado para desplegar sus funciones patógenas.

Las causas traumáticas son frecuentes y variadas en la región vulvo-vaginal. El uso de pesarios favorece en gran escala el desarrollo de vaginitis, á poco que se descuiden las precauciones que en tales casos son de rigor.

La masturbación, produciendo fenómenos frecuentes de irritación é hiperemia, es, con gran frecuencia, otra de las causas de vulvitis. El coito excesivamente frecuente, y particularmente el coito incompleto, sobre todo en los casos en que resulta tal por impotencia relativa del varón, produce fácilmente la vulvitis.

Finalmente, el parto, con todos sus efectos traumáticos y modificadores del funcionalismo genital, crea condiciones favorabilísimas al desarrollo de la vulvo-vaginitis.

Con relación *al microbio* que entra en juego en el desarrollo de la vulvo-vaginitis, puede dividirse en *vulgar* y *específica*.

La *vulvo-vaginitis vulgar* es debida á la acción de los microbios vulgares: estreptococcus, estafilococcus, bacterium colli (que puede calificarse entre los vulgares en esta región), y los distintos microbios anaerobios que constituyen la flora de la región vulvo-vaginal. La específica es originada por microbios de especificidad reconocida, como el micrococo de Neisser, el bacilo de Koch y el bacilo de Loeffler.

En la vulvo-vaginitis vulgar precisa tener en cuenta que los estreptococos ó estafilococos virulentos pueden ser transportados por verdaderos contagios en la zona vulvo-vaginal, y al encontrar el terreno abonado por una de las causas antedichas, desplegar su acción patógena. Si son simplemente depositados en la región, su acción es nula, porque en la vulva encuentran la capa impenetra-

ble de la epidermis cutánea, y en la vagina pierden su virulencia, como lo han demostrado de una manera perentoria las observaciones de Doderlein, Kronig, Menge y algunos otros. De modo, que por sí sola no es suficiente la simple introducción del agente patógeno en la zona vulvo-vaginal para que la vulvo-vaginitis estalle.

En cambio, no es nada difícil provocar la vulvo-vaginitis con aquellos agentes etiológicos que no son sospechosos como vectores de agentes microbianos, cual ocurre con las soluciones de bicloruro, el yodoformo, el ácido fénico ó instrumentos esterilizados, que mecánicamente irritan la región: en estos casos la modificación del terreno hace de manera que la flora vulvo-vaginal pierda el carácter de flora saprofítica y se convierta en patógena. Bajo este punto de vista, aunque no se ha dicho la última palabra sobre la flora vulvo-vaginal, los estudios de los autores antes mencionados (1) arrojan bastante luz para comprender cómo espontáneamente, por así decirlo, puede desarrollarse la vulvo-vaginitis.

En la vulva viven los gérmenes usuales del tegumento cutáneo, sobre todo los diferentes estafilococcus y aun los estreptococcus, conservando con más ó menos intensidad sus propiedades piógenas; en cambio, en la vagina pierden éstos sus propiedades y sólo se conservan los microbios de la putrefacción: por eso en la región vulvar son más frecuentes las formas supuradas que en la vaginal. De ahí también que la antisepsis vulvar pre-operatoria tenga mayor importancia que la antisepsis vaginal, con ser ésta indispensable, aunque sea imposible librarse en absoluto de esos anaerobios saprofíticos de la putrefacción.

Habida cuenta de la presencia constante de gérmenes en la vulva, con carácter facultativo, se comprende fácilmente el desarrollo de vulvo-vaginitis vulgares, bajo la dependencia de causas al parecer extrañas. El roce ocasionado por el coito excesivamente frecuente, produce en la región vulvo-vaginal una hiperemia que modifica las secreciones de la región, á la vez que introduce en la vagina gérmenes que no son sus residentes habituales, y los microbios que hasta entonces permanecieron indiferentes recobran su actividad y desarrollan una vulvo-vaginitis que tiene todos los caracteres de *traumática*; las descamaciones epiteliales y aun desgarros en los primeros coitos, pueden ser motivo de que los gérmenes penetren en el torrente linfático y produzcan fenómenos flogísticos de cuantía, no sólo en la región, sino también á distancia. Es indudable que las enfermas artríticas tienen una predisposición especial para la vulvo-vaginitis, que bien merece el nombre de *artrítica*, por cuanto su aparición está relacionada con los vaivenes que en las modificaciones secretorias y tróficas de la región imprime el estado general del organismo.

La causa más trivial, local ó general, que produzca modificaciones en la región, puede originar la vulvo-vaginitis vulgar en sus diferentes grados de intensidad por la acción de los microbios habituales de la región. Pero si á una causa de vulvo-vaginitis se añade el transporte ó contagio de estos mismos gér-

(1) *Congrès internationale de Médecine*, pág. 3; Paris, 1900.—*Enciclopedia de Ginecología*, de Veit, tomo XII, pág. 235.—DOLERIS Y PICHEVIN: *Introduction à la pratique gynécologique*, pág. 46; Paris, 1896.

menes con virulencia exaltada, entonces los fenómenos flogísticos adquieren mayor relieve y sobreviene el desarrollo de infecciones con daños anatómicos de cuantía, como supuraciones, esfacelos, etc., porque á las condiciones de terreno se junta la potencia patógena de los gérmenes piógenos. Se comprende la inmensa gama que presentarán esas vulvo-vaginitis vulgares, tanto por lo que toca á su intensidad como por lo que se refiere á su duración y frecuencia.

Las *vulvo-vaginitis específicas* obedecen á la presencia de un microbio determinado. La más importante es la *gonocócica*, producida por el gonococo de Neisser, que por sí sola constituye el mayor número de vulvo-vaginitis, y por uno ú otro mecanismo supone siempre la existencia de un contagio, siendo el coito la forma más habitual de implantación en los genitales del gonococo de Neisser. Actualmente es indiscutible que el gonococo, depositado en el aparato genital femenino, basta por su propia virtualidad para producir la blenorragia; así lo confirman los experimentos de Wertheim, Neisser, Menge y otros (1). Ciertamente que las manifestaciones clínicas de la gonococia genital son sumamente variables, tanto por su intensidad como por su duración, pues en ello influyen distintos factores muy dignos de ser tomados en consideración. La virulencia del gonococo es sumamente variable en el momento en que se realiza el contagio, estando á veces atenuada y otras exaltada; las condiciones de la región ofrecen terreno más ó menos apto para los progresos de la infección, y si bien unas veces disminuyen la virulencia del microbio, otras la exaltan; las condiciones de localidad unas veces, otras el modo de ser general del organismo, pueden crear cierto grado de receptividad que explica cómo el contagio producido por un gonococo al parecer atenuado, origina una vulvo-vaginitis violenta ó perpetúa una gonococia que en otros individuos termina prontamente; por el contrario, existen mujeres que parecen gozar de cierta inmunidad y en las que todo contagio gonocócico pierde pronto su virulencia y desaparece por completo. Recuérdese, como ejemplo, la diferencia que Ricord había establecido entre las rubias y las morenas. Más ó menos intensa en sus manifestaciones, la vulvo-vaginitis gonocócica supone siempre un contagio, cualquiera que sea la edad y las condiciones en que aparezca; el origen espontáneo de la blenorragia hoy no puede defenderse, pues los casos en que se apoyaba su defensa se explican perfectamente por los progresos de la microbiología; está demostrado que, como restos de una infección gonocócica anterior, pueden existir, en distintos puntos de la vulva y de la vagina, micrococos de Neisser en estado latente, que, al ser transportados á otro aparato genital sano y virgen de gonococia, pueden originar la blenorragia. Aun en el propio aparato genital, esos mismos gérmenes pueden adquirir nuevamente virulencia por condiciones accidentales del mismo, como período menstrual, excitaciones genitales repetidas, y hasta por efecto de ciertas sustancias algo irritantes, como el bicloruro. Lo importante es reconocer la especificidad de la blenorragia, y esto actualmente es indiscutible, á pesar de la semejanza que Bumm ha encontrado entre ciertos diplococos de la vagina y el gonococo de Neisser (2).

Establecido el contagio de la gonococia, estalla la vulvo-vaginitis después

(1) VERCHÈRE: *La blenorragie chez la femme*, tomo I, págs. 17 y sigs; París, 1894.

(2) POZZI: *Traité de Gynecologie*, pág. 975; París, 1897.

de un período de incubación más ó menos largo, originando formas las más variadas, así por su localización como por su duración é intensidad. Como quiera que los tejidos más propicios para que el gonococo despliegue su acción son las mucosas, de aquí que la vulvo-vaginitis blenorragica se manifieste principalmente desde el comienzo de la parte mucosa de la vulva hacia arriba, alcanzando fácilmente toda la mucosa vaginal. Infecta fácilmente todas las glándulas mucosas de todo el tramo genital, y en los fondos de saco de dichas glándulas suele permanecer latente en los casos de curación aparente de la blenorragia. Hacia la mucosa urinaria y la intra-uterina se propaga fácilmente la gonococia con sus manifestaciones locales.

No es raro que la gonococia se generalice al resto del organismo, dando lugar á manifestaciones de infección generalizada, verdaderas metastasis, entre las que la más frecuente es la *arthritis gonocócica*. En tales casos, el cuadro cíclico de la infección es completo: contagio seguido de un período de incubación, período de desarrollo local de la infección y período de generalización. Del aparato genital pasa la infección al resto del organismo, al revés de lo que ocurre en otras vulvo-vaginitis específicas, en las que la manifestación genital es hija de la infección general; tal ocurre en la *vulvo-vaginitis sifilítica*, en la *diftérica* y en las formas *tuberculosas*.

Estas últimas clases de vulvo-vaginitis específicas son raras comparadas con la gonocócica; la existencia de un agente específico es innegable, aunque no siempre fácil de demostrar. Su origen puede ser ocasionado por un contagio directo del bacilo de Koch ó de Lœfler, presentándose como primera manifestación en el organismo de estas infecciones, pero comúnmente la vulvo-vaginitis específica debida á esta causa es secundaria.

Anatomía patológica.—Las alteraciones anatómicas que acompañan á la vulvo-vaginitis son sumamente variables, según la intensidad de la dolencia, y afectan, bajo este punto de vista, tres formas principales: la *catarral*, la *ulcerosa* y la *supurada*.

VULVO-VAGINITIS CATARRAL.—La vulvo-vaginitis catarral ó eritematosa es la más frecuente, presentándose por lo común generalizada á grandes extensiones y alcanzando desde la región interna de los grandes labios hasta las profundidades de la vagina. Otras veces se presenta localizada en uno de los labios vulvares, pero más generalmente, cuando afecta un tipo circunscrito, se encuentra en la parte profunda de la vulva, hacia la región del himen y entrada de la vagina; la horquilla es uno de los sitios más frecuentes de la vulvitis. Aun en las formas circunscritas es raro encontrarla acantonada en la vulva ó en la vagina, formando verdaderas vulvitis y vaginitis; por lo común afecta en parte ambas regiones.

La región afecta se presenta hiperemiada, con intensidad variable y algo edematosa. El color de la región es de un rojo algo subido y á veces azulado. En distintos sitios se presenta más acentuada la coloración y la hinchazón, demostrando palpablemente focos de intensidad variable; la mucosa está cubierta de moco abundante más ó menos purulento. Dicho moco es á veces glutinoso y pegajoso, lo que ha dado pie á Winckel para hacer de ello una variedad par-

ticular; en ocasiones forma verdaderas falsas membranas más ó menos adheridas á la superficie de la mucosa, como en los casos de vulvo-vaginitis diftérica ó disentérica, y algo parecida en la vulvo-vaginitis específica del período secundario de la sífilis, formando placas mucosas. Las zonas más afectadas sangran fácilmente al contacto de los instrumentos ó de los dedos.

A estas lesiones macroscópicas corresponden lesiones microscópicas en armonía con aquéllas. Bien estudiadas por Ruge, se encuentran las capas epiteliales descamadas, disminuídas en grosor. é infiltradas de células embrionarias redondas; las papilas vaginales y las vulvares están hipertrofiadas y edematosas. La infiltración se extiende á las primeras capas de tejido celular, pero nunca alcanza grandes profundidades; en las zonas afectas ha descubierto Wertheim el gonococo infiltrado entre los tejidos patológicos, y Veit microbios variados. Las glándulas vulvares son invadidas por la infección, sobre todo las pleurales y las de Bartolino.

La edad imprime carácter á las lesiones de la vulvo-colpitis. Así, en la vejez son mucho menos acentuadas que en la edad adulta.

En las formas crónicas las lesiones adquieren un carácter de estabilidad que modifica el modo de ser de la mucosa de la región, que se hace en tales casos rugosa y pierde su blandura.

VULVO-VAGINITIS ULCEROSA. — Dejo de lado las formas de ulceraciones sífilíticas y venéreas, mucho más frecuentes en la región vulvar que en la vaginal, porque generalmente se estudian con las infecciones que las producen.

Pero aparte de estos hechos, con relativa frecuencia la vulvo-vaginitis adquiere una forma ulcerosa. La más común consiste en la existencia de pequeñas ulceraciones redondas de tamaño y número variable, que por lo común se encuentran hacia la horquilla y en la región de las ninfas; son muy superficiales y presentan un fondo rojo, á veces grisáceo, limitado por bordes ligeramente infiltrados; están separadas unas de otras por zonas de epitelio intacto. A veces se encuentran dos ó tres ulceritas á cada lado; en ocasiones existen diez ó doce: son del tamaño de una cabeza de alfiler al de una lenteja.

Otras veces se presentan las ulceraciones más extensas y en pequeño número, formando, sobre todo en la vulva, islotes con pérdida de substancia muy superficiales; los bordes suelen aparecer claramente delimitados y el fondo de la úlcera presenta un color rojo vivo con manchas grisáceas. En la vagina, pocas veces se presentan ulceraciones debidas á la colpitis, como no sea la *úlce-
ra redonda* de la vagina, descrita por algunos autores y que es muy rara; su sitio suele ser la pared posterior de la vagina en su parte alta. El uso de los pesarios ocasiona con frecuencia ulceraciones vaginales, como también las originan los prolapsos; en estos casos, la compresión y el roce son los causantes de la ulceración, que se extiende más ó menos según la limpieza empleada y el tiempo que las causas obran.

En la vulva, las ulceraciones de sus partes superficiales son bastante frecuentes por la facilidad y frecuencia con que son asiento de traumatismos más ó menos fuertes y repetidos.

Alrededor y en el fondo de toda úlcera debida á vulvo-colpitis, se encuentran las mismas lesiones ya descritas, con lo que dicho está que quedan elimi-

nadas de esta clase de afecciones toda suerte de ulceraciones neoplásicas y específicas. Las ulceraciones propias de la vulvo-vaginitis son tan sólo hijas de la flogosis, y, por tanto, ulceraciones simples.

VULVO-VAGINITIS SUPURADA. — En ésta las lesiones invaden los tejidos profundos. La infección se propaga al tejido celular subcutáneo y submucoso, y se forman flemones limitados ó difusos como consecuencia de la vulvo-colpitis, de modo que tales manifestaciones más bien son una complicación de la vulvo-vaginitis que una variedad de la misma. A veces el foco de supuración tiene su punto de partida en una glándula infectada de las muchas que existen en la región.

En la vulva es donde con mayor frecuencia se presentan colecciones supuradas como consecuencia de una vulvitis; su sitio más frecuente son los grandes labios y las glándulas de Bartolino.

Es de notar, cuando se presenta un flemón en los grandes labios, así sea insignificante por su volumen y extensión, el enorme edema que produce, por la facilidad con que se infiltra el mucho tejido celular y muy laxo que se encuentra en la región. En la vulva es donde alguna vez se presenta una verdadera vulvitis supurada en forma parecida á una forunculosis vulvar; varias glándulas sebáceas infectadas van evolucionando una después de otra y formando en la superficie de los grandes labios una serie interminable de verdaderos abscesos cutáneos.

La inflamación ó flemón de la glándula de Bartolino es muy frecuente, y por su causa se forma un verdadero flemón hacia los lados de la horquilla, de volumen sumamente variable. Por su frecuencia y curso especial merece descripción aparte en las formas de la vulvitis.

En la vagina raras veces se presenta la forma supurada. Tan solo en aquellos casos de vulvo-colpitis gangrenosa, muy raros por cierto, las lesiones se extienden hacia la vagina, originando la variedad de colpitis que algunos llaman disecante, porque infiltra y lleva á supuración y hasta á gangrena los tejidos submucosos, extendiéndose por lo común rápidamente; son producidas por la presencia de microbios extremadamente virulentos.

Se explica la mayor frecuencia de las vulvitis supuradas con relación á las colpitis, teniendo en cuenta la flora propia de cada región que dejó apuntada. En la vulva viven microbios piógenos, como el estreptococo y estafilococo, que no encuentran en la vagina condiciones de terreno abonadas para su residencia; por eso, al sobrevenir la vulvo-vaginitis, con mayor facilidad existen complicaciones supuradas en la primera que en la segunda.

Las vulvo-vaginitis vulgares tienen más tendencia á hacerse supuradas que las gonocócicas: éstas, por lo común, producen lesiones superficiales en la mucosa; por eso la glándula de Bartolino, que ofrece una superficie mucosa muy extensa, es con frecuencia atacada por la gonococia, y sin duda que muchas de las bartolinitis reconocen este origen.

Síntomas y diagnóstico. — El primer síntoma de la vulvo-vaginitis que la enferma experimenta es una sensación de ardor en la región vulvo-vaginal, sumamente variable en extensión é intensidad. Frecuentemente acompaña á

esa sensación la existencia de prurito más ó menos insistente y fuerte, particularmente hacia las regiones de los grandes y pequeños labios y hacia la horquilla. Cuando la vulvo-vaginitis es algo intensa, presenta fenómenos de propagación á las zonas vecinas, extendiéndose con frecuencia aquellas molestias hacia el monte de Venus y parte alta é interna de los muslos.

Si la vulvo-vaginitis reviste cierta intensidad, la enferma aqueja punzadas en distintos sitios, pero sobre todo en la parte profunda de la vulva. Es muy frecuente la existencia de tenesmo vesical por propagación de vecindad, y las molestias de la vulvo-vaginitis se acentúan por la frecuencia de la micción, que despierta el ardor y el dolor pungitivo al contacto de la orina con las partes dañadas.

El coito es doloroso y á veces imposible, sobre todo en las formas ulceradas, que por sí solas llegan á producir un verdadero vaginismo que imposibilita el coito en absoluto. Excepto en las formas muy crónicas, es raro que la vulvo-vaginitis no origine cierto grado de dispareunia.

Uno de los síntomas más constantes y molestos es una marcada sensación de peso que la enferma experimenta, la que, comunicándose hacia el ano y el recto, da lugar á la sensación de tenesmo rectal. Es tal esa sensación, que algunas enfermas tienen la convicción de que sufren un prolapso de los genitales, y esa molestia es, en muchas formas sub-agudas, la que les impide á consultar al ginecólogo; en las formas agudas existen irradiaciones dolorosas hacia la pelvis.

Otro síntoma constante de la vulvo-vaginitis es la leucorrea, sumamente variable en cantidad y caracteres. Escasa y mucosa en las formas de mediana intensidad, es purulenta, abundante y de color amarillo en las formas gonocócicas agudas. En ocasiones adquiere un color verdoso, y fácilmente se presenta teñida en sangre en las formas ulcerosas y en las agudas que revisten alguna intensidad. Más acuosa cuando la vaginitis domina, se presenta espesa cuando la vulva entra en juego, porque en esta última dominan las glándulas mucosas.

La exploración de la región vulvo-vaginal es, en estos casos, muy útil. Si la vulvo-vaginitis es muy generalizada, la superficie de los grandes labios se presenta rubicunda y algo tumefacta; pero, por regla general, precisa separar los grandes labios para descubrir en el fondo de la vulva, hacia los pequeños labios, horquilla y entrada de la vagina, la rubicundez propia de la vulvo-vaginitis ó las ulceraciones mayores ó menores que en tales casos existen; la parte profunda de la vulva aparece cubierta de leucorrea más ó menos abundante, y el contacto de los dedos con los genitales resulta doloroso.

La vagina, cuando la infección es aguda, no debe explorarse con espéculum, porque su aplicación resulta dolorosa, y es preferible separar las paredes con los dedos ó con una espátula para inspeccionar las paredes vaginales. En las vaginitis intensas aparecen, en cuanto se separan las paredes vaginales, oleadas de leucorrea de color vario, generalmente amarillo. En las formas ulcerosas aparecen ulceraciones de forma y extensión variable; estas ulceraciones suelen ser muy dolorosas al tacto y son muy superficiales, con escasa pérdida de substancia, y nunca presentan base de induración si á la vez no existe alguna lesión flemonosa, que se distingue por formar tumoración rodeada de edema.

En las formas diftéricas y disentéricas se encuentran falsas membranas

cubriendo la superficie rubicunda de la mucosa, lo mismo que en la vulvitis debida á la formación de placas mucosas de origen sifilítico.

El diagnóstico de la vulvo-vaginitis no presenta dificultades cuando se trata de establecerlo de una manera genérica. Pero cuando se quiere averiguar su naturaleza, es realmente difícil, y por cierto que en muchísimas ocasiones tiene el hecho grande importancia, no sólo por el interés que tiene el ginecólogo en la averiguación del hecho, sino porque frecuentemente es interrogado acerca de este particular.

Nada más difícil que decir de una manera cierta si una vulvo-vaginitis es de origen vulgar ó producida por contagio gonocócico. Casos habrá en que los caracteres clínicos de la infección harán presumir un contagio gonocócico: un comienzo brusco con desarrollo rápido, sin causa aparente, la aparición de leucorrea abundante y amarilla, la extensión de las lesiones á toda la zona vaginal, la existencia de fenómenos por parte del aparato urinario, y la rebeldía de la afección, harán presumir que se trata de una infección gonocócica; empero, aparte de que en las formas subagudas y crónicas esos caracteres son mucho menos acentuados, aun en las formas agudas no arguyen certeza diagnóstica; así es que el ginecólogo, tanto por prudencia, que exige la inseguridad científica, como por exigirlo así casi siempre conveniencias sociales, hará bien en no pronunciar fallos seguros respecto á la naturaleza de una vulvo-vaginitis determinada; con frecuencia he visto consecuencias desagradables producidas por haber algún ginecólogo expresado sus convicciones acerca de la especificidad de ciertas vulvo-vaginitis, que no siempre han tenido confirmación en el examen científico de un caso determinado.

Cuando el ginecólogo, por uno ú otro motivo, tiene interés en averiguar la naturaleza de una vulvo-vaginitis, no existe más camino que recurrir al examen bacteriológico de la leucorrea (1), siendo de notar que el resultado negativo de un primer examen no arguye la seguridad de que no exista el gonococo de Neisser; cuando el examen bacteriológico resulta positivo, no hay lugar á dudas, pero si es negativo, precisa repetirlo varias veces para concluir en la no existencia del gonococo de Neisser, y, por tanto, en la negación de especificidad.

Más difícil resulta todavía demostrar la especificidad de ciertas formas de vulvo-vaginitis, como la tuberculosa, porque en éstas muy raras veces puede demostrarse la existencia del bacilo de Koch, y la convicción se adquiere por la existencia de lesiones anatómicas producidas por dicho bacilo, las cuales, á falta

(1) Una gotita de leucorrea se extiende sobre un porta-objetos, por medio del borde de otro, en capa muy delgada; se deja secar, se fija, tratándola por el alcohol y éter durante cinco minutos, ó pasándola rápidamente dos ó tres veces por la llama de alcohol, y se trata por cualquiera de los colorantes usuales del modo siguiente: coloración durante cuatro ó cinco minutos en solución acuosa de violeta, genciana, tionina, etc.; lavado en agua común, durante uno ó dos minutos, para quitar el exceso de color; desecación espontánea; inclusión en bálamo al xilol y se cubre con una laminilla. El examen debe hacerse con un aumento de 800 á 1.000 diámetros.

Si hay confusión con el estreptococo ó el estafilococo, se trata otra preparación por el método de Gramm como sigue: coloración por el violeta de metilo ó genciana durante cinco á diez minutos; lavado en agua; fijación por el líquido de Gramm (yodo, 1; yoduro potásico, 2; agua, 300) durante dos minutos; decoloración por el alcohol absoluto hasta que pierda color, quedando el azul pálido; lavado en agua; desecación é inclusión en bálamo. Con este tratamiento el gonococo se decolora, conservando su color el estreptococo y el estafilococo.

de micro-organismo, tienen caracteres bastante típicos para concluir en cuál ha sido la causa productora. Al hablar de otras lesiones tuberculosas del aparato genital, tendré ocasión de insistir en esos extremos.

Otras formas de vulvo-vaginitis específicas, como la diftérica, no ofrecen dificultad, porque las lesiones anatómicas que las acompañan son bastante características para no dar lugar á dudas.

Aparte estas dificultades diagnósticas, la vulvo-vaginitis es de las enfermedades que se diagnostican con mayor facilidad y que menos se presta á confusiones. Las formas ulceradas pueden, en ocasiones, producir alguna perplejidad, pero un examen atento aparta toda duda. Algunas veces se ha tomado por vaginitis un derrame purulento, originado por la abertura vaginal de un absceso paramétrico ó pelvi-peritonítico, pero ello acusa tan sólo un examen superficial, pues una exploración concienzuda no deja, en tales casos, lugar á la menor duda. Y lo mismo cabe decir de la confusión de las leucorreas uterinas con las vaginales: ello puede sólo ocurrir en los casos crónicos, en que la única manifestación de la vulvo-vaginitis es la leucorrea, pero entonces no hay inconveniente en el empleo del espéculum, y su simple aplicación, demostrando el origen de la leucorrea, deja claro el diagnóstico.

Curso, complicaciones y formas de la vulvo-vaginitis. — Por su curso debe dividirse la vulvo-vaginitis en *aguda* y *crónica*.

La vulvo-vaginitis aguda vulgar es una enfermedad que casi puede calificarse de efímera: en seis ú ocho días recorre su ciclo y termina por la curación; á veces es algo más rebelde y dura diez ó doce días, pero por excepción se prolonga más tiempo. En cambio, la vulvo-vaginitis gonocócica aguda que se agota con mayor prontitud, dura, por lo menos, quince días, y no es rara verla persistir tres, cuatro ó seis semanas. Las formas agudas son las que presentan todo el cuadro de síntomas subjetivos y objetivos apuntado.

La vulvo-vaginitis crónica puede comenzar con el carácter de tal, pero más comúnmente es subsiguiente á una invasión aguda, cuyo curso adquiere sello de cronicidad por la persistencia de causas que mantienen la virulencia de la infección; á veces, por la intensidad de esta misma virulencia, ó en ocasiones como consecuencia de tratamientos mal dirigidos. La persistencia de un pesario, de un desgarrar del periné ó de una fístula urinaria hacen que la vulvo-vaginitis adquiera carácter de cronicidad: la masturbación y el coito incompleto hacen otro tanto; cuando es el artrismo quien abona el terreno á la aparición de la vulvo-vaginitis vulgar, ésta suele ofrecer un carácter de tenacidad y rebeldía desusadas. Las infecciones gonocócicas matrimoniales suelen revestir carácter de cronicidad, porque el no interrumpido comercio sexual mantiene condiciones propias para que el gonococo no se agote; cuando el aparato genital después de la infección gonorreica permanece tranquilo, como ocurre en ciertos casos de coito furtivo, suele agotarse la infección; en cambio, si es en una recién casada, es casi seguro que adquirirá carácter crónico y se propagará. El embarazo, por la congestión que produce en los genitales externos, tiene tendencia á eternizar las vulvo-vaginitis de cualquiera naturaleza que sean. Ciertos tratamientos demasiado enérgicos mantienen á veces una vulvo-vaginitis que, sin su intervención, desaparecería prontamente: ¡cuántas veces he visto desaparecer en

pocos días una leucorrea de meses de duración, substituyendo simplemente las inyecciones de bicloruro por inyecciones de agua hervida! La vulvo-vaginitis crónica no tiene período de duración determinado: en tanto persiste la causa que le comunica su carácter de rebeldía, dura la enfermedad; meses y aun años puede persistir una vulvo-vaginitis estacionada ó con recrudescencias más ó menos aparatosas. En esas vulvo-vaginitis crónicas casi el único síntoma es la leucorrea.

Las complicaciones de la vulvo-vaginitis están constituidas casi exclusivamente por fenómenos de propagación á los órganos vecinos. Sobre todo la gonocócica se extiende fácilmente hacia la uretra y vejiga, produciendo fenómenos de uretritis y cistitis, á veces muy intensos; no es raro que en la vulvo-vaginitis crónica gonorreica se encuentre uno de sus estigmas más característicos en un pequeño derrame amarillento, que la compresión de la uretra hace salir por el meato; su existencia permite casi asegurar la presencia del gonococo, pero su ausencia nada significa. La propagación de la vulvo-vaginitis hacia las partes altas del aparato genital, siguiendo la vía mucosa é invadiendo sucesivamente el endometrio, las trompas y el peritoneo, es uno de los fenómenos más frecuentes y cuyo conocimiento ha hecho más luz en la patogenia de muchas formas de metritis, salpingitis y perimetritis. Complicación ó consecuencia de la vulvo-vaginitis puede ser la infección del tejido celular, siempre que existiendo erosiones en la región vulvo-vaginal, las colonias microbianas avanzan por el sistema linfático hacia regiones profundas; en casos tales la cuantía de la complicación obscurece la importancia de la enfermedad primitiva, que queda relegada á segundo término, figurando principalmente como causa ú origen de la complicación. La propagación á la región del ano, y á veces hacia el recto, particularmente de la gonorrea, tiene también con frecuencia cierta importancia.

Las formas de la vulvo-vaginitis son sumamente variables, según la lesión anatómica que constituye la característica de la misma, según la extensión de la dolencia, según la edad y hasta según los efectos producidos. Es indudable que, bajo todos estos conceptos, los tipos son sumamente variables, pero tan sólo algunos merecen mención especial.

La vulvitis supurada tiene dos localizaciones principales: el absceso ó flemón de los grandes labios y de las glándulas de Bartolino.

El flemón de los grandes labios suele atacar uno de los lados de la vulva; en general se presenta en la parte media, formando un nódulo flogístico á veces difícil de descubrir, porque el edema que infiltra la mitad correspondiente de la vulva lo oculta; es bastante doloroso y produce malestar general, imposibilitando á las enfermas de estar sentadas; su curso es bastante rápido y suele terminar por supuración en ocho ó diez días, desapareciendo ó disminuyendo grandemente el edema en cuanto se ha formado la colección purulenta.

La bartolinitis es de las formas más frecuentes, sobre todo en la vulvo-vaginitis blenorragica: no es raro que ataque los dos lados, aunque es más común que tenga su asiento tan sólo en una de las glándulas. Se forma un tumor, como un huevo de gallina, al lado de la orquilla, acompañado de rubicundez y muy doloroso: el edema es menos acentuado que en el flemón del gran labio; á los doce ó quince días se forma la supuración, que se abre camino

á veces por el mismo conducto excretor de la glándula, otras formando una abertura hacia los pequeños labios ó la horquilla, por donde se elimina la colección, y otras, aunque raras, se abre paso la colección hacia el recto. Es raro que, eliminada la colección, cuyo pus es más ó menos seroso, sobrevenga una curación completa, sino que la mucosa que forma los acini glandulares permanece infectada, y quedan, por lo común, los gérmenes de una nueva bartolinitis. De aquí la frecuencia de esas bartolinitis de repetición, que periódicamente forman flemones glandulares sumamente molestos; á veces estalla la bartolinitis en cada período menstrual; otras transcurren períodos de dos y tres meses y á veces de un año antes de repetir, formando de esta manera verdaderos trayectos fistulosos que desaguan periódicamente la bartolinitis crónica que en tales casos existe. Así como la curación espontánea del flemón de los grandes labios es la regla, la de la bartolinitis es la excepción, porque siempre queda algún recodo glandular infectado, y como la zona limitante está constituida por la mucosa, ésta no se elimina ni destruye, y de aquí la persistencia de las lesiones.

La colpitis supurada es menos frecuente que la vulvitis: la supuración se forma en el tejido celular submucoso; su sitio más frecuente es la parte baja de la pared posterior, hacia el vértice del cuerpo perineal; no es raro que el pus se abra paso á la vez hacia el recto y hacia la vagina, dejando algunas veces como secuela una fistula recto-vaginal. Raramente la supuración peri-vaginal es difusa, separando grandes trozos de mucosa y disecando los espacios celulares; algunos autores, sin embargo, han descrito esta forma rarísima de colpitis con el nombre de vaginitis ó perivaginitis disecante, que siempre es debida á contagios virulentos, con ocasión de traumatismos más ó menos intensos; por lo general, no se observa más que en el puerperio.

La vulvo-vaginitis gangrenosa, que invade principalmente la vulva y la entrada de la vagina, deformando las partes por las pérdidas de substancia que ocasiona y produciendo cicatrices deformes, sólo suele presentarse en la convalecencia de enfermedades generales infectivas, como la tifoidea, escarlatina, etc., y aun en tales casos, más á menudo aparece en la infancia y en la pubertad que en la edad adulta, durante la cual es verdaderamente rara. Es una de las formas graves por las consecuencias que puede acarrear.

La kraurosis de la vulva, según se desprende de los estudios de Reid y de las opiniones de Martín y de muchos ginecólogos, es una lesión consecutiva á un proceso flogístico de los genitales externos. Tiene caracteres tales de afección definitiva, que desde que Breisky la dió á conocer como entidad nosológica nadie la discute. Se localiza principalmente en la vulva, pero también puede extenderse á la vagina; por lo común, se presenta generalizada en toda la vulva, pero á veces se limita á una mitad de la vulva ó aun á una zona más limitada, como no es raro encontrar en la vagina retracciones parciales á altura distinta, de naturaleza igual á la kraurosis vulvar. Se caracteriza la kraurosis por un proceso atrófico: la vulva ó la vagina se decoloran, los pequeños labios y el clítoris se atrofian y desaparecen, siendo substituídos por una especie de tejido cicatricial; la piel de la vulva se torna áspera y seca y pierde su elasticidad; la entrada de la vagina se estrecha á veces de un modo considerable, y esa estrechez se extiende más ó menos á la vagina ó ataca islotes de la zona vaginal. En con-

junto, presenta los caracteres de una verdadera atrofia esclerósica, y así lo confirman los caracteres histológicos revelados por Reid, Ortmann, Martín y otros. Sobreviene, por lo común, en enfermas afectas de vulvo-vaginitis crónica, y á su desarrollo precede y acompaña á veces la existencia de prurito más ó menos intenso. Las enfermas sienten sensación de tirantez y les molesta la estrechez vulvar; cuando está muy desarrollada, es un verdadero obstáculo para el coito, y aun puede ser una dificultad para el parto; esa especie de estrechamiento cicatricial llega á veces á ser muy pronunciada: he visto el caso de una multipara en la que no podía introducirse el índice por la vagina. Aunque todo ello acusa fenómenos de senilidad prematura del aparato genital, lo cierto es que los casos más típicos se observan en mujeres de treinta á cuarenta años, en las que el aparato útero-ovárico goza todavía de plena actividad. Es enfermedad poco frecuente; recuerdo haber visto ocho ó diez casos bien caracterizados de kraurosis generalizada. Las esclerosis atróficas parciales ó limitadas son bastante más frecuentes; éstas tienen mucha menor importancia que aquéllas, pues no es raro que se estacionen en su evolución; en cambio, la kraurosis generalizada es enfermedad sumamente rebelde, de curso crónico y progresivo y marcada con el sello de la incurabilidad, tanto abandonada á su evolución espontánea como tratada por medios médicos; tan sólo la intervención quirúrgica, como veremos al hablar del tratamiento, puede dar algunos resultados.

La *leucoplasia vulvo-vaginal* es una forma de vulvitis rara pero muy interesante. Mucho más frecuente en la vulva que en la vagina ocupa principalmente la parte interna de los grandes labios ó bien la horquilla y entrada de la vagina: va siempre precedida de fenómenos de vulvitis crónica y muy amenudo de prurito persistente siendo más frecuente de los treinta años para arriba. Se caracteriza por la existencia de placas de extensión variable pero, por lo común, de uno á dos centímetros, ovaladas, apergaminadas al tacto, ligeramente prominentes y de un color rosa blanquecino á veces gris turbio ó bien entremezclado con pequeñas elevaciones como papilas. Su lesión característica consiste en una hipertrofia de la capa córnea del epidermis mucoso, una proliferación manifiesta de la capa eleidínica y una mayor exuberancia de las papilas dérmicas (fig. 188). El escozor y el prurito son sus síntomas principales y se caracterizan por su cronicidad é inamovilidad, siendo su mayor trascendencia

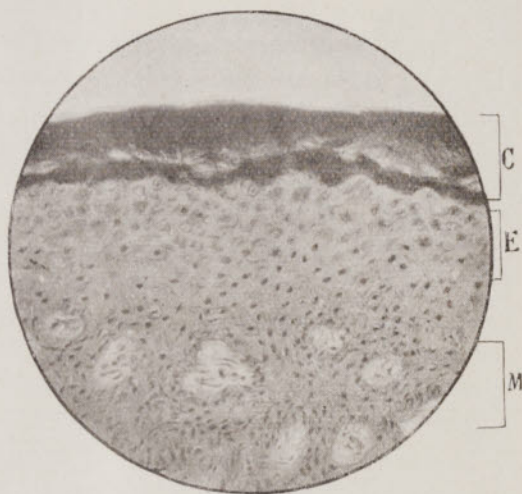


FIG. 188

Leucoplasia vulvar. (Porción de una zona leucoplásica inmediata á un epitelioma vulvar).

C, capa córnea.—E, capa de los granos de eleidina considerablemente aumentada.—M, zona profunda del cuerpo de Malpighio algo hiperplásica.

(Aumento 1E0 diámetros.)

la facilidad con que degenera en epitelioma. Sólo un tratamiento quirúrgico puede dar resultados.

La vulvo-vaginitis de la infancia merece también mención especial, sobre todo bajo el punto de vista de que en esa época de la vida es cuando se presenta la vulvitis con sus caracteres propios y limitada con frecuencia á dicha región. Actualmente no es discutible que la mayor parte de vulvitis de la infancia son

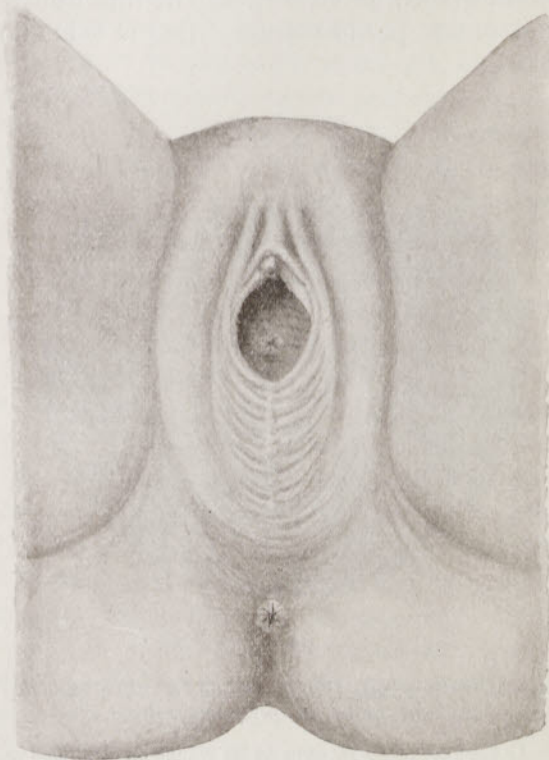


FIG. 189

Aglutinación ó adherencia de los pequeños labios en una niña.

de origen gonocócico: lo haría sospechar el presentarse en forma epidémica en los colegios y pensionados; pero si hubiese habido duda, ésta desaparece después que se ha podido aplicar el examen bacteriológico al pus de dichas vulvo-vaginitis, demostrando que la inmensa mayoría son gonocócicas; el contagio en tales casos se realiza por contacto de cualquier cuerpo contaminado, sobre todo las ropas de la cama y también los excusados. Quizás el fenómeno más interesante de la vulvitis de la infancia es la facilidad con que produce la *aglutinación ó adherencia de los pequeños labios*, hecho que no tiene nada de raro por lo que he podido observar; y que no debe confundirse con una imperforación congénita del himen ó de la vulva; Veit cree que la vulvitis blenorragica es casi siempre la causa de este fenómeno, pero no parece dudoso que pueda producirlo

también una vulvitis vulgar; el fenómeno es frecuente en las niñas de un año y menos, sin que deje de presentarse, aunque raramente, en épocas más avanzadas. La lesión es característica; los pequeños labios están unidos en toda su extensión, excepto en un punto hacia adelante ó hacia atrás, por el que se verifica la salida de la orina; forma dicha unión como un verdadero diafragma en el que se descubre una línea transparente ántero-posterior, que es la línea de unión (fig. 189); algunas veces podrá quedar la duda de si la lesión es congénita, y puede que así sea, por una vulvitis intra-uterina, pero hay casos indiscutibles de que la aglutinación ha sobrevenido en la vida extra-uterina, y más de uno he visto en el que no queda duda de la época del desarrollo de dicha unión; se comprende fácilmente, por otra parte, su patogenia: una irritación vulvar produce una descamación en la mucosa de los pequeños labios, los que, mantenién-

dose en íntimo contacto, se adhieren, aunque de una manera deleznable, pues dicha unión es siempre muy frágil y carece de vasos sanguíneos; por eso quizás el nombre que mejor expresa el carácter de la lesión es el de *aglutinación*. Después de un año es más raro el fenómeno, aunque también puede ocurrir, según he podido observar en más de una ocasión. Una buena higiene de los genitales externos previene seguramente la formación de tales adherencias.

La vulvo-vaginitis de la vejez, que aparece en épocas más ó menos adelantadas de la vida, pero siempre después de la menopausia, presenta caracteres especiales que le comunican sello propio. Téngase en cuenta la decoloración que la mucosa genital presenta después de la menopausia: su color es blanquizco por la falta de circulación y atrofia senil de los elementos propios de la mucosa; sobre este fondo blanquecino se destacan las manchas de vulvo-vaginitis más ó menos extensas, que presentan color rojo, á veces azulado, otras vinoso, el cual resalta notablemente sobre la mucosa decolorada, presentando todo el aspecto de ulceraciones superficiales, que, sin embargo, pocas veces existen. Su punto de predilección es la parte mucosa de la vulva y la entrada de la vagina, sobre todo hacia las partes laterales, formando como placas de contornos irregulares cubiertas á veces por la leucorrea propia de estos casos.

Pronóstico y tratamiento.— No es la vulvo-vaginitis de aquellas afecciones poco influidas por un tratamiento adecuado, y, por tanto, su pronóstico está casi siempre supeditado al tratamiento puesto en práctica. Ciertamente hay casos rebeldes y formas que parecen burlar toda acción terapéutica, pero, por regla general, las vulvo-vaginitis obedecen á la acción medicamentosa, y aun á veces terminan pronto por curación espontánea; por lo tanto, su pronóstico suele ser benigno.

En tesis general, el tratamiento de la vulvo-vaginitis ha sufrido un retroceso, más que un adelanto, del conocimiento de su etiología y patogenia; en buena teoría, todo agente capaz de destruir el microbio patógeno debía ser un medio seguro y rápido contra la infección vulvo-vaginal, sobre todo habida cuenta que el sitio de la infección es una región asequible á los diferentes medios antisépticos que pueden emplearse; pero en buena práctica resulta que esos mismos medios, fuertemente microbicidas, obran también sobre los elementos anatómicos; las modificaciones que imprimen al terreno son altamente favorables á la acción de los microbios patógenos, y como éstos, unas veces por su resistencia, otras por esconderse en los fondos glandulares y ponerse á cubierto de la acción del bactericida, escapan con frecuencia á su acción letal, resulta que la lesión se eterniza ó á veces se agrava.

Por regla general, puede decirse que en toda vulvo-vaginitis aguda están contraindicados los antisépticos enérgicos; las soluciones de bicloruro ó biyoduro de mercurio, de ácido fénico, de lisol, de formol, de sulfato de cobre, etc., están contraindicadas, á no ser que se usen á dosis que las equiparen al agua común ó simplemente esterilizada. No debe olvidarse que la región tiene medios de defensa naturales que sirven para agotar el poder patógeno de la mayoría de microbios productores de la vulvo-vaginitis, á condición de colocarla en condiciones de que aquéllos puedan desarrollarse.

La primera indicación consiste en separar las causas productoras: modera-

ción ó suspensión de las relaciones sexuales, regularización de las mismas, retirar pesarios existentes, curación de endometritis, de desgarros, de fistulas, etc., etcétera, pues de otro modo todo tratamiento será estéril si persisten las causas productoras.

La segunda indicación consiste en emplear medios que combatan los elementos patogénicos, con lo que se favorece la acción defensiva propia de la región, y esto se logra con lavados vulvares y vaginales repetidos con frecuencia, y en los que se busca la acción de un calor suave (35° á 38°) que regulariza la circulación en las zonas hiperemiadas, á la vez que la acción de ciertos medicamentos, más bien astringentes que antisépticos, como el sulfato de zinc (6 á 8 por 1.000), sulfato alúmina en la misma proporción, soluciones ligeras de tanino, soluciones de ácido bórico al 4 por 100, cuya acción como antiséptico es casi despreciable; aun ciertos cocimientos vegetales, como de flor de saúco, por ejemplo, surten en ocasiones efectos mucho mejores que las soluciones antisépticas potentes tan en uso. Esas inyecciones vulvo-vaginales, aparte la acción que pueda atribuírseles por su composición, tienen la gran ventaja de limpiar la región, arrastrando las secreciones y quitando un elemento propicio al sostenimiento de la infección.

Estos medios bastan muchas veces, casi siempre, para curar una vulvo-vaginitis. Cuando afecta la forma crónica es preciso recurrir á otros elementos para curar la dolencia, pero aun en estos casos conviene mucho tener en cuenta cómo puede cumplirse esa tercera indicación, que consiste en desinfectar el aparato genital y destruir las lesiones anatómicas que la cronicidad de la enfermedad haya podido crear. No son ciertamente las inyecciones vaginales antisépticas las que pueden servirnos: ya antes dije, y repito ahora, que he visto muchas vulvo-vaginitis sostenidas por el empleo prolongado de inyecciones de sublimado, de ácido fénico, salicílico, etc., que al suspenderlas y sustituirlas por inyecciones bóricas ó emolientes, ú otro de los tratamientos que voy á indicar, han desaparecido prontamente. Creo que esas inyecciones, fuertemente antisépticas, no son de aplicación común, que su papel está en la sala de operaciones y en determinados casos, y que ponerlas en manos de la enferma, como medio corriente de tratamiento, ocasiona más perjuicios que ventajas.

En las formas crónicas, ó pasado el período agudo, existen dos indicaciones á cumplir: procurar la reabsorción de las infiltraciones y favorecer la eliminación ó muerte de los microbios que persisten en su acción.

Ambas se logran fácilmente con la aplicación de los óvulos de glicerina ó supositorios vaginales; éstos pueden ser simples ó de glicerina sola, ó bien tener en suspensión ciertas substancias antisépticas, como el yodoformo para ciertos casos, y aun mejor el tanino, la alúmina y, sobre todo, el subnitrito de bismuto; se comprende cuánto puede variarse la composición de los supositorios: excretan una cantidad enorme de líquido acuoso por el poder higroscópico de la glicerina, que al ser eliminado desengurgita la mucosa y arrastra de los fondos y utrículos glandulares las colonias microbianas de reserva para renovar la infección; y si á esto se añade la acción antiséptica de la glicerina y de la substancia que el supositorio puede llevar en suspensión, se comprende que sea el ideal para el tratamiento de esas dolencias. Veit se felicita de la introducción (en su país, porque ya es vieja esta medicación) de esa forma medicamentosa en el trata-

miento de la vulvo-vaginitis, y el solo inconveniente que la encuentra es que, aplicándose la misma enferma, puede introducir en la vagina gérmenes de la vulva; esto no puede negarse en teoría, pero en práctica resulta que los gérmenes que hayan podido introducirse se eliminan con la corriente que hacia afuera se establece, y los efectos de los supositorios son siempre buenos. Precisamente es la gran ventaja que yo encuentro á ese tratamiento sobre los que luego indicaré: que la medicación puede dejarse en manos de la enferma sin que el ginecólogo tenga que hacer curaciones él mismo, y si á la aplicación de un supositorio por la misma enferma se hace preceder un lavado vulvo-vaginal, según aconsejo en tales casos, el peligro señalado por Veit es verdaderamente despreciable. Los efectos de esta medicación suelen ser inmediatos y persistentes si no continúa obrando la causa que motiva la vulvo-vaginitis, y si así es, los efectos paliativos no dejan de obtenerse nunca. Para mejorarlos pueden asociarse á los supositorios glicerizados, además de las sustancias dichas, el ictiol, protargol, dermatol, bromocol, argonina, etc., todos los cuales pueden ser útiles en la generalidad de los casos.

Esta misma indicación puede emplearse aplicando tapones de algodón higroscópico, empapados en glicerina sola ó mezclada con alguna de las sustancias antedichas; no hay duda que esos tapones vaginales son eficaces, pero no lo son más que los supositorios. Su modo de obrar es exactamente el mismo, pero tienen el inconveniente de que su empleo exige que lo aplique el ginecólogo mismo. Claro está que en algunas enfermas poco cuidadosas en el empleo de esas medicaciones tópicas, es una ventaja, como dicen algunos autores, que la medicación tenga que aplicarla el ginecólogo mismo, porque él lo hará debidamente, pero en la mayoría de veces resulta ello un inconveniente.

En ciertas formas rebeldes de vaginitis que resisten á la medicación anterior, cabe recurrir al taponamiento seco de la vagina, á una verdadera colonización realizada con gasa esterilizada ó con gasa antiséptica yodofórmica, timolada, ictiolada y también en ocasiones glicerizada. El taponamiento debe renovarse cada veinticuatro horas y á la misma acción antedicha se añade con ese taponamiento la acción compresiva del mismo, y por el sostenimiento que procura á los órganos pélvicos, la regularización de la circulación. Los casos en que se hace preciso son realmente muy pocos, pero sin duda es un medio eficazísimo.

En ciertas formas ulcerosas precisa á veces favorecer la reparación de las pequeñas pérdidas de substancia cauterizando ligeramente las superficies ulceradas: la tintura de yodo da muy buenos resultados, y si la úlcera es algo profunda y rebelde, los toques con nitrato de plata están perfectamente justificados. Por regla general bastan los medios antes indicados para que las pequeñas ulceraciones que suelen existir cicatricen prontamente.

En las vulvo-vaginitis agudas, y á veces en el curso de ciertas formas crónicas, se presenta una indicación sintomática para calmar el dolor y escozor que la enferma experimenta: nada mejor en tales casos, para obtener un efecto inmediato, que los semicupios prolongados, emolientes, de salvado ó flor de saúco, por ejemplo. La aplicación tópica de calmantes, aun de la misma cocaína, no siempre es eficaz.

Un juicio para terminar con el tratamiento de la vulvo-vaginitis. El trata-

miento abortivo de la vulvo-vaginitis gonocócica, sea con soluciones de nitrato de plata, de cloruro de zinc, de bicloruro de mercurio ó con otras de las sustancias propuestas, resulta siempre molesto y casi siempre ilusorio; se comprende que así sea, porque los microbios glandulares escapan á la acción del bactericida. No debe ese tratamiento inspirar confianza, y menos fiados en él hemos de prescindir del tratamiento racional y clásico que acabo de indicar: una vulvo-vaginitis blenorragica se cura mucho mejor y más seguramente con un reposo

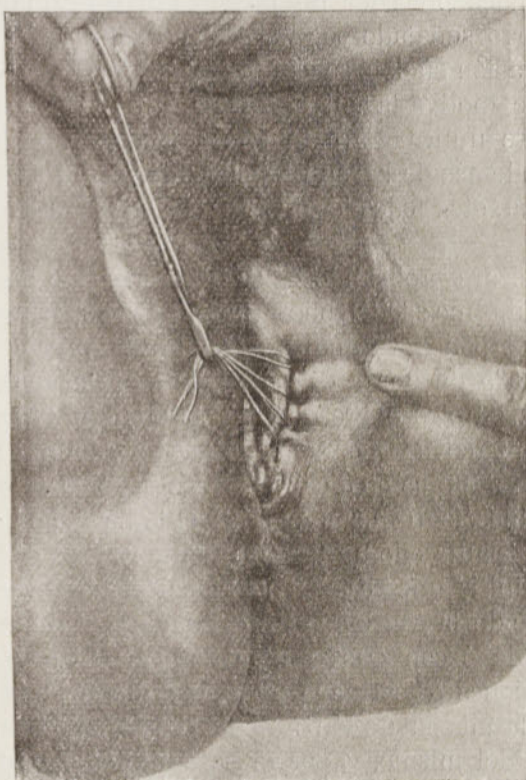


FIG. 190

*Extirpación completa de la glándula de Bartolino.
Sutura.*

completo del aparato genital, lavados con solución débil de sulfato de zinc y supositorios con bismuto, que con las inyecciones abortivas de nitrato de plata ó de toda otra substancia reputada como tal.

En determinadas formas de vulvo-vaginitis, se presentan indicaciones especiales de índole quirúrgica que conviene tener en cuenta.

Los flemones de los grandes labios tienen gran tendencia á abrirse espontáneamente en cuanto existe colección purulenta, pero cuando esta abertura se retarda, está perfectamente indicada la incisión del foco; por regla general éste se agota muy pronto, por tratarse de tejidos sumamente retráctiles que no dejan cavidades que mantengan supuraciones prolongadas.

No ocurre lo mismo con la glándula de Bartolino, que cuando forma flemón ó llega á supurar, mantiene frecuentemente supuraciones crónicas ó bartolinitis recidivantes por la dificultad de que no queden recodos infectados, que son el punto de partida de nuevas supuraciones. La incisión amplia, y taponamiento y desinfección consecutiva de la glándula, raras veces bastan para producir una curación definitiva en las bartolinitis recidivantes ó en las supuraciones crónicas de dicha glándula, así como en sus degeneraciones quísticas; el único tratamiento eficaz y radical es la extirpación completa de la glándula. Para ello se practica una incisión longitudinal en el borde mismo del pequeño labio, hacia la horquilla, hasta descubrir la glándula, que se presenta siempre aumentada de volumen é indurada en las supuraciones crónicas, la que se va aislando por disección de todos los tejidos vecinos hasta su extirpación completa; tres ó cuatro puntos profundos con crin, que produzcan coaptación perfecta de

toda la superficie cruenta, termina la operación (fig. 190). Cuando el trayecto fistuloso comunica con el recto, se presenta alguna mayor dificultad, porque entonces se convierte la fístula en recto-vaginal, y en tal caso lo mejor es proceder como en los casos de fístula de esta clase, desbridando el periné y haciendo luego una perineorrafia consecutiva, que junto con la sutura de la superficie de extracción glandular, terminan la operación sin dejar superficie cruenta que no esté suturada. Aunque alguno de los puntos de sutura pueden fácilmente dar lugar á pequeñas supuraciones, con este procedimiento he obtenido siempre resultados rápidos y completos.

La *kraurosis*, ó vulvo-vaginitis atrófica, suele escapar á la acción de los medios usuales de tratamiento de la vulvo-vaginitis. Martín es el primero que ha puesto en práctica el verdadero y único tratamiento de la kraurosis vulvar, cuando por su grado de estrechez llega á constituir molestias, y aun peligros si se trata de una mujer embarazada. El único tratamiento eficaz es la escisión de las placas ó zonas kraurósicas y la sutura inmediata de sus bordes; cuando la lesión alcanza el clitoris, lo que ocurre con frecuencia, presenta la operación alguna dificultad para la hemostasia; los mismos puntos de sutura suficientemente profundos suelen bastar. Cuando la kraurosis invade la región uretral, debe tenerse la precaución de suturar exactamente la uretra á los tegumentos vecinos para evitar una estrechez consecutiva.

La *leucoplasia* desaparece algunas veces con el tratamiento usual de la vulvo-vaginitis; cuando se sospecha que pueda tener origen sifilítico debe emplearse el tratamiento específico. En las formas rebeldes debe escindirse ampliamente la placa para lograr su curación y evitar la degeneración epiteliomatosa.

La *obturación* de la vulva por aglutinación de los pequeños labios en la primera infancia, exige también un tratamiento quirúrgico, aunque sumamente sencillo. Muchas veces basta desgarrar la aglutinación con la sonda acanalada, pues presenta muy poca resistencia; alguna vez tiene que emplearse el bisturí, pero la operación resulta exangüe, porque ya he indicado antes que esta aglutinación no es vascular. Durante unos días debe tenerse la precaución de separar los pequeños labios para que no se reproduzca la adherencia, lo que ocurre fácilmente, según he tenido ocasión de ver; claro es que deshecha la adherencia debe tratarse eficazmente la vulvitis existente con lociones de ácido bórico ó sulfato de zinc, y también con la aplicación de pomadas astringentes, como la de tanino ó de subnitrate de bismuto.

ESTIOMENE

Muy difícil resulta esclarecer lo que debe entenderse por *estiomene* de la vulva. Con este nombre describió Huguier, á mitad del siglo pasado, una enfermedad ulcerosa de la vulva que, aun bajo el punto de vista clínico, es difícil de

delinear; forma, no obstante, un verdadero capítulo nosológico. Colocada, por su especial modo de ser, entre las lesiones puramente infectivas y las neoplásicas, á veces con caracteres de unas y otras, pertenece, sin duda, al grupo de las enfermedades infecciosas, aunque con caracteres especiales.

La denominación de estiomene, generalizada y aceptada en Francia, no es corriente en otros países; en la literatura alemana se la conoce más bien con el nombre de *úlceras corrosivas*, y en la inglesa se usa más, á ejemplo de Duncan, la palabra *lupus vulvar*. Algunos prescinden de su estudio, otros confunden la elefantiasis y ciertas formas de prurito con el estiomene; motivos hay para separarlas completamente.

Etiología. — Después de señalar los autores como causas que favorecen el desarrollo del estiomene, la falta de higiene, la pobreza y la miseria fisiológicas, la prostitución, el traumatismo producido por el coito, etc., indican, como edad más propicia para su desarrollo, la de los veinte á treinta años. No siendo enfermedad frecuente, pues los autores que basan sus conclusiones en mayor número de casos, como Schrøder, Koch, Duncan, etc., han observado diez ó doce, se comprende la dificultad de deslindar ciertos caracteres. Mis observaciones propias me inclinan más á conceder poca importancia á la edad, pues he observado tres casos entre los quince y los veinte años y varios otros después de los cuarenta; en cuanto á las condiciones higiénicas, sin negarles importancia, no creo sean la causa capital, pues los casos observados por mí recayeron en enfermas que no vivían en distintas condiciones de la mayoría, y recuerdo uno que, bajo el punto de vista de limpieza é higiene genital, nada dejaba que desear.

La causa eficiente, productora inmediata del estiomene, parece ser el bacilo de Koch, lo que equipararía el estiomene á una verdadera tuberculosis vulvar. La semejanza de las lesiones con el lupus, el curso parecido á esta dolencia, la coincidencia de esta enfermedad con otras lesiones tuberculosas, así lo habían hecho sospechar; el examen de las lesiones no siempre ha confirmado este parecer, pero algunas observaciones positivas dan extraordinario valor á los que creen que el estiomene es, en el fondo, una enfermedad de origen tuberculoso; Nicoll y Martín han descubierto en un caso el bacilo de Koch; Kelly refiere una tuberculosis vulvar igual al estiomene, en que descubrió también el bacilo fímico (1). Pozzi pudo comprobar claramente la existencia de células gigantes (2); von Ziesen y Unna citan casos análogos á los de Pozzi con células gigantes, y algunos otros hechos de observación positiva demuestran palpablemente la verdad de que *el estiomene de la vulva es con frecuencia una enfermedad de origen tuberculoso*.

Resulta también indudable que muchos casos que se han descrito como estiomene no eran más que vulvitis sifilíticas ulcerosas, pero con caracteres especiales, tanto respecto á su aspecto como á su duración y rebeldía, que las separan de las verdaderas sifilides vulvares. En algunos casos que yo he observado, sobre todo en enfermas de cuarenta años para arriba, parece indudable la filiación sifilítica.

(1) KELLY: *Operative gynecology*, tomo I, pág. 203.

(2) POZZI: *Traité de Ginecologie*, pág. 1131.

Koch opina que casi siempre han existido bubones inguinales que, al abrirse y cicatrizarse, han producido una dificultad grande en la circulación linfática, que sería la causa de las lesiones vulvares. Veit opone á esta doctrina que los casos por él observados no habían tenido bubones, y yo puedo decir que en ninguno he podido advertir tal coincidencia.

Resulta evidente, de lo dicho, que hay casos en que se ha podido demostrar la existencia de la infección tuberculosa y otros en que, á pesar de una investigación minuciosa, no ha podido comprobarse tal infección, pero sí á veces una infección sifilítica antigua, y en ocasiones ninguna relación causal con infecciones determinadas.

Veit (1) opina que en los casos en que se comprueba la infección tuberculosa, ésta es secundaria, y que lo que menos importancia tiene es el bacilo de Koch. Sin contar con otro elemento de juicio que la observación clínica de los casos que he visto, no me aparto mucho de la opinión de Veit, pues pienso que en el estiomeno existe una causa orgánica que prepara el terreno para este proceso; que esta causa orgánica es unas veces la tuberculosis, otras la sífilis, y aun en ocasiones estados distróficos no bien determinados; que al desarrollarse las lesiones encontraremos en ocasiones el bacilo de Koch, y en otras tan sólo los agentes vulgares de la infección. En clínica es positivo que en ciertas formas de estiomeno nos encontraremos á

veces con que, después de excluir en nuestro diagnóstico de úlcera corrosiva de la vulva, la tuberculosis, la sífilis y el cáncer, nos quedaremos con el nombre de úlcera de la vulva, como un caso debidamente avalorado de Landau, quien termina sus reflexiones con las palabras de Fournier: *Ce sont des ulcerations, et voilà tout.*

No dudo que á medida que progresa el examen etiológico de los casos y vayamos poseyendo mejores medios de investigación etiológica y clínica, la frase de Fournier perderá todo su valor, y la entidad nosológica creada por Huguier desaparecerá; pero interinamente, y aun creyendo que la mayoría de estiomenes tienen una filiación tuberculosa directa ó indirecta, no podemos prescindir de un estudio aparte de tal enfermedad.

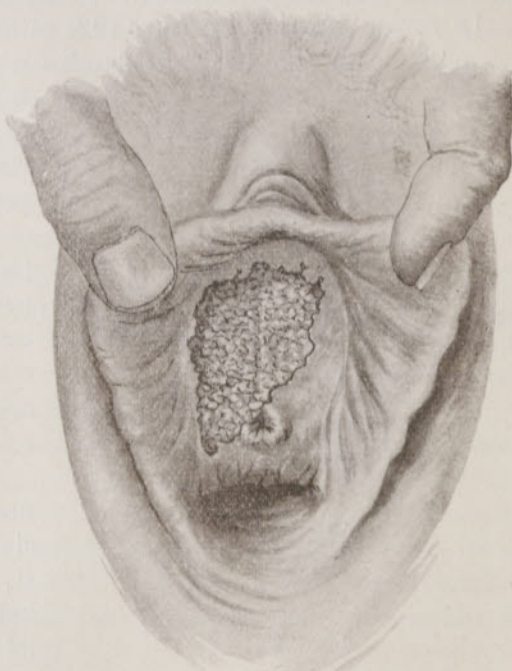


FIG. 191

Estiomeno ulcerado.

(1) *Enciclopedia de Ginecología*, t. III, pág. 171.

Anatomía patológica y patogenia. — Macroscópicamente, presenta el estiomene dos formas principales: la *forma corrosiva* y la *forma hipertrófica*.

La *forma corrosiva* (fig. 191) está caracterizada por una ulceración que profundiza en los tejidos algunos milímetros, cuyos bordes algo tumefactos parecen cortados con un saca-bocados unas veces y á bisel otras; á pesar de que en el fondo y en los bordes existe infiltración, no ofrece al tacto una zona indurada, que tan característica es en ciertas neoplasias que pueden fácilmente confundirse con ella; sangra fácil, aunque no abundantemente, al menor contacto, y está cubierta de una capa grisácea que desaparece con la higiene, para ser substituída por una superficie de color rojizo.

La *forma hipertrófica* (fig. 192) está caracterizada por la presencia de excrecencias, sobre todo hacia los bordes de la ulceración y en las vecindades de la misma, rugosidades sin ulcerar que no tardan en sufrir el desgaste necesario para convertirse en una nueva superficie ulcerada.

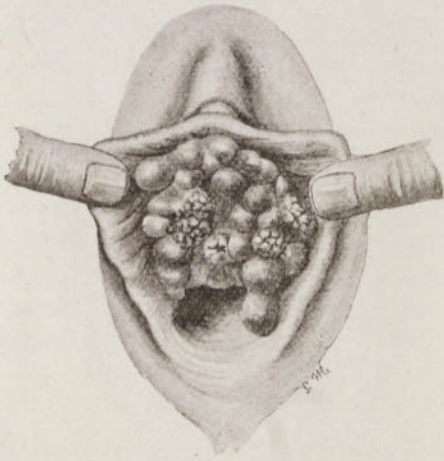


FIG. 192

Estiomene hipertrófica.

No es raro encontrar confundidas las dos formas en una misma enferma, presentándose entonces con un carácter mixto.

La superficie ulcerada produce una secreción sero-purulenta, á veces hemorrágica, no muy abundante.

El estudio microscópico de las lesiones de los tejidos demuestra la existencia de un proceso flogístico crónico; Pozzi, Petit, Koch, Ruge, Kustner, Winkel, etc., etc., han practicado análisis histológicos de casos de estiomene ó úlcera corrosiva. Aparte los caracteres específicos, como células gigantes y bacilos de Koch que figuran en algunos pocos casos ya mencionados, todos demuestran las lesiones propias de una infección, mayor vascularización hacia la periferia y vecindades de la úlcera; aglomeración celular, particularmente alrededor de los vasos; infiltración serosa y degeneración del protoplasma, según los sitios; á veces se han encontrado nódulos de células epiteliales que han hecho pensar en la naturaleza neoplásica de la dolencia, debidos, sin duda, á la invasión irregular del proceso, que puede respetar islotes de epitelio; las zonas mayormente infiltradas se mortifican y ulceran, y así se va formando la úlcera invasora; en suma, nada de característico ni exclusivo de tal enfermedad.

Síntomas y diagnóstico. — Son algo variables, según el período de la enfermedad en que se estudian. La existencia de una ulceración con los caracteres mencionados, más ó menos extensa, y que, por lo común, lleva meses y aun años de duración, es la base del diagnóstico.

Dicha ulceración ofrece localizaciones y extensión variadas. Dos son los sitios de predilección por donde comienza el estiomene; hacia el vestíbulo ó hacia

la horquilla de la vulva, desde donde va extendiéndose é invadiendo nuevas zonas: el de la horquilla se corre hacia los grandes labios, á veces hasta la raíz del muslo y aun la cara interna del mismo, y en ocasiones invade la vagina y llega á la región del ano; el del vestibulo se corre hacia el clítoris y aun el monte de Venus, invadiendo hacia dentro la uretra y la vagina.

Se comprenden los caracteres variados que á nuestro examen puede ofrecer una vulva afecta de estiomene: ulceraciones limitadas del tamaño de una peseta, en un punto determinado de la vulva, ó ulceraciones extensas que pueden abarcar todos los genitales externos.

No es raro encontrar un carácter que puede considerarse patognomónico: con frecuencia, á medida que el proceso invade nuevas zonas, las primitivamente atacadas ofrecen un proceso de reparación por el cual la úlcera se cicatriza; la existencia de islotes cicatriciales en los bordes de la ulceración, á veces en el centro, como ocurre en el lupus de la cara, no deja lugar á dudas respecto del diagnóstico.

Por regla general, el estiomene no es enfermedad dolorosa espontáneamente; por el contrario, es muy bien tolerada, y tan sólo los traumatismos y la exploración comprimiendo los tejidos llegan á despertar sensaciones dolorosas. La micción y el coito suelen también ser difíciles.

El estado general apenas se resiente de la existencia de un estiomene durante mucho tiempo; existe grandísima tolerancia: años enteros puede persistir la dolencia sin que el organismo se resienta en lo más mínimo.

Las enfermedades que pueden confundirse con el estiomene son: la elefantiasis, la vulvitis sifilítica y el epiteloma, particularmente este último.

La elefantiasis, que algunos autores confunden con el estiomene, quizás en el fondo es un proceso parecido, pero nunca puede confundirse con el estiomene, porque si en éste su carácter esencial es la ulceración, en la elefantiasis la ulceración no existe; si alguna vez se encuentra, será como hecho accidental fácil de apreciar.

La vulvitis sifilítica, ya en forma de placas mucosas ó de gomas ulcerados, no podrá confundirse con el estiomene, porque en la primera no hay pérdida de substancia y las ulceraciones son tan superficiales que apenas merecen este nombre; y en las segundas, si bien se observan pérdidas de substancia, se presentan limitadas y aisladas, pudiendo existir varias á la vez, pero no presentando una ulceración continua é invasora.

Del epiteloma y cáncer vulvares se distingue el estiomene: 1.º, porque en este último no existe la base de induración que caracteriza á las neoplasias malignas; 2.º, porque en éstas existe frecuentemente infarto ganglionar en una ó en ambas ingles, mientras que en el estiomene, si alguna vez existen, son pequeños y generalmente pasajeros; 3.º, la neoplasia maligna es de curso rápido y el estiomene lento; 4.º, en caso de duda, puede recurrirse al examen histológico de una porción de tejido.

Curso y complicaciones. — El curso del estiomene es enteramente típico: enfermedad crónica y de curso lento por excelencia, dura dos, seis y diez años, ofreciendo distintas fases.

Se observan formas *estacionadas* y formas *invasoras*. En las primeras ape-

nas se notan los progresos de la dolencia; durante meses la ulceración conserva aproximadamente su tamaño en los pequeños labios ó en la horquilla, presentándose de preferencia en uno de los lados de la vulva. Las segundas invaden los tejidos de una manera rápida ó lenta, y aunque no respetan ningún tejido, es raro que alcancen á toda la vulva.

Algunas veces presenta el estiomene una tendencia marcada á la curación espontánea, y otras ofrece una cronicidad desesperante, con muy poca tendencia á la curación.

A consecuencia de la destrucción de tejidos, pueden presentarse complicaciones raras; en las localizaciones de la horquilla, la invasión de la entrada de la vagina puede ocasionar fístulas recto-perineales y recto-vaginales; las del vestibulo, invadiendo y destruyendo la uretra, pueden dar origen á incontinen- cia de orina, si alcanzan el esfinter vesical. Las cicatrices resultantes son causa de deformidad en la vulva, estrecheces vaginales y bridas cicatriciales raras.

Alguna vez se ha observado cierta complicación mortal, como la peritonitis, por propagación de la infección de las partes superficiales á las profundas.

El caso más típico que he visto, resume todas las complicaciones del estio- mene. Hace diez años visité una joven de diez y siete afecta de una úlcera corrosiva que invadía la horquilla, periné, parte baja de los grandes labios, raíz de los muslos, y se prolongaba hacia la cara interna del muslo izquierdo; al decir de la enferma y de sus allegados, había comenzado hacía dos años. Un año de tratamiento y observación me permitieron comprobar cómo se reparaba la ulceración lentamente, quedando tan sólo en la cara interna de ambos gran- des labios una pequeña cicatriz; había quedado en el periné un pequeño tra- yecto fistular del borde del ano á la horquilla. Dejó la enferma de concurrir á mi policlínica para presentarse de nuevo á los dos años con toda la parte ante- rior de la vulva invadida y una prolongación extensa hacia el monte de Venus; la reparación se hacía con lentitud y tenía tendencia á invadir la vagina cuando desapareció del consultorio; habían transcurrido tres años, cuando en el mes de Marzo de 1901 me la encontré en la clínica de partos de la facultad de Medi- cina, que yo dirigía aquel año. Estaba en el séptimo mes de su primer embarazo y tenía incontinen- cia de orina; al examen pude notar la curación completa de su úlcera corrosiva, con el mismo trayecto fistuloso que observara antes y que no le causaba molestia; todas las superficies ulceradas, cubiertas de tejido cica- tricial epidermizado, y destrucción completa de la uretra y del cuello de la vejiga, causa de la incontinen- cia. Esta enferma, de temperamento linfático, presentó siempre un tipo florido y nunca el estado general se resintió de la lesión vulvar. Carece de antecedentes patológicos personales y no pude descu- brir contagio venéreo ni sifilítico, á pesar de mis investigaciones.

Pronóstico y tratamiento.— Por lo que he dicho, el pronóstico del estio- mene no es nada halagüeño. Si bien raras veces acaba con la vida de la enfer- ma, en cambio su duración es ilimitada y ocasiona trastornos tan serios como los que dejo apuntados.

El tratamiento variará según la extensión de la dolencia. Si es limitada, y por tanto extirpable, el mejor tratamiento es la extirpación cruenta y extensa con el bisturí, y una autoplastia consecutiva, ya que en la vulva no faltan teji-

dos para esta reparación plástica; debe practicarse el corte á distancia de la lesión, por lo menos de uno á dos centímetros, y en cuanto á profundidad no deben respetarse los tejidos profundos sospechosos, que podrían ser origen de una recidiva: dos veces que he procedido así, he obtenido una curación rápida y sin recidiva.

Cuando no es aplicable este tratamiento radical, debemos contentarnos con favorecer la tendencia á la curación espontánea que presente la dolencia. La destrucción de la superficie ulcerada y de las excrecencias, si las hay, con el termocauterio, es uno de los medios más eficaces. Cuando la ulceración es muy extensa y alcanza regiones peligrosas, como la uretra, es temible el termocauterio, y entonces debemos limitarnos á la desinfección y limpieza de la úlcera con lavados antisépticos no muy enérgicos y toques en la úlcera con cáusticos, como la tintura de yodo; ácido láctico, soluciones de sosa, potasa y aun de ácido nítrico ó nitrato de plata, protegiendo la úlcera con tópicos apropiados, como vaselina bórica ó yodofórmica, teniendo ésta el inconveniente de poder producir fenómenos tóxicos, según he podido ver, dada la extensión de las lesiones y la duración ilimitada del tratamiento. El caso que he referido se curó con lociones frecuentes de agua bórica, un lavado de la úlcera cada dos días con solución de pioctanina al 1 por 1.000, toques de tintura de yodo frecuentes y extensos, y alguno con la barra de nitrato de plata y pomada bórica, substituída de vez en cuando por pomada yodofórmica. Cuando no es aplicable la escisión ni el termocauterio, es con lo que he obtenido mejores resultados. Las deformidades consecutivas deben tratarse por operaciones plásticas una vez terminada la dolencia, á no ser que pueda simultanearse la escisión con una operación reparadora.

PRURITO VULVAR

Etiología. — Aunque más frecuente hacia las proximidades de la menopausia, puede aparecer el prurito vulvar en todas las épocas de la vida. Cabe dividirlo en *sintomático* y *esencial*.

Las causas del *prurito sintomático* son múltiples y variadas. Todas las vulvitis producen, en mayor ó menor grado, el prurito; también las neoplasias vulvares, sobre todo ciertas formas de epiteloma, los papilomas con alguna frecuencia y los parásitos vulvares. Las endometritis y las desviaciones del útero van con frecuencia acompañadas de prurito, y algunos autores han señalado también como causa algunas enfermedades del ovario. Las enfermedades de órganos vecinos, como la cistitis y ciertas rectitis, producen á menudo prurito. El coito excesivo y la masturbación originan también una vulvitis pruriginosa. La diabetes es frecuentemente causa de pruritos vulvares, y ciertamente que no hay ginecólogo de mediana experiencia que no haya diagnosticado más de una vez la diabetes sacarina por la existencia del prurito vulvar.

Aparte de estas causas de prurito, se presentan casos en los cuales, después de un estudio é investigación detenidos, no se logra descubrir ninguna de las causas antedichas, apareciendo el prurito como enfermedad idiopática ó *esencial* que casi todos los autores admiten; á lo más se descubre en estas enfermas una constitución neuropática ó un artritismo más ó menos evidente.

Patogenia y anatomía patológica. — Si deben estudiarse las alteraciones anatómicas del prurito vulvar, ha de ser en los casos de prurito esencial, porque en los demás encontraremos las alteraciones propias de una vulvitis. Macroscópicamente existen casos en los que no se observa alteración ninguna de la piel ni mucosa de la vulva; generalmente se encuentra ésta algo más pálida y como deslustrada, con un punteado formado por las papilas. Otras veces, sobre todo en los pruritos de larga duración, se observan la piel y la mucosa engrosadas y algo endurecidas, con zonas ó placas algo callosas de color pálido y á menudo agrietadas.

El estudio microscópico de estas alteraciones, hecho por Veit y confirmado en su mayor parte por Webster, le ha permitido calificar las lesiones de *paraqueratosis inflamatoria*. La epidermis está engrosada, al revés de lo que ocurre en la vulvitis, y por debajo, en el espesor del dermis, se encuentran agrupaciones aisladas de células redondas, generalmente polinucleares, formando una verdadera infiltración microcelular; en una palabra, las lesiones propias de una vulvitis crónica.

Lo importante es saber si tales alteraciones son primitivas ó consecutivas, porque, en el primer caso, deberíamos aceptar la denominación de Sænger y calificar el prurito con el nombre de vulvitis pruriginosa, y en el segundo, tendrían tales alteraciones mucha menor importancia.

Indudablemente son infinitos los casos de prurito en los que tales alteraciones no existen, y Veit mismo, que sólo acepta el prurito esencial de una manera muy precaria, considera dichas lesiones consecutivas al acto mecánico de frotarse.

Los casos de prurito sintomático se explican perfectamente: el contacto de substancias irritantes con los tegumentos vulvares ocasiona una irritación en la vulva, causa del prurito; en las vulvitis, en las vaginitis y en las endometritis, las secreciones alteradas producen el primer efecto; existen enfermas que padecen prurito á cada período menstrual por las secreciones uterinas que entonces se desarrollan. El cáncer del útero, como el de la vagina y vulva, exhalan productos irritantes que obran de la misma manera. Este mecanismo de aparición del prurito aparece de manifiesto en la glucosuria por el efecto irritante de la orina con glucosa; desaparece la glucosa y el prurito cede ó desaparece también, y si reaparece sobreviene nuevamente el prurito.

Algunas de estas causas obran de una manera intermitente, pero una vez comenzado el prurito entra en juego el acto mecánico de rascarse, y éste, á su vez, obra como causa irritante, produciendo alteraciones que ocasionan nuevo picor, y así sucesivamente se establece la enfermedad con su carácter de cronicidad y de persistencia. Los partidarios de que siempre el prurito es una afección secundaria, quieren explicar todos los casos por este mecanismo.

Es indudable que buen número de pruritos vulvares no pueden afiliarse á

un origen patogénico determinado: sin duda que el razonamiento conduce á negar estos pruritos esenciales, porque de la misma manera que pudo ser tenido como á tal el producido por la glicosuria, hasta que se descubrió el efecto de ésta, puede esperarse y creerse que aquellos que hoy tenemos por tales serán algún día clasificados como sintomáticos.

Para tal interpretación se demuestra que, si bien hay pruritos en los que no se encuentra causa ninguna, ésta pudo haber obrado de una manera pasajera, dejando constituida la enfermedad. Un líquido irritante, que se exhala momentáneamente de una endometritis, deja constituido un prurito vulvar crónico y persistente, y al examinarlo nosotros, nada encontramos de lo que pudo ser su origen. Aceptamos esta suposición, ya que no puede probarse lo contrario tratándose de hechos pasados, y siempre resultará que dichos casos son tales porque la enferma tiene una predisposición á dichas manifestaciones, predisposición hija de su modo de ser y que hace que, desaparecida la causa, persistan los efectos. Yo no dudo que muchos casos de prurito, llamado esencial, habrán tenido una causa momentánea y pasajera para despertarlos, pero que luego se convierten en afección independiente, constituyendo una verdadera enfermedad propia, de índole neuropática, y que da mucho más carácter á la afección esa particularidad que el origen mismo de la dolencia. Olshausen, Pozzi, Schultze, etc., etc., aceptan ese prurito esencial; así explicado, no nos separamos de la teoría general, establecida por Hebra, de la que el prurito vulvar sería un caso concreto, y según la cual el prurito no es más que un padecimiento cutáneo crónico. Las lesiones propias de ese padecimiento no son conocidas, pues ya he dicho que las que encontramos en la vulva son consecutivas y no se hallan en los casos recientes.

Así comprendida la patogenia del prurito, quedan en pie las dos formas que la observación, de una manera evidente, demuestra que existen; una forma sintomática y otra esencial. En la primera siempre encontraremos relación entre el mismo prurito y la causa que lo produce, y su duración ó persistencia va ligada con la de aquélla; en la segunda, si la causa obró, ha desaparecido ya, y por cualquiera de las circunstancias antedichas, la enfermedad se constituye en independiente y sigue persistiendo aún desaparecida la causa. Alguno de estos pruritos vuelve á ser más tarde enfermedad local cuando, establecida la *paraqueratosis inflamatoria* como efecto de la persistencia del prurito, basta ésta para sostener la irritación local.

Sintomas y diagnóstico.—El síntoma capital del prurito vulvar es el picor que la enferma experimenta y la necesidad invencible de rascarse. Suele aparecer en forma de crisis más ó menos violentas, que, por lo común, sobrevienen durante la noche, sobre todo en las formas de prurito esencial; despiertan á la enferma, y son á veces tan intensas y tal la excitación, que aquélla es presa de ataques nerviosos ó de insomnio pertinaz. Estas crisis son más ó menos frecuentes y duraderas según los casos. A veces van acompañadas de sensación de escozor en la vulva, y en ocasiones existen también fenómenos nerviosos á distancia de carácter diverso.

El sitio del prurito es variable; á veces se encuentra en la parte externa de la vulva, otras en la parte mucosa; ora lo encontramos de preferencia hacia la

parte posterior ó región de la horquilla, sobre todo cuando coexiste con el prurito anal; ora su punto de residencia es la parte anterior, hacia el clítoris. La localización más frecuente del prurito vulvar es la de los pequeños labios, cara interna de los grandes labios y también el clítoris.

El diagnóstico del prurito no ofrece dificultad, porque dada la falta de lesiones propias, sobre todo en los casos recientes, es más un síntoma subjetivo que objetivo. Lo que interesa es establecer el diagnóstico causal mediante un interrogatorio detenido y una exploración minuciosa. Cuando faltan todavía las lesiones propias del prurito, hemos de indagar si un accidente mecánico, como el coito repetido ó la masturbación, pueden ser la causa, ó bien si existe algún desarreglo local que lo explique, como una vulvitis, una vaginitis ó una endometritis; á veces la existencia de una neoplasia, etc. Si después de un examen minucioso de la región no encontramos el origen del prurito, hemos de pensar siempre en la glucosuria y practicar el análisis de la orina; muchas veces el prurito vulvar me ha permitido diagnosticar una diabetes antigua que no había sido sospechada. A veces el prurito no es ocasionado por la orina glucosúrica, sino por la orina, que, poniéndose en frecuente contacto con la vulva por existir tenesmo, acaba por producir los fenómenos irritativos.

Cuando debidamente explorada la enferma no se descubre causa ninguna que pueda producir el prurito, podremos calificarlo de esencial; algunas veces encontraremos en los antecedentes un hecho que, obrando momentáneamente, pudo ser el origen de la dolencia.

Una vez constituído el prurito como enfermedad independiente, no presenta dificultades diagnósticas; tan sólo pueden existir cuando queda constituída la vulvitis pruriginosa, con sus grietas y callosidades, sobre todo si se halla limitada á una zona reducida de la vulva. Entonces puede existir duda con ciertas formas de epiteloma de la vulva que comienzan por un nódulo y despiertan inmediatamente el prurito; este caso no será difícil de resolver, porque los antecedentes de la enferma acusan la existencia antigua del prurito. En cambio, será muy difícil cuando el epiteloma se implante sobre el prurito, hecho que ocurre algunas veces y que he tenido ocasión de observar; algunos autores creen que el prurito obra en estos casos como agente productor de la neoplasia; el diagnóstico se presenta á veces muy dudoso, porque puede en ambos casos existir la induración y escoriaciones; tan sólo una observación prolongada, ó mejor el examen histológico, pueden resolver la duda, si bien, como luego indicaré, en clínica no hay para ello grandes dificultades, porque, cuando cabe tal confusión, por regla general ambas dolencias son tributarias del mismo tratamiento.

Algunas veces se presentan como formas intermedias entre el prurito y el epiteloma placas de leucoplasia: he tenido ocasión de verlo en más de un caso.

Curso y complicaciones.— Rara es la enferma ginecológica que no presenta alguna vez un prurito vulvar más ó menos fugaz. Algunos son tan efímeros como la causa que los engendró, y apenas si llaman la atención por sí solos.

Cuando el prurito llega á constituirse en afección independiente, ofrece un curso y duración de los más variables. Generalmente tiende á la cronicidad

presentando períodos de exacerbación más ó menos acentuados. Enfermas hay que durante meses son víctimas del prurito; otras año tras año ven perpetuarse su dolencia, aunque con períodos de remisión que semejan una curación verdadera. He visto algún caso cuya duración databa de más de veinte años; el clítoris, las ninfas y el arranque de los grandes labios se presentaban callosos y agrietados, y la enferma ofrecía períodos con crisis irresistibles de picor y comezón vulvares: comenzó hacia los treinta años, y había transpuesto la menopausia sin mejora ni cambio ninguno, más bien con una verdadera agravación.

La complicación principal del prurito vulvar persistente es el desarrollo de la paraqueratosis inflamatoria, que da á la dolencia una base anatómica que explica su rebeldía.

El estado general de las enfermas se resiente de la existencia de estos pruritos intensos y duraderos. El sueño intranquilo ó el insomnio, y el desgaste nervioso producido por las crisis, ocasionan un estado de irritabilidad nerviosa propenso á toda clase de manifestaciones neurasténicas. No es raro que la nutrición se resienta en tales casos, porque el apetito no permanece indiferente ante un estado continuado de excitación nerviosa y las digestiones se hacen penosas é irregulares.

En cuanto á la vida de la enferma, no resulta comprometida por la persistencia del prurito vulvar.

Como complicación, la que más importancia puede tener sin duda es la posibilidad de que sobrevenga el desarrollo de una neoplasia epitelial en las zonas afectas de prurito. Algunos autores han señalado esa posibilidad, y quizás la observación abona la creencia; habida cuenta de lo poco frecuentes que son las neoplasias malignas vulvares, no deja de tener cierto valor la frecuencia con que se ve aparecer una placa leucoplásica y sobre de ésta un nódulo epitelial. Por lo que he visto, sin que esté autorizado á creer que el prurito tenga una importancia capital en el origen de esas neoplasias, no puedo menos de pensar que quizás la causa constante de irritación que ello supone sea un motivo para que estalle el botón epitelial.

Pronóstico y tratamiento.—El *pronóstico* del prurito vulvar no es grave con relación á la vida de la enferma, pero sí reviste importancia cuando se tiene en cuenta su rebeldía y duración. Muchos son los casos en que un tratamiento adecuado interrumpe rápidamente la existencia del prurito, pero otros hay que se demuestran rebeldes á los tratamientos mejor dirigidos. Por regla general, son rebeldes los que por su duración presentan ya las señales propias de su existencia, entre ellas la queratinización de la piel y de la mucosa á consecuencia de las lesiones flogísticas consecutivas á los frotos y roces originados por el prurito.

El *tratamiento* del prurito vulvar es más ó menos eficaz según el período de la dolencia en que se emplea. Antes del desarrollo de la paraqueratosis acentuada ó de la leucoplasia, no es difícil lograr rápidamente resultados positivos; cuando aquellas alteraciones se han producido, los efectos del tratamiento son más lentos y á veces nulos, debiendo recurrir en tales casos, por fortuna raros, á una intervención quirúrgica.

No perdamos de vista que la causa originaria del prurito es el efecto irri-

tante de alguna substancia ó de un acto traumático; interesa, por tanto, sobremanera, alejar la causa. Si la masturbación originó el prurito, inútil será todo tratamiento en tanto aquélla persista. Por el mismo motivo se comprende que la limpieza extremada será el primer paso para lograr la curación; así se comprende que Ruge aconseje los lavados vulvares con agua y jabón, frecuentes y practicados por el ginecólogo mismo; en realidad, si dichos lavados han de ser eficaces, deben ser minuciosamente practicados, aunque no lo haga el mismo ginecólogo; generalmente he renunciado á los lavados con agua y jabón, por haber observado que éste ejercía efectos irritantes sobre la mucosa vulvar, y prefiero los lavados con agua hervida, solución bórica y, en ocasiones, con cocimientos emolientes de flor de saúco ó de agua con leche; una de las substancias que mejor pueden recomendarse para ello en los casos de prurito, es la solución en agua hervida con sulfato de zinc al medio por ciento. Dichos lavados deben ser minuciosos y practicados dos veces por día, con el mismo cuidado que si se tratara de verificar la limpieza de la vulva para un acto operatorio. Muchas veces á los tres días de este tratamiento he visto desaparecer un prurito antiguo debido á la diabetes. En los casos de abundantes secreciones ó de muguet vulvo-vaginal, prefiero al agua y jabón los lavados con sulfato de zinc y supositorios vaginales con subnitrito de bismuto.

Como indicación causal, figura también en estos casos el régimen, del que deben proibirse las bebidas demasiado excitantes y las alcohólicas, á la vez que se prescribe á la enferma el uso de los alcalinos en cantidades regulares.

Aparte de estos medios, existe la indicación calmante, para la que se han propuesto multitud de agentes á cual más variados. He tenido ocasión de emplear muchos de ellos, si no todos; uno existe que todos los autores recomiendan, y, sin embargo, he de declarar que produce muy escasos resultados: éste es la cocaína. ¿Será realmente que en el prurito vulvar puede más el estado de los centros nerviosos que el estado local? Dudo que ésta sea la explicación, por cuanto los efectos calmantes que no produce la cocaína los da una solución de ácido fénico al 2 por 100, que puede elevarse al 4 y al 5; su aplicación produce escozor y malestar momentáneo (no he visto la indiferencia de la mucosa afecta de prurito para las soluciones concentradas de ácido fénico, que señala Veit), que son substituídos por un período de calma y de la desaparición de la comezón, aunque ésta sea intensa. La aplicación de una pomada con 10 por 100 de bromuro potásico y $\frac{1}{2}$ por 100 de ácido fénico, es quizás el medio mejor que conozco para calmar las crisis del prurito. He empleado algunos tópicos recomendados para ello, como el bromocol, eurofeno etc., pero sus efectos no son comparables con lo antedicho. Las soluciones de nitrato de plata al 1 y 2 por 100 dan buenos resultados, y aun es de efectos excelentes pasar ligeramente la barra de nitrato por toda la superficie pruritosa en los casos rebeldes. Montgomery (1) preconiza el tabaco como agente que triunfa en algunos casos.

Deben usarse al interior, como adyuvantes de la medicación local calmante, el bromuro potásico, el hidrato de cloral, la morfina, el sulfonal, etc., en aquellos casos en que la enferma pasa las noches intranquilas y sufre insomnio.

(1) MONTGOMERY: *Practical Gynecology*, pág. 291.

Cuando el prurito no es muy antiguo, y no se han desarrollado sus lesiones propias, lograremos con seguridad la desaparición de la dolencia con los medios antedichos; pero los casos inveterados, como el que antes cité, resisten á todo tratamiento, y entonces está perfectamente indicado el quirúrgico, preconizado y llevado á cabo alguna vez por Schroder, Kustner, Saenger, Chroback, Canova y algunos otros.

La intervención quirúrgica es por demás sencilla: consiste en la escisión de toda la región afecta de prurito, tanto más fácil cuanto estos casos suelen presentarse limitados á una zona vulvar. Algunas veces he recurrido á dicha intervención: una de ellas en el caso antes citado, en el que extirpé el clítoris y los pequeños labios y parte de la cara interna de los grandes labios; otra en que tuve que extirpar la ninfa y cara interna del gran labio izquierdo, etc.; la escisión debe ir seguida de una sutura autoplástica que no deje superficie cruenta; siempre el resultado fué inmediato y la curación persistente.

En algún caso de leucoplasia consecutiva manifiesta he procedido á la escisión con los mismos buenos efectos.

Se comprende que, con la patogenia expuesta, se presentarán de vez en cuando estos casos tributarios de la intervención quirúrgica, pero entiéndase bien que á ellos debe quedar limitada, pues en los demás, que constituyen la inmensa mayoría, se triunfa con relativa facilidad poniendo en vigor medios tan sencillos é inocentes como los apuntados.

VAGINISMO

Debe entenderse por vaginismo el coito acompañado de *dolor* y de *espasmo* de los músculos pelvi-perineales. Desde Marion Sims (1862) se vulgarizó la existencia del vaginismo como entidad nosológica, si bien ya mucho antes (1834) Huguier había descrito semejante dolencia (1).

Desde Sims, el vaginismo ha sido estudiado y descrito por muchos autores, si bien bajo criterios distintos. No debe confundirse el vaginismo con la dispareunia, como hace Emmet (2); ésta consiste simplemente en la existencia de dolor durante el coito, pero no en dificultad ó imposibilidad del mismo; este síntoma existe en gran número de dolencias del aparato genital, según tendré ocasión de ir señalándolo, pero no existe espasmo de los músculos pelvi-perineales, como en el verdadero vaginismo. El dolor puede dominarse y permitir el coito, aunque con alguna dificultad; el espasmo muscular es involuntario y constituye la esencia del vaginismo.

(1) POZZI: *Traité de Gynecologie*. pág. 1073.

(2) EMMET: *La pratique des maladies de femmes*, pág. 622.