

Lección XIX

Vulvo-vaginitis específicas de causa general.—Id. de causa local.—Descripción y estudio de sus diferentes formas y variedades.

Además de las vulvo-vaginitis vulgares tenemos las específicas, llamadas así por ser una sola la causa que las produce: presentan también el carácter de ser contagiosas. Dicha especificidad no aparece siempre del todo manifiesta en sus caracteres sintomáticos: no así en los etiológicos y patogénicos. Dos grupos pueden hacerse de las vulvo-vaginitis específicas: en el primero incluiremos aquellas cuya causa reside en estados generales del organismo, más ó menos específicos, mientras que el segundo abarcará las que tienen la especificidad en una causa local.

Las vulvo-vaginitis del primer grupo se presentan en ciertos estados tenidos por constitucionales desde mucho tiempo, como la tuberculosis, artrismo, escrofulismo, sífilis, etc... que pueden originar la vulvo-vaginitis tuberculosa, artrítica, escrofulosa, sífilítica, etc... La vulvo-vaginitis escrofulosa obedece probablemente á la misma causa de la tuberculosa, á saber, al bacilo de Koch.

Casi siempre que se presenta la vulvo-vaginitis tuberculosa existen en el organismo aellos de tuberculosis ó al menos antecedentes hereditarios; también es posible que se trate de un contagio realizado, v. gr.: por el marido, pero la inmersa mayoría de veces el proceso de que hacemos mención obedece á estados generales. La Patogenia de la afección es la misma de todo proceso tuberculoso. Respecto á lesiones veremos en las ninfas, entrada de la vagina y hasta en este órgano, unos granitos característicos del afecto tuberculoso, que permanecen estacionarios hasta que se ulceran; estas ulceraciones son muy curiosas, parecen hechas por un sacabocados, encontrándose destruídos no sólo el epitelio, sino el dermis que ofrece rubicundez exagerada. Por lo que toca á síntomas puede haber confusión en el primer período con las vulvo-vaginitis vulgares, pero después aparece el *prurito vulvar* sensación de escozor y ardor en la parte; si los granitos son confluentes habrá sensación de peso y molestias en la región que se exageran al venir el período ulceroso; estas ulceraciones son muy sensibles y ocasionan dolores que se irradian á distintos puntos de la pelvis. En lo referente al diagnóstico partiremos del principio que es muy fácil equivocarnos y que la afección es realmente rara: sin embargo á veces se encuentra y sólo deberemos distinguirlas de las de origen artrítico y de ciertas formas dermatósicas. El tratamiento ha de ser ante todo general y las manifestaciones locales deben combatirse con medios enérgicos, cauterizando las úlceras con el cauterio actual ó con el nitrato de plata, cloruro de zinc, tintura

de yodo, etc... para que de tuberculosas se hagan simples, y para evitar una enfermedad que no sabemos si es tuberculosa ó neoplásica; me refiero al estiomene de la vulva.

La vulvo-vaginitis escrofulosa tiene parentesco con la tuberculosa y sea ó no el escrofulismo una tuberculosis vergonzante, lo cierto es que hay formas de dermatosis escrofulosa (escrofulídes) que pueden localizarse en la vulva y vagina, constituyendo la vulvo-vaginitis escrofulosa, que puede presentar muchas variedades. La forma más frecuente es la escrofulíde ulcerosa, cuyo asiento principal es la vulva, aunque también puede aparecer en la vagina por propagación, lo cual nos explicará lesiones raras cuyo origen no podemos descubrir; la citada vulvo-vaginitis se caracteriza por unas úlceras superficiales ó profundas que se distinguen claramente de las tuberculosas por su forma serpiginosa, esto es, que dejan islotes de piel y mucosa sanas, afectando la figura de un mapa. Dicho desgaste de sustancia interesa el epitelio, tejido dérmico y á veces el tejido celular, lo que parece establecer un grado entre esta forma y la tuberculosa, que llamaremos *estiomene*. Esta variedad de vulvo-vaginitis es tan rara casi, como la tuberculosa, pero se presenta algunas veces y cuando tal ocurre, se ve en las épocas extremas de la vida, como en la niñez, principio de la pubertad y en la menopausia ó después de haber cesado este período. No es difícil diagnosticar esta enfermedad, pues el carácter serpiginoso de las úlceras impide, casi, confundirla con las demás; también es un buen dato la falta de dolor que reconocemos en la enferma. El tratamiento sino tan enérgico como para la vulvo-vaginitis tuberculosa debe ser algo parecido; es preciso que no sea tan enérgico como en la vulvo-vaginitis tuberculosa, porque una cauterización extensa del aparato genital externo es ocasionada á graves accidentes; podremos echar mano de la tintura de yodo en pincelaciones ó del polvo de yodoformo, colocando encima una gasa aséptica con el fin de absorber los exudados. Tampoco debemos descuidar el tratamiento general.

La vulvo-vaginitis artrítica ó herpética no tiene naturaleza bien reconocida, sólo sabemos que hay organismos en los que se presentan ciertas manifestaciones llamadas «artríticas»; dichos estados, poco definidos y en cuyo estudio no entraremos, se localizan en la vulva y vagina originando la enfermedad que estudiamos, por demás frecuente y que reviste tres formas principales. Una de ellas puede considerarse como de carácter vulgar, distinguiéndose tan sólo de las vulvo-vaginitis que ofrecen el último tipo, por su Patogenia. En efecto: así como en las vulvo-vaginitis vulgares hallamos siempre la causa que ha hecho obrar el microbio (coitos repetidos, parto, masturbación, etc...), en las de forma artrítica no encontramos nada de esto; muchas veces la mujer nos indicará que aquello apareció después de haberse apagado ciertas manifestaciones de igual naturaleza en la cara ó en la garganta. La afección es remisa, sólo se apreciará una hiperemia, la enferma sentirá molestia y picor que luego pueden desaparecer con la vulvo vaginitis, presentándose molestias de otra

indole, gástricas, v. gr. Siempre que resulte algo parecido del interrogatorio, sospecharemos que la enferma es artrítica, y por este camino podemos diagnosticar el artritisismo en la mujer. Pero otras veces la enfermedad reviste carácter más difícil, apareciendo la segunda forma ó de verdadero *herpes*, constituido por vesículas más ó menos extendidas en diferentes puntos de la vulva; vése una rubicundez y ciertos granitos con serosidad que permanecen más ó menos hasta que se úlceran y se curan, produciendo grandes molestias. Hasta aquí la primera forma de la vulvo-vaginitis artrítica, la tercera es la llamada *eczematosa* que no siempre es artrítica pero que reconoce el artritisismo como causa más frecuente; caracterízase por la aparición de placas rubicundas con edema subepitelial, placas que permanecen estacionarias y que ocasionan á la enferma las molestias consiguientes. Sin embargo, el eczema no siempre es *rubro* sino que puede ser *costráceo*, aunque esta forma es mucho más rara que la primera. Tales son las formas principales de la vulvo-vaginitis artrítica. El diagnóstico no es difícil, sobre todo en las formas eczematosas: si la afección reviste el carácter remiso, simple ó catarral, tendremos que reconstituir la historia de la enferma y los datos que nos ofrece; de todas maneras el mal es fácil de diagnosticar. Tiene mucha importancia el tratamiento; este deberá ser general con el fin de colocar el organismo en malas condiciones para la aparición del artritisismo, y local para disminuir las congestiones preexistentes; será bueno por tanto el uso de los antisépticos suaves, de los astringentes y de alguna sustancia como la brea, que parece tener decisiva influencia en las manifestaciones artríticas de que hablamos. Importa asimismo no descuidar todo lo conveniente para que no reaparezca el artritisismo.

Cuando la vulvo-vaginitis es de origen sifilítico, se presenta en el 2.º período de esta enfermedad y se distingue fácilmente de las demás vulvo-vaginitis. En efecto: aún adoptando la forma papulosa ó eczematosa puede deslindarse fácilmente de las otras, pues en el primer caso no causará escozor, ni picor, ni molestia de ninguna clase y la erupción no se limita á la vulva sino que se extiende á las regiones vecinas como el abdomen y los muslos. Si se presentan placas mucosas se distinguirán también recordando los caracteres generales de estas, que se desarrollan en la entrada de la vagina llegando hasta las regiones cutáneas; las ulceraciones son superficiales y aparecen cubiertas por una capa adherente que si fuese gruesa recordaría la falsa membrana diftérica. El diagnóstico no es pues difícil y en cuanto al tratamiento, convendrá cauterizar las placas mucosas y seguir el plan curativo empleado en toda infección sifilítica.

Vamos á entrar ahora en el grupo de las vulvo-vaginitis debidas al contagio y entre estas ocupa el primer lugar por su frecuencia é importancia la vulvo-vaginitis *bleuorrágica*. Mucho se había discutido acerca de esta afección, pero hasta que Neisser descubrió el microbio que la producía, no se tuvo perfecto conocimiento de la especificidad del mal. Conociáse ya el contagio, pero todavía se aceptaba que la *bleuorragia* podía despertarse por ciertos actos sexuales, se

atribuía á los flujos catameniales el poder de provocar la enfermedad, se concedía mucha importancia á los estados de excitación genésica y así en todas las obras se encuentra la célebre receta de Ricord. Pero al aparecer los trabajos concluyentes de Neisser se demostró que la blenorragia era específica y debida únicamente á un microbio determinado; al principio el acuerdo fué unánime, pero luego empezaron á surgir dudas. De tales vacilaciones aprovecharonse los partidarios de la espontaneidad de la blenorragia, para levantar otra vez su bandera aunque de un modo distinto; afirmaron entonces que la especificidad del microbio era relativa, pues existiendo en el aparato genital sin producir manifestaciones patológicas, es decir, en estado saprofitico, puede despertar su virulencia por ciertos estados del aparato genital; son muchos los sugetos que padeciendo blenorragia no la tienen aparentemente, pues examinando el moco de los genitales no se encuentra un solo micrococo de Neisser, pero al influjo del coito repetido ó de ciertas medicaciones (inyecciones de bicloruro mercúrico) vuelven á presentarse los micrococos con toda su virulencia. Esto no basta para destruir las modernas doctrinas, pues desde que sabemos que los microbios gozan de vida latente y de virulencia atenuada, la observación clínica no hace más que confirmar lo que se desprende de la experimentación bacteriológica. Hoy por hoy el punto que se debate es «si en el aparato genital sano existen ó no micrococos de Neisser;» confesaremos que va decayendo la idea de la especificidad absoluta, para dar importancia á las condiciones de terreno que puede hallar el microbio. La blenorragia es, pues, hoy por hoy específica y reside en la presencia del micrococo de Neisser y la virulencia de este agente, de manera que al ver la enfermedad pensaremos inmediatamente en el contagio.

Puede verificarse la transmisión de la enfermedad de distintas maneras; el mecanismo más usual es el acto del coito, aunque este no es necesario para que haga contagio, pues basta la acción sobre el aparato genital de cualquier cuerpo contaminante. Las vulvo-vaginitis de la infancia son, por lo general, de origen blenorragico, atribuyéndose el contagio á las ropas de la nodriza ó de la madre (¡hay tantas de estas últimas que padecen blenorragia sin saberlo!) La virulencia de la blenorragia resulta modificada por varias circunstancias, ya que puede exaltarse ó atenuarse su contagiosidad según las condiciones del aparato genital en que se inocule. Todas las circunstancias referidas al hablar de las vulvo-vaginitis vulgares modifican las condiciones de la blenorragia, á pesar de la virulencia de la enfermedad, hecho que debemos tener muy presente; de aquí las variedades de la vulvo-vaginitis blenorragica. ¡Qué diferencia no habrá entre aquella que se ha contagiado por un coito clandestino y la pobre joven que contrae la enfermedad en el matrimonio y en la que la repetición de los coitos aumentará la gravedad de la dolencia! En el primer caso el organismo tiene tiempo para lucir sus defensas naturales (fagocitosis, quimiotaxia, poder microbicida de los jugos orgánicos, etc...), mientras que en el segundo el coito congestiona repetidamente el aparato genital y produce erosiones y aberturas

por donde puede penetrar la infección. En una palabra, en la patogenia de esta enfermedad, debemos conceder mucha importancia á las condiciones especiales del aparato genital para favorecer la infección ó modificarla en sus manifestaciones.

Las lesiones consisten en una rubicundez acompañada de edema y un flujo purulento que es característico de la enfermedad; el pus es más ó menos claro y de color amarillo, aparece en la superficie de la vulva y vagina y más particularmente en la uretra, donde lo buscaremos para investigar la enfermedad.

En general, el diagnóstico no ofrece dificultades sobre todo desde el punto de vista práctico. Pero ¿bastará el cuadro que hemos descrito para asegurar la enfermedad? Por lo comun sí, pero en ciertos casos en que seremos preguntados acerca de la naturaleza supuesta blenorragica de alguna vulvo-vaginitis, deberemos andar con tiento y convencernos de lo que haya exprimiendo la uretra de atrás adelante, para ver si sale pus; de todas maneras, si deseamos adquirir una certeza absoluta, recurriremos al examen microscópico de los productos de secreción y si hallamos el micrococo de Neisser, podemos afirmar el carácter blenorragico de la enfermedad.

El curso de la vulvo-vaginitis blenorragica ofrece muchas variantes; unas veces es agudo y dura 15 días, 3 semanas, hasta 4 y á veces más, lo que depende un gran número de circunstancias más que de la enfermedad en sí. La enfermedad puede terminar por curación, haciéndose crónica ó pasando al estado latente; la curación total es difícil y tanto es así que algunos la han negado, pretendiendo que cuando parece curada es porque se ha hecho latente; esta opinión es exagerada, pues si bien la curación es rara, no por esto es imposible. La causa de esta rareza en la curación, consiste en la dificultad de colocar el aparato genital en condiciones apropiadas para aquella. Sea como sea, las terminaciones más frecuentes, son el paso al estado latente y el paso á la cronicidad. Al hacerse crónica la enfermedad apáganse los síntomas agudos como el ardor, escozor, hipertrofia de las papilas, etc..... pero examinando el aparato genital se encuentra leucorrea en las glándulas vulvo-vaginales, fondos de saco de la vagina, meato urinario y otros órganos, refiriéndonos la enferma que después del coito siente cierta molestia acompañada de leucorrea, que se agudiza algo durante el período menstrual; este cuadro puede persistir meses y años, á veces toda la vida.

Consiste el estado latente en la curación aparente de la enferma, pues esta no sufre dolor, ni leucorrea, ni peso en la región, hasta que un día por excesos en el coito ó por otras causas, reaparece la enfermedad. Tenemos pocos medios para demostrar que esta todavía existe, que el micrococo puede reaparecer con toda su virulencia gracias al traumatismo de los coitos repetidos ó á enfermedades intercurrentes, que han colocado el aparato genital en malas condiciones, gracias á las que vuelve á presentarse la leucorrea y en ella puede descubrirse el micrococo de Neisser. Entre estas pocas está el examen microbiológico del moco vulvo-vaginal después de maniobras irritantes.

Respecto á complicaciones, como son tantas, no haremos más que enumerarlas; por de pronto, podremos dividir las en locales y generales, según procedan de propagación de la enfermedad á los órganos vecinos ó de la generalización de aquella. Las primeras refiérense á los órganos vecinos y así no es de extrañar que se presente la inflamación de las glándulas de Bartholino, glándulas vulvares y utrículos vaginales; fijase la gonorrea en estos puntos, como en las glándulas peri-uretrales y meato-urinario, que una vez infectados, difícilmente se desinfectarán. Lo mismo que en las vulvo-vaginitis vulgares, preséntanse uretritis y cistitis, pero, así como en las primeras terminaban bien, en las formas blenorragicas se hacen rebeldes á todo tratamiento y raras veces se curan. También puede pasar la infección al recto, gracias al tacto ginecológico ó al darse un enema, apareciendo la rectitis gonorréica. Pero lo más importante es la progresión ascendente del mal hacia el cuello y cavidad del útero, trompas y peritoneo; propagándose la infección debajo la mucosa puede llegar al tejido celular de la pelvis y corriendo por los fondos de saco al través de los conductos linfáticos, es susceptible de alcanzar el peritoneo.

Conforme hemos dicho, la vulvo-vaginitis blenorragica ejerce acción á distancia. Antes de conocerse la naturaleza infectiva de la gonorrea se describía ya por los clínicos la artritis blenorragica, enfermedad que se presenta con bastante frecuencia para comprobarlo. Antes se creía limitada á este fenómeno la acción á distancia de la gonorrea, en cambio, hoy se ha visto que aquella era tan extensa que podía producir endocarditis y hasta mielitis de origen blenorragico. Los hechos son de observación, no pueden negarse; en cuanto á la patogenia de estas generalizaciones ó metástasis, la desconocemos por completo.

Si la vulvo-vaginitis blenorragica raras veces termina por la curación y puede quedar latente, originando tantas y tan graves complicaciones, debe pronosticarse seriamente de ella y nos valdremos de todos los medios posibles para evitar las malas consecuencias de las complicaciones. De la poca importancia que se daba antes á la enfermedad, dependían los accidentes que esta ocasionaba; así pues, el pronóstico hoy es muy distinto del que se hacía 20 años atrás, ya que antes se creía en la frecuente terminación de la enfermedad por restablecimiento completo, al contrario de lo que se opina hoy día. En el hombre la blenorragia deja con frecuencia un sello persistente, la llamada gota militar, que creen muchos no es peligrosa y hasta se considera que los sujetos que la padecen pueden contraer matrimonio sin inconvenientes; pues bien, lo que sucede, es que la mujer se contagia en los primeros días del matrimonio, contrayendo la vulvo-vaginitis blenorragica. El pronóstico será, pues, serio, lo cual deberemos tener presente para imponernos desde el punto de vista del tratamiento.

Por lo que toca á este último, conviene que indiquemos algo para guiar nuestra conducta. Hay, ante todo, un procedimiento abortivo que se propone acabar con el contagio cuando todavía está limitado, por un antiséptico fuerte

ó cáustico (nitrato de plata ó bicloruro mercuríco). Este método de gran utilidad teórica, no es de gran aplicación práctica, pues, no tenemos ocasión de emplearlo, ya que las mujeres honestas sufren del contagio sin saberlo y al principio de la enfermedad no reclaman nuestros auxilios, sino después, cuando es tarde ya para aplicar el método abortivo. Tal procedimiento, pues, es sólo aplicable al principio de la enfermedad.

Al descubrirse la naturaleza infectiva de la blenorragia, era natural que para combatirla se confiase en los antisépticos fuertes, v. gr.: soluciones de ácido fénico, salicílico, bicloruro de mercurio, polvo de yodoformo, aïrol, etc... Todos estos medios han resultado ineficaces en el período agudo y hasta inconvenientes; en efecto: no matando el microbio por las malas condiciones que para este objeto ofrece el aparato genital, con sus recodos y repliegues, así como por la dificultad de que lleguen los antisépticos á las glándulas y fondos de saco vaginales, no puede obtenerse el efecto que deseamos. Además, los referidos agentes atacan la integridad de los elementos anatómicos, los epitelios de la piel y mucosa se resienten por las soluciones antisépticas fuertes, que pueden producir acción irritante. De modo, que el plan terapéutico es defectuoso, pues, no logra su fin y ataca la integridad de los elementos anatómicos, privándolos de que luzcan sus cualidades defensivas. Por lo tanto, abandonaremos las soluciones de ácido fénico y salicílico, polvo de yodoformo, etc.. en una palabra, todos los antisépticos fuertes porque resultan contraproducentes. ¿Qué haremos, pues, durante el período de agudez del mal? Los medios que emplea la naturaleza serán los mejores para este caso; recordemos la diferencia que hay entre la enfermedad adquirida por coito clandestino y la que se acompaña de coitos repetidos; en el primer caso hay menos traumatismos y no existen las continuas congestiones de los últimos, de aquí la diferencia en la evolución de un mismo proceso; en el caso primeramente citado, la infección se propagará menos hacia la vejiga y útero, infiltrándose menos en las glándulas porque no siguen obrando las causas favorables para la infección, en el segundo caso, en cambio, cuando el coito ha determinado circunstancias capaces de dañar el aparato genital, la enfermedad recorre su curso mucho más aprisa. Veamos, pues, cuales son las condiciones favorables para el aparato genital con el fin de resistir la infección; el reposo es muy favorable para que se desplieguen las defensas orgánicas; si la mujer es casada exigiremos el alejamiento del marido, punto acerca del cual debemos ser exigentes y con el que lograremos resultados positivos; también es conveniente evitar la excitación del aparato genital que nos producirá pésimos efectos.

No basta con lo que hemos dicho, pues de esta manera la enfermedad seguirá su curso y desplegará sus fenómenos característicos (dolor, leucorrea, mal-estar, etc...) Por esto no emplearemos medios que puedan ser perjudiciales, en cambio, nos valdremos de medios de limpieza de la parte; esta limpieza puede hacerse con agua hervida, cocimiento de malvas; el calor de 35° á 36° será el de

estos líquidos; asimismo es útil el ácido fénico al 1 por 200, el ácido bórico y si queremos añadir algo que combata indirectamente la infección, emplearemos astringentes vegetales como el tanino ó la ratania, que regularizarán la circulación del aparato genital. Con esto damos por concluido cuanto se refiere al tratamiento local de la blenorragia aguda. Tenemos también otras medicaciones que pueden obrar indirectamente, como la acción purgante que disminuyendo la congestión del aparato genital lo coloca en mejores condiciones de defensa y evitará que se propague el microbio; en las proximidades del período menstrual, como se encuentra favorecida la infección, debemos ser más rigoristas. Debe evitarse que se coleccionen el pus, para lo cual emplearemos prudentemente las irrigaciones vaginales, y quizás con más ventaja, los supositorios de ictiol que no pueden producir malos resultados, y en cambio, por el movimiento dialítico que ocasionan pueden arrastrar el agente infeccioso; guardémonos de emplear supositorios con medicamentos enérgicos y echemos mano p. ej.: del subnitrito de bismuto, con lo cual evitaremos si es posible que la infección se haga crónica ó pase al estado latente.

Una vez obtenido este resultado, pasaremos al tratamiento de la blenorragia crónica, y como el microbio es menos virulento y vive junto con el elemento anatómico, podemos disponer un plan curativo en que figuren los antisépticos; con todo, siempre tropezaremos con la dificultad de que el microbio queda retenido en las glándulas, por esto es conveniente no acudir á los antisépticos fuertes; la acción irritante del bicloruro mercurico despertando la virulencia microbiana, por disminuir la resistencia de los elementos anatómicos, puede revelarnos si la afección está ó no curada del todo. Tales son los medios de tratamiento de la vulvo-vaginitis blenorragica.

Entre las vulvo-vaginitis más ó menos específicas, cuéntase la de forma diftérica, que se caracteriza por la aparición en la vulva y vagina de unas ulceraciones superficiales cubiertas con falsas membranas análogas á las diftéricas; raras veces se presenta de una manera primitiva, sino que conomita con otras afecciones diftéricas. El diagnóstico no es difícil porque la enfermedad no es de fácil confusión y el tratamiento está basado en los mismos principios que el empleado para la difteria faringea.

Si hay erisipela puede propagarse á la vulva, originando la vulvo-vaginitis erisipelatosa que tiene cierta especificidad. Otra forma de vulvo-vaginitis aunque rara, es la disintérica que en nuestro país aparece poco, por ser rara la disentería virulenta, pero que en los países donde ésta es frecuente, puede aparecer con más ó menos intensidad.

Lección XX

Estiomene de la vulva.—Chancros vulvares.—Prurito vulvar.—Vaginismo y neuralgias vulvares.

Hay una enfermedad que sin ser muy frecuente se presenta algunas veces y que puede servir de transición entre las afecciones acabadas de estudiar y las neoplasias; esta enfermedad conocida clínicamente ya que no desde el punto de vista nosológico es el *estiomene* de la vulva. Obsérvase este afecto en la vulva más que en la vagina, ya que únicamente por propagación suele presentarse á la entrada de este conducto, llegando raramente á las partes profundas.

En el concepto etiológico no conocemos bien la enfermedad; por haberse observado casi siempre con un estado general de tuberculosis ó por lo menos con un escrofulismo exagerado, se ha creído que es una forma de tuberculosis como el lupus cutáneo; la afección se cree, pues, de origen tuberculoso, pero no se ha demostrado todavía por el examen microbiológico. En algunos casos en que no se descubren señales de tuberculosis puede reconocerse el artritismo, de manera que el estiomene de la vulva encuéntrase siempre relacionado con ciertos estados generales. En cuanto á la causa local no la conocemos y hasta parece que la enfermedad puede presentarse, en cierta manera, espontáneamente, coexistiendo los estados constitucionales referidos.

Las lesiones ofrecerán el carácter de tuberculosis y de neoplasia, y aún cuando son sumamente variadas podemos dividir las en dos grupos: uno que afecta el tipo corrosivo y otro que reviste la forma hipertrófica; en el primero, existe pérdida de sustancia, mientras que en el segundo hay al mismo tiempo hipertrofia de los tejidos vecinos. En el tipo corrosivo obsérvase á un lado de la vulva y en el labio mayor ó en la unión de este con el meonor, una ulceración de forma serpiginosa que puede alcanzar más ó menos profundidad, puesto que puede destruir el dermis y el tejido celular subcutáneo; la úlcera tiende á progresar é invadir los territorios vecinos y alrededor de aquella no encontramos más que una pequeña línea rubicunda, pero nada de induraciones ni excrecencias; sigue buscando su camino el mal por la parte anterior de la vulva, hacia el clítoris que puede quedar destruído. El color de la úlcera es encarnado y la tendencia de aquella es á sangrar pero sin presentar grandes hemorragias. En la forma hipertrófica observamos algo parecido, con la diferencia de que la úlcera tiene un estrato de tejido neoformado subcutáneo que se extiende á todo al rededor y aún á cierta distancia; además los bordes de la úlcera son salientes de modo que el fondo parece excavado. La forma corrosiva puede mez-

clarse con la hipertrófica, de aquí una gran variedad en las manifestaciones del proceso.

La Sintomatología es muy sencilla, aparte de que la enferma refiere que desde mucho tiempo sufre una pérdida sucia y con sangre, por los genitales; obsérvase el prurito vulvar al principiar la enfermedad, y la posición sentada, la deambulacion y el coito resultan molestos para la enferma. Por el reconocimiento apreciaremos la ulceración propia del estiomene y sólo deberemos preguntarnos si se trata de una vulvo-vaginitis de las que hemos estudiado ó de una neoplasia.

El diagnóstico diferencial no resulta difícil por cuanto disponemos de los antecedentes de la enferma, no los patogénicos sino los que se refieren á la duración de la dolencia, que es extraordinaria. Este dato nos servirá para distinguirla de las vulvo-vaginitis estudiadas, ya que sólo una de estas, la escrofulosa, es de curso lento y aún en este caso no cabe confusión, pues el mal se extiende á las regiones vecinas, lo que no sucede en el estiomene. El diagnóstico entre esta enfermedad y ciertas neoplasias como el epitelioma, no es difícil en la forma corrosiva, porque de todos modos hay gran distancia entre el estiomene y un epitelioma verdadero; si tenemos dudas podemos practicar el examen histológico que si se trata de un epitelioma nos revelará los caracteres de una neoplasia epitelial, mientras que si el caso es de estiomene, descubriremos los caracteres de un proceso flogístico crónico y sólo nos faltará descubrir el bacilo para afirmar que estamos frente á una forma de lupus. De todos modos, el curso de la afección es muy distinto del de los epiteliomas y al contrario de lo que ocurre en estos, no se manifiestan infartos ganglionares en las ingles.

El curso del estiomene es lento y con tendencia á la cronicidad, en cualquier forma que se presente. Para que la ulceración alcance la mitad de un labio mayor, se requieren á veces años.

Respecto al tratamiento podemos usar de medios paliativos y curativos; para los primeros recurriremos á los de orden higiénico, limpieza del aparato genital con soluciones antisépticas ligeras, pero esto no conduce á la curación. Para esta no tenemos más que dos medios: el bisturí y el termo-cauterio; estos medios son mejores que el empleo de cáusticos potenciales como el cloruro de zinc, la tintura de yodo, nitrato de plata, etc..., que no destruyen la úlcera por completo, pues esta vuelve á producirse. En cambio, aplicando el termo-cauterio á la profundidad debida podemos lograr la curación real y verdadera. Cuando observamos á tiempo el estiomene, es decir, cuando no ha invadido grandes regiones vulvares, podemos obtener ventajosos resultados con los medios antedichos, pues, en el caso peor, de que la enfermedad se reproduzca lo hace con lentitud.

En la vulva pueden presentarse chancros blandos y duros cuyos caracteres no describiremos; nosotros solo hemos de tratar de la importancia de estos en

nuestra especialidad. Las poliadenitis y adenitis simple se presentan en la mujer cuando hay chancros, pero por lo mismo que pueden aparecer aquellas en regiones muy profundas, pasan inadvertidas. Los referidos chancros pueden originar abscesos de los labios mayores y otros fenómenos estudiados al hablar de las vulvo vaginitis.

Pasamos ahora á estudiar dos hechos muy importantes; el prurito vulvar y el vaginismo. Tales enfermedades no pueden considerarse como infectivas ni neoplásicas, pero tienen bastante valor para que les dediquemos atención preferente. El prurito vulvar es una afección caracterizada por un escozor ó picazón en la vulva, irresistible y que obliga á la enferma á rascarse; preséntase á veces en forma de verdaderos accesos y afectando cierta periodicidad. Preséntase con frecuencia por la noche, molestando tanto á la enferma que la despierta y esta se halla inconscientemente con la mano en la vulva, el picor puede ser tan irresistible y persistente que la enferma acabe por un ataque de histerismo. El prurito vulvar se presenta en ciertos períodos de la vida de un modo preferente, v. gr.: las épocas próximas á la menopausia, durante esta y en los primeros tiempos que la siguen; esto no quiere decir que no pueda presentarse en cualquier época.

Según las causas á que obedece el prurito puede calificarse de sintomático ó esencial, pues al paso que unas veces acompaña ciertas enfermedades, en otras se presenta sin que podamos hallar ninguna lesión en la vulva ó vagina. Unas veces dependerá de vulvo vaginitis coexistentes y sólo tendrá valor como síntoma, pero otros podrá calificarse de esencial constituyendo la forma más rebelde, podremos examinar minuciosamente la vulva y vagina, y sólo encontraremos alguna rubicundez y algo de hipersecreción, pero ninguna lesión que nos explique el origen del acceso. El prurito esencial puede deberse á muchas causas; en primer lugar puede ser causado por afecciones que no sean del aparato genital y entre éstas la más constante es, tal vez, la glicosuria, pues apenas hay enferma diabética que no padezca de prurito, lo cual se deberá al contacto irritante de la orina azucarada. Influyen también las neurosis de toda clase; hay enfermas que no descansan por el dichoso prurito vulvar y veremos que son neuropáticas. Otras veces descubriremos en la economía un fondo general de artrismo que se manifiesta de preferencia en la vulva. En ocasiones, la causa puede ser local sin que deje lesiones; v. gr.: la masturbación, el coito repetido y el incompleto que dejan cierta excitación en el aparato genital. El diagnóstico de la enfermedad tendrá que basarse en un examen detenido de cuanto acabamos de decir. Nada más diremos después de lo apuntado, por lo que toca á Sintomatología.

Para el tratamiento de la enfermedad, si ésta es protopática y obedece á una enfermedad que no sea del aparato genital, deberemos corregir ésta primeramente. Fijémonos en que para esta enfermedad se han preconizado muchos remedios y este hecho debe hacernos desconfiar; en efecto, mientras hay formas en las que triunfamos con medios sencillos, hay otras contra las que nada con-

seguimos aún con los recursos que creemos más activos. Con todo hay algunos agentes que renuen ciertas ventajas, tal es el ácido fénico que en soluciones débiles y empapado en compresas puede ejercer acción calmante, con el mismo objeto cabe incorporarlo en pomadas asociado al brumuro potásico que anestesia las mucosas. Podemos valernos también de la cocaína, pero si ésta fracasa acudiremos á una cauterización ligera de la mucosa con nitrato de plata en solución al 1 por 100 ó al $\frac{1}{2}$.

Otra enfermedad que se presenta en el aparato genital, relacionada con el prurito vulvar, es el vaginismo, que sólo se hace perceptible al realizarse el coito ó mejor al intentarlo, ya que el carácter de la enfermedad es hacerlo difícil ó imposible. Existe en la vulva una sensibilidad perturbada, por la que se hace difícil por la dolorosa é insoportable, la introducción de todo cuerpo extraño en la vagina. Reconócense varios grados en la enfermedad; á veces el coito no llega á ser imposible, pero en cambio hay ocasiones en que hasta el reconocimiento por la sola introducción del histerómetro en la vagina produce terribles dolores y debe abandonarse.

Las causas del vaginismo pueden variar; las locales como las vulvo-vaginitis ulcerosa, artrítica, tuberculosa, pueden reconocerse examinando el aparato genital, en cambio en las generales no hallamos lesión alguna. En este último caso el vaginismo suele ser más exagerado existiendo completa integridad de las demás funciones genitales, lo que no deja de llamar la atención. Tiene importancia la Etiología de esta enfermedad, porque como ésta no se presenta á capricho, sino que por lo común obedece á estados neuropáticos ó al onanismo y tendremos datos para evitarle. Los primeros coitos intentados con brutalidad en una mujer neuropática, hacen el coito doloroso y repulsivo originando fácilmente el vaginismo.

El carácter principal de la enfermedad es el dolor que ocasiona el coito, el cual lo convierte en acto traumático y repulsivo; pero á veces aún deseándolo la mujer no puede efectuarlo por los tormentos que sufre y pueden pasarse años y hasta toda la vida de esta manera. Sims, cuenta de una enferma que cohabitó gracias á la anestesia, que se hizo embarazada y que después del parto volvió á padecer vaginismo. De modo que la esterilidad, si bien es síntoma frecuente, no es constante en esta afección.

Si el vaginismo depende de las enfermedades citadas del aparato genital ó de fuera de él, deberemos combatir las primeramente, pero si depende del espasmo de los músculos perineales, es decir, que sea esencial, puede anesthesiarse la enferma y practicar la dilatación forzada que se hará con los índices de ambas manos ó la dilatación gradual sin anestesia, introduciendo primero un dedo y luego dos en varias sesiones. En el vaginismo exagerado no cabe más que el tratamiento radical que es de efecto seguro y que puede realizarse de dos maneras: ó bien haciendo la dilatación forzada de la vulva y vagina hasta producir desgarros musculares ó verificando la dilatación cruenta. Quizás es mejor el úl-

timo procedimiento, sobre todo en los casos exagerados; el primer método puede realizarse con el dilatador de Sims ó con nuestras manos. Por el segundo procedimiento practicase una incisión á cada lado de la horquilla, á cada lado de la línea media y algo profunda que comprenda mucosa, tejido celular y primeras capas musculares, pues con ello se interesarán los nervios de la región produciendo cierta anestesia. En la convalecencia no debe permitirse el coito ni la aproximación del varón, hasta que cicatricen las heridas y antes de tolerar las relaciones sexuales, nos aseguraremos de que la enferma sufre sin molestia la introducción de dos dedos al través de la vulva. Antes de dejar á los consortes, bueno será tomar aparte al marido y decirle lo que hace el caso. También será bueno asegurar á la enferma que no volverá á padecer la enojosa efección, pues como han sufrido tanto siempre temen volver á las andadas y una rotunda afirmación del ginecólogo las tranquiliza y hasta obra algo sugestivamente.

Lección XXI

Anomalías congénitas de la vulva y vagina.—Id. de la vulva y el hímen.—Id. de la vagina.—Hermafroditismo.—Estudio de dichas anomalías.

Entremos ahora en otra orden de enfermedades, á saber, las anomalías congénitas y adquiridas de la vulva y vagina; empezaremos por el estudio de las anomalías congénitas ó vicios de conformación, debidos al desarrollo defectuoso del aparato genital. Tales vicios revisten distinta importancia, pues esta que en unos casos es práctica en otros solo la tiene en el concepto filosófico. Entre las primeras, á las que daremos un valor excepcional, cuéntanse las llamadas *atresias vulvo-vaginales* congénitas, y entre las segundas un gran número de cambios en el aparato genital externo, que han ocasionado distintas interpretaciones suscitan lo reñidas polémicas.

Las anomalías más importantes y frecuentes son las denominadas *atresias congénitas* que podremos dividir en dos grupos, según aquellas sean vulvares ó vaginales. Las atresias vulvares refiérense generalmente á la imperforación del hímen, pero también puede relacionarse con la falta de vulva ó existencia rudimentaria de la misma. Este último hecho es raro; no así el primero que se encuentra bastantes veces y viene representado por una imperforación del hímen, debida á una falta de desarrollo del feto en los puntos de unión de lo que se han llamado *surcos genitales*: Otras veces es debido á fenómenos flojísticos de la vulva que producen la adhesión de los bordes del himen. Este fenómeno puede presentarse con desarrollo perfecto de todo el resto del aparato genital. Otra anomalía, aunque pequeña, es la aglutinación de la vulva que puede confundirse con la del hímen: hállase en la primera infancia y consiste en una

verdadera aglutinación que no interesa el hímen, pues este queda por detrás; después de separar los labios menores solo se descubre la uretra, apareciendo por la parte posterior una línea de unión entre las paredes vulvares fácil de separar. En estas ocasiones no hay dificultad de desarrollo del aparato genital, sino ciertas vulvitis que han unido las partes profundas del órgano. La imperforación congénita del hímen tiene sus consecuencias que estudiaremos al hablar de los resultados de la imperforación vaginal.

Hay casos en los cuales la atresia reside, no en la entrada de la vagina sino en la vagina misma; encuéntrase una imperforación absoluta, ora en la parte alta, ora en la baja. A veces hay ausencia completa de la vagina y entonces el útero suele encontrarse rudimentario, lo mismo que sus anexos.

La Etiología de estos vicios de conformación debe buscarse en la falta de desarrollo del aparato genital, aunque no sabemos la razón de ella. Hacia la octava ó novena semana de la vida fetal, encuéntrase en la región que más tarde será el aparato generador: hacia adelante, restos de la vesícula alantoi-dea que vienen á unirse con lo que después formará el recto y que se junta á unos conductos llamados de Müller que constituirán después la vagina, útero y trompas. En la décima semana, se forma en el sitio de la vulva una depresión que denominaremos *genital*, depresión que va profundizando, al mismo tiempo los conductos cambian su modo de ser, y á la 13.^a semana, la hendidura comunica con los conductos múltiples ó cloaca que se hallan dentro de la pelvis; una vez se ponen en contacto tenemos una comunicación entre los conductos viscerales y la piel. En la progresión de los conductos viscerales y la hendidura genital puede haber paros, puede cesar aquella, lo que originará defectos en el aparato genésico. A medida que la hendidura genital evoluciona, los órganos que separan los conductos que han de ser recto y vagina se adelantan hasta llegar á la piel constituyendo el periné y cuerpo perineal, entonces la cloaca que hacía comunicar los conductos viscerales queda dividida en dos. Desarrollase el cuerpo perineal asaz prematuramente, por esto observamos atresias de forma especial respecto al ano y la vagina; cuando estudiemos las anomalías que no son de carácter atrésico, veremos que hay una que consiste en la falta de desarrollo del espolón que separa el recto de la vejiga y vagina, habiendo un sólo conducto. Los conductos de Müller producen el desarrollo de los cuernos del útero, formándose este órgano en su cuerpo y cuello. El hímen es un resto de la membrana que existe en la hendidura genital; si aquella permanece íntegra tendremos el hímen imperforado: puede observarse la uretra normal pero la vagina imperforada. La falta de evolución de los conductos de Müller en época muy prematura puede ocasionar la falta absoluta de vagina; ignoramos aún la causa de esta falta de desarrollo. Las variedades de tales anomalías son muchísimas.

Respecto de Anatomía Patológica se comprende con lo dicho. Los síntomas de la imperforación del hímen y la vagina son los siguientes: ausencia completa

de manifestaciones en la niñez, pues los vicios de conformación citados solo se hacen sensibles durante la pubertad, apareciendo un cuadro distinto según se trate de la imperforación del hímen ó de la vagina. En primer lugar falta la menstruación pasando mucho tiempo sin realizarse este acto funcional; si hay imperforación del hímen aparece un abultamiento en la vulva y la enferma sufre varias molestias; dismenorrea porque la sangre menstrual se retiene en el aparato genésico distendiendo poco á poco la vagina, desarrollándose los síntomas de un tumor por retención en el interior de la pelvis que empuja el hímen hacia afuera, simulando una hernia entre los grandes labios. En este caso concreto de imperforación del hímen, el útero sufre poco porque no se distiende, pues la sangre se dirige hacia los genitales externos donde encuentra menos resistencia. De tal modo ocurren estos hechos que al ver una mujer joven que no menstrúa ni presenta señales de menstruación, podemos sospechar la atresia: haremos el reconocimiento y al separar los grandes labios veremos el hímen abultado hacia afuera, trasluciéndose algunas veces hasta el color del contenido; si comprimimos podemos hallar blandura y quizás fluctuación; como no podemos hacer el tacto vaginal recurriremos al rectal y encontraremos un tumor que distiende enormemente la vagina y que puede producir dificultades para la micción y defecación. Si exploramos el hipogástrico, podemos, según los casos, no encontrar nada ó notar una distensión ligera ó quizás un tumor liso y fluctuante que ocupa la zona media y que comunica con la membrana hímen. También descubriremos un cuerpo duro que es el útero. El diagnóstico, por lo tanto, no ofrece dificultades.

Cuando la atresia es vaginal y recae bien en la parte superior bien en la inferior ó bien cuando se trata de ausencia total de la vagina, desarróllase el mismo cuadro con una diferencia notable. Así como el caso anterior era fácilmente diagnosticable hasta por personas profanas, no así el actual; cuando hay imperforación de la vagina, la sangre retenida halla condiciones puestas á las de la imperforación del hímen. Si la atresia existe en la parte alta, la sangre encuentra menos resistencia hacia los órganos internos, el cuello del útero cede, distiéndese junto con el cuerpo y constitúyese un tumor por retención en el útero y trompas ó sea la *hematómetra* y *hematosalpis*. Este hecho separa las atresias vaginales de las imperforaciones del hímen: en el último caso hállanse las colecciones sanguíneas en la vagina (*hematecolpos*). Los síntomas de estas atresias vaginales de caracter funcional serán los mismos que los pertenecientes á las atresias del hímen. Como en las atresias vaginales altas hay distensión del útero, preséntanse acerbos dolores, cólicos uterinos; al proceder al reconocimiento no encontraremos nada en los genitales externos, el tacto vaginal nos demostrará que el dedo penetra poco; si la atresia es profunda la vagina puede aparecer normal, pero al buscar los fondos de saco, hallaremos uno liso y que no deja abertura ninguna; al mismo tiempo se presentará dismenorrea, dolores intensos, tumor en la parte media, sea de un *hematocolpos* sea de una *hemató-*

metra. El diagnóstico no será difícil, por lo tanto. En cuanto al pronóstico varía para cada caso; si la enfermedad se abandona á si misma es grave.

Por lo que toca al tratamiento médico y paliativo no sirve para nada, el único que cabe aplicar es el quirúrgico. La intervención debe acompañarse de un pronóstico de mayor ó menor gravedad según los casos; tratándose de la imperforación del hímen, solo pueden ocurrir accidentes desagradables cuando la enferma se abandona, si guarda las precauciones necesarias, los resultados serán favorables. En el segundo grado de atresia el pronóstico es más serio, siendo acentuadamente grave en el tercero. No se ha concedido al tratamiento quirúrgico de tales afecciones la importancia que merece, esta no depende de la operación sino de las condiciones que la sangre extravasada crea en el aparato genital; el líquido siruposo y gelatinoso, de color oscuro ó de café con leche, que constituye el flujo menstrual aglomerado, es un magnífico terreno de cultivo y muy propenso, por tanto á infectarse. Aún hoy, con todos los medios antisépticos, no tenemos seguridad de evitar la infección; pues sino llegan bacterias patógenas las mismas bacterias discrecionales del aire y de todas partes; cayendo en un líquido tan fácil de infectarse pueden ocasionar temibles accidentes. Si la atresia reside en la parte alta, como hay distensión del útero y de las trompas, el líquido enfilando por estas puede correr y derramarse en el peritoneo. Para evitar la infección por el aire, se ha recomendado practicar la incisión poco extensa y aún algunos emplean un trócar para que la presión de líquido que sale evite la entrada del aire, después no hay inconveniente en dejar la abertura del modo debido.

Cuando se trata de una retención simple, la cosa no tiene mucha importancia; en las operaciones más delicadas redoblabamos las precauciones, procurando llegar á la colección sanguínea por una abertura pequeña, para evitar la entrada del aire en el líquido propenso á infectarse. Una vez evacuada la cavidad, se reduce y entonces practicaremos lavados con soluciones fenicadas ó de bicloruro mercúrico, para que estos antisépticos destruyan el terreno de cultivo y arrastren el líquido. En las operaciones de tercer grado, cuando hay *hemotómetra* y *hematosalpime* corremos otro peligro, y es, que al retraerse el útero y las trompas, el líquido no tenga tiempo de salir y se derrame en el peritoneo. En la imperforación de la parte baja de la vagina, separaremos esta de la vejiga y útero y practicaremos la disección obtusa, haciendo una abertura pequeña; dilataremos luego la abertura vaginal y colocaremos tubos para mantener la dilatación, procurando siempre cumplir con las reglas de la más severa antisepsia.

La ausencia de la vagina tiene importancia porque va acompañada con frecuencia del desarrollo rudimentario del útero. La explicación del hecho es sencilla; una mujer al llegar á la pubertad se siente dismenorreica, en cada período menstrual preséntanse dolores en el bajo vientre y otras molestias, hasta que se acude al reconocimiento, el cual descubre la falta de vagina. Indícase la necesidad de

perforar el conducto atrésico, creyendo que después de la operación aparecerá el flujo catamenial, pero si no hay tumor por retención, si el útero, por tanto, no se halla distendido, el acto operatorio no servirá de nada. Hemos de andarnos, pues, con tiento una vez diagnosticada la ausencia de vagina, para no intervenir en vano; si se verifica la menstruación, forzosamente debería haber tumor por retención, sino trátase de un hecho completamente distinto de una atresia que exigirá una vagina artificial. ¿Debe hacerse ésta en tales casos? Resulte lo que quiera, lo cierto es, que la intervención es solicitada con el objeto de hacer posible el coito; cácase una mujer ignorando que no tiene vagina, diagnósticase después esta anomalía y al enterarse del vicio de conformación, se acude en demanda del acto operatorio. La intervención puede cumplir dos indicaciones: una vital y otra de complacencia. En cuanto al éxito de la misma es muy dudoso, para practicarla incíndese el sitio donde comienza la atresia, y valiéndonos de la disección obtusa separaremos la vejiga hacia adelante y el recto hacia atrás, hasta más ó menos profundidad; en los casos de ausencia de la vagina, el recto y la vejiga están muy juntos, costando tanto trabajo el separarlos que es fácil herirlos, de todos modos podremos formar el conducto artificial. Si sólo cumplimos una indicación de complacencia pronto terminaremos nuestro objeto.

Importa que el conducto formado no se oblitere por cicatrización y para evitarlo, colocaremos el taponamiento en tanto se va endureciendo la superficie; cuando obtengamos la cicatrización de las caras del conducto después de largo tiempo y no pocas dificultades, todavía nos exponemos á que el conducto se estreche en virtud de la retracción cicatricial y por esto procuraremos sostener la dilatación. El acto quirúrgico es deslucido, por lo cual muchos ginecólogos sólo recurren á él, para cumplir una indicación vital.

Al lado de este grupo teratológico existe otro caracterizado por estrecheces; así vemos que en la parte media de la vagina, en su entrada y en la misma vulva hay tal angostura, que si bien la sangre menstrual pasa fácilmente, el coito se realiza con dificultad. Estas estrecheces no tienen gran valor y pueden vencerse sencillamente con dilataciones graduales ó cruentas que se procura sostener hasta que la herida cicatriza.

Encuéntanse además ciertas alteraciones importantes, por los errores que pueden ocasionar; una de ellas es la vagina doble ó tabicada, que viene ligada con la existencia de un útero doble ó bicorne. En tales casos, la vagina presenta un conducto doble y á mayor ó menor altura de su entrada encontramos un tabique digirido de delante atrás, que desde el sitio en que comienza se dirige hacia arriba llegando al cuello del útero, dividido también; este tabique puede alcanzar toda la longitud de la vagina ó quedar reducido á su parte más alta. A veces ocurre el siguiente hecho: un médico reconoce la enferma y diagnostica un embarazo, viene después otro facultativo y lo niega en absoluto ¿de qué depende tal divergencia? Pues, de que el uno había tactado el lado derecho y el otro el izquierdo y guiándose por los caracteres del cuello del útero diferentes

en cada lado. El tratamiento de esta anomalía es muy sencillo, consiste en separar el mencionado tabique.

Todavía tenemos otros vicios de conformación. Los conductos que en la vida intra-uterina forman los de Müller, y la vesícula alantoidea que han de formar la uretra y vejiga, pueden detenerse en su desarrollo y entonces la mujer queda sin uretra. Como resultado de esta imperfección aparece el hipospadias, análogo al del hombre, con incontinencia de orina congénita y al proceder al reconocimiento, hallamos la verdadera cloaca, resto de la embrionaria; hállase la vulva y entrada de la vagina, pero no la uretra. En ocasiones la falta de desarrollo ha comenzado antes, en el mismo conducto desembocan la vagina y el recto, saliendo por el mismo trayecto el producto de la concepción y los excrementos. Desgraciadamente el tratamiento de estos defectos congénitos da poco de sí y sólo en los casos que faltando un trozo de periné exista esfínter rectal, podemos intervenir con fortuna.

No acaba aquí el capítulo de anomalías, puesto que pueden hallarse algunas que nos hagan titubear por no haberlas visto jamás, ni estar descritas en ninguna obra. Tal es el caso de una mujer joven que contrajo matrimonio hará un año siendo dismenorréica, sufriendo dolores á la micción y observando el carácter sanguinolento de la orina; el coito resultó para ella doloroso y difícil sino imposible. De repente desapareció la menstruación y sin que observase síntoma ninguno por el sólo hecho apuntado creyó la mujer hallarse embarazada: sujetóse al reconocimiento y se afirmó que no había tal embarazo. En dicho estado la enferma vino á consultarme y al practicar el reconocimiento observé los labios mayores y menores bien desarrollados, al penetrar en un conducto que creí ser la vagina, llaméme la atención que el dedo quedara como aprisionado dentro de un esfínter; después de un corto trayecto alcanzó una cavidad que comprendí tenía líquido y eché de ver que había realizado el tacto vesical á pesar de las facilidades que hallé. Retiré los dedos para ver si salía orina, pero inútilmente, busqué el orificio vaginal pero con resultados infructuosos. El orificio de la vagina estaba reducido á una cicatriz; sin embargo, como creí y creo todavía que la enferma está embarazada y para que hubiese embarazo era preciso que hubiese vagina, recurrí al tacto combinado vesical y rectal que resultó estéril, en vista de lo cual tuve que diagnosticar ausencia completa de la vagina.

He aquí un hecho bien curioso por cierto, que se aparta de todos los tipos descritos y que nos demuestra que no conocemos bien la leyes de desarrollo del aparato genital. Acaso será que los conductos de Müller desembocarán en la vejiga pero cuesta trabajo comprender como tales conductos pueden desembocar en este sitio. Sondando á la enferma extraje cantidad notable de orina, lo que prueba que no hay estrechez, ni se trata de un hipospadias con estrechamiento en la parte baja de la vagina.

Pueden presentarse en la mujer otros defectos congénitos debidos á irregula-

ridades de desarrollo. La existencia en ciertas mujeres de un clítoris muy desarrollado, de unas ninfas hipertrofiadas ó de labios mayores muy voluminosos, ha ocasionado las eternas discusiones acerca del hemafrodismo. Si á las señales expuestas añadimos una hernia de los ovarios que han descendido ó los labios mayores simulando los dos testículos, una abertura de la vulva muy estrecha y un clítoris muy desarrollado, comprenderemos que se hayan confundidos con los genitales del hombre. Hoy por hoy no se ha descubierto ningún caso de hermafrodismo ó reunión de los dos sexos en un mismo individuo, pues aunque se ha discutido mucho acerca de la existencia de un testículo en un lado y de un ovario en el opuesto, analizando bien el caso se ha visto que se trataba de falsos hermafroditismos. Puede ayudar á engañarnos la desviación de la uretra que puede desembocar en la punta del clítoris, lo cual da un gran parecido á este órgano con el miembro viril. Así pues, véase que los pretendidos hermafroditismos no son más que irregularidades de desarrollo.

Lección XXII

Anomalías adquiridas.—Fistulas urinarias.—Sus distintas variedades.—Patogenia y diagnóstico de las mismas.—Tratamiento paliativo.—Bases generales para el tratamiento curativo de las fistulas urinarias.

Figuran en las anomalías adquiridas del aparato genital, las fistulas urinarias, que merecen mucha atención y que estudiaremos detalladamente en su patogenia, síntomas y modo de corregirlas.

Con el nombre de *fistula urinaria*, designamos la existencia de una abertura en el aparato urinario, abertura que puede residir en diversos sitios, por lo que recibirá nombres distintos. Puede haber comunicación entre la uretra y la vagina (fistula uretro-vaginal) ó entre la vejiga y la vejiga (fistulas vesico-vaginales) hecho tan frecuente que al descubrir una fistula, ya la llamamos vesico-vaginal. La ruptura puede estar más alta todavía, comunicando la vejiga con el útero (fistula vesico uterina). Pueden encontrarse en zonas intermedias, que no sean decididamente la vejiga, la uretra ni el útero, así puede haber fistulas uretro-vesico-vaginales; también pueden hacer comunicar el útero con la vejiga y vagina, formando las fistulas vesico-útero-vaginales. Tenemos, por lo tanto, fistulas uretro-vaginales, vesico-vaginales y vesico-uterinas, junto con las vesico-uretro-vaginales y utero-vesico-vaginales. De este modo comprendemos todas las variedades menos una, de difícil diagnóstico unas veces, y fácil otras, la variedad uretero-vaginal, en la que el uréter, en lugar de desembocar en la vejiga, sale á la vagina. Tales son los principales tipos de fistulas urinarias.

El tamaño de las fistulas urinarias es muy variable, desde 2 ó 3 milímetros hasta 5 y 6 centímetros; unas sólo consisten en pequeñas aberturas de la uretra, mientras que otras ocasionan pérdidas de substancias enormes. No todas las fistulas son clasificables en los grupos indicados, sino que se conocen diversas variedades, puesto que cada fistula puede presentarse de modo distinto. Por lo que se refiere á la Etiología y Patogenia, dividiremos las fistulas en dos grupos: unas espontáneas y otras traumáticas. Las primeras obedecen á la existencia de neoplasias malignas en el trayecto del aparato genital; un epitelioma, p. ej., que es la causa más común, implantada en las vecindades de la uretra ó en esta misma, en la pared anterior á la vagina, cuello del útero, etc., á medida que va destruyendo tejidos, puede interesar distintos órganos, produciendo fistulas urinarias en diversos sitios y con variado carácter. Diferenciáanse estas fistulas de las de origen traumático en que nuestra intervención es nula, cosa que no sucede en las últimas. Tales son las principales fistulas de origen espontáneo, pues si bien otras enfermedades las pueden producir, son tan raras, que no contaremos con ellas.

Las verdaderas fistulas urinarias y las que estudiaremos preferentemente, serán las de origen traumático, cuya Etiología y Patogenia reside principalmente en el parto. El feto sale, por lo común, atravesando el conducto vaginal primeramente por la cabeza. cuerpo duro, sólido é irreductible; este último carácter la irreductibilidad nos hará comprender la Patogenia de las fistulas urinarias. En efecto: el cuerpo duro, representado por la cabeza del feto, tiene que atravesar un conducto inextensible constituido por los huesos de la pelvis, entre este conducto óseo é inextensible y aquel cuerpo duro, incompresible é irreductible, las partes blandas han de quedar aplastadas. Esta compresión, si es intensa y duradera, puede ocasionar la necrosis de alguna parte de aquellas, por interrupción de las funciones circulatorias y por falta de vitalidad de los elementos anatómicos comprometidos por el traumatismo. De modo que en la Etiología y Patogenia de estas fistulas encontramos siempre el hecho de un parto anterior laborioso. La enferma sigue bien después del parto, y al cabo de 8, 10, 15 días empieza á notar incontinencia de orina que sale por los genitales de un modo continuo, hasta que queda establecida la fistula, si ésta no se cura espontáneamente.

La explicación de tales hechos es muy sencilla: entre la cabeza fetal y el pubis ha quedado aprisionada una parte mayor ó menor del tabique vesico-vaginal, según que la cabeza se haya detenido más ó menos arriba del conducto pelviano; en la parte media ó hacia abajo, la parte comprimida será correspondiente al cuello del útero ó al tabique vesico-vaginal, etc., de aquí las variedades de fistula. Se mortifica el tejido, pero la escara permanece en su sitio, por lo cual la enferma retiene aún la orina, pero al eliminarse aquélla, queda establecida la fistula y con ella la incontinencia de orina. Esta es la Patogenia común de las fistulas urinarias, pues casi todas obedecen al hecho citado. Se comprende,

sin embargo, que haya otras circunstancias capaces de producir fistulas, v. gr.: caídas, introducción de cuerpos extraños de una manera violenta que produzcan heridas de la vejiga por desgarró, etc., pero estos hechos son rarísimos y las heridas tienden á la cicatrización. En nuestros días tenemos la fistula urinaria operatoria, pues hoy practicamos muchas intervenciones expuestas á producir heridas vesicales en condiciones para dejar una fistula consecutiva; hoy día tenemos que intervenir alguna vez para curar fistulas, resultado de operaciones anteriores.

El diagnóstico es sencillísimo, quizás no hay enfermedad en que lo sea tanto; la enferma acusará por de pronto la existencia de un parto anterior laborioso ó de una intervención quirúrgica, y como síntomas subjetivos sufrirá de una incontinencia de orina á todas horas y en todas las posiciones, á través de los genitales y de la valva. En ciertas posiciones; á causa de la altura del reservorio, el síntoma no es tan notable. Si la enferma se nos presenta en estas condiciones, el diagnóstico queda casi hecho; con todo, no siempre que haya incontinencia de orina, podremos decir que se trata de fistula urinaria, de aquí que sea necesario proceder al diagnóstico de una manera absoluta, y para esto acudiremos al reconocimiento. Por este medio no sólo confirmaremos la existencia de la fistula, sino la variedad de ésta y la curabilidad ó incurabilidad de la misma. Además, la enferma sufre ciertas molestias, no puede estar de pie ó sentada, siente pinchazos, ardor, escozor y encontramos vulvo-vaginitis más ó menos intensas, que dependen del contacto de la orina con los genitales externos y la descomposición de la misma; la vulvo-vaginitis afecta la forma eritematosa, catarral, ulcerosa, según los casos.

Pasemos ahora á estudiar el modo como se comprueba la existencia de la fistula y la variedad á que pertenece. Para el reconocimiento de la enferma, ésta adoptará la posición ano-vulvar ó la de Sims; es preferible la última, que descubre mejor la pared anterior de la vagina donde se hallan las principales lesiones. Sea esta posición, sea la otra la que empleemos, con el tacto podemos adquirir grandes datos acerca del estado de la vagina, pérdida de substancia en la pared anterior, y si encontramos un orificio al través del cual puede pasar el dedo que penetra después en la vejiga, podemos dar por terminado el diagnóstico. Pero no siempre ocurre así, pues á veces la fistula es tan pequeña en su orificio, que el dedo no puede penetrar ó bien aquélla está en un sitio muy recondito; en tales casos, debemos valernos del examen visual ú otro medio auxiliar del tacto para diagnosticar la variedad á que pertenece la fistula. Si por el tacto vaginal hallamos una localidad sospechosa por formar depresión, acudiremos al cateterismo vesical para cerciorarnos de la verdad; introdúcese la sonda metálica á través de la uretra, y haciéndola pasar por la pared posterior de la vejiga, se hace salir por el punto de la vagina en que tenemos el dedo. Esta fistula será, por tanto, practicable, pero no todas se encuentran en tales condiciones, pues las hay que no se hallan con el dedo. No es prudente contentarnos con

el examen por el tacto, conviene hacer la exploración visual por medio de la valva de Sims aplicada á la pared posterior de la vagina; si la enferma está en posición vulvo-anal, dirigiremos hacia abajo la pared posterior y levantaremos la anterior con una espátula; en el decúbito lateral tirando del periné hacia atrás podemos averiguar dónde reside la fistula y qué circunstancias la acompañan.

A veces el diagnóstico no puede establecerse con ninguno de los medios citados y entonces acudiremos á la inyección en la vejiga de un líquido coloreado (leche ó agua con pioctanina, eosina ú otro derivado de la fuchina) después del cateterismo, saliendo aquel fácilmente al través de la fistula. Tales son los medios de reconocimiento y diagnóstico en la fistula vésico-vaginal; con ellos el ginecólogo conocerá la existencia de la fistula, el punto que ocupa y su tamaño; la clasificación de la fistula será cosa fácil atendiendo á lo indicado y finalmente cuidaremos de saber la pérdida de sustancia que se ha producido, para formar concepto acerca de la curabilidad del afecto.

La fistula urinaria no siempre es simple; á veces resulta complicada y una de las complicaciones más frecuentes es la vulvo-vaginitis que molesta mucho á la enferma, pero desaparece pronto. Otras complicaciones dependen del propio traumatismo y que el ginecólogo debe tener en cuenta para el tratamiento. En ocasiones, no puede explorarse la fistula ni diagnosticar la variedad á que pertenece, porque alrededor de la fistula se han formado bridas cicatriciales que obstruyen el campo operatorio y que, por lo tanto, impiden ver y observar la fistula imposibilitando al diagnóstico. También puede ocurrir que á través de la fistula haya un prolapso de la vejiga, de modo que la mucosa vesical salga por aquella abertura; este fenómeno tiene gran importancia, porque la mucosa se inflama ocasionando varios accidentes que influirán en la curación de la fistula.

El diagnóstico diferencial de las fistulas urinarias es sencillo, pues la única enfermedad que puede confundirse con ellas es la relajación del esfínter ó sea la incontinencia de orina, más frecuente en la mujer que en el hombre, pero el examen visual basta para sentar el diagnóstico, pues el cuello de la vejiga sano y la inyección de líquidos colorantes pueden demostrarnos lo que hay de cierto.

El pronóstico es variable; cuando la fistula está del todo establecida, aquel es casi siempre el mismo; pero la diferencia estriba en el momento en que se hace. No siempre que veamos una fistula urinaria hemos de calificarla de establecida, aquí está el error en que muchos médicos incurren, afirmando de ligero la incurabilidad absoluta de la fistula, cuando las hay que se curan espontáneamente. Esto hace que muchas fistulas las vean los homeópatas curándolas con globulillos ó con... el tiempo. Para pronosticar bien en esta enfermedad, requiérese conocer las causas á que obedece; si la fistula es espontánea á pesar de cuanto hagamos, la enferma acabará por morir, pero si la fistula reconoce origen traumático, pueden formarse granulaciones alrededor de la placa de esfacelo, granulaciones que van creciendo, los tejidos se retraen y si

la pérdida de sustancia ha sido poca, los bordes de la fístula pueden ponerse en contacto curándose ésta espontáneamente. Todos hemos visto curarse fístulas á los 3 ó 4 meses de su aparición y puede decirse que cabe la curación espontánea en tanto las superficies cruentas no están completamente cicatrizadas; mientras veamos alrededor de la fístula tejido de nueva formación que sangra fácilmente, no estableceremos pronóstico definitivo. Claro está que si han transcurrido dos ó tres meses y hallamos pérdida de sustancias de 2 centímetros, no hemos de esperar que todo se reponga por sí sólo, pero si hay cicatrización adelantada y la fístula es pequeñísima, guardémonos de asegurar la incurabilidad. Una vez terminado el período de reparación, corto en las fístulas pequeñas, largo para las grandes, podemos hacer pronóstico que una vez establecida la afección es siempre de incurabilidad absoluta; no hay fístula véscico-vaginal que pueda curarse terminado el período de reparación.

El tratamiento puede ser paliativo y curativo; el primero es el mismo que empleamos en el período de la reparación y que consiste en una limpieza extremada del aparato genital: en este concepto no hay nada mejor que el agua caliente sola ó asociada al ácido bórico ó á ciertos astringentes como el tanino y el sulfato de alúmina. El agua se emplea á temperatura elevada, porque el calor es el mejor excitante de la granulación; con este procedimiento combatimos los efectos de la orina sobre el aparato genital y para favorecer este resultado, recubriremos aquel de un cuerpo graso inocente, como pomadas boratadas ó con ligera cantidad de salol, vaselina, etc.

¿Cabrá emplear un tratamiento interno? En ciertos estados químicos de la orina pueden usarse medicamentos especiales como los balsámicos y las bebidas ácidas que modifican las condiciones de aquella. Asimismo debe usarse de algún medio para recoger la orina no retenida.

No todas las fistulas son curables, pero muchas veces están sujetas en este concepto á la paciencia y destreza del ginecólogo. Calificaremos de fistulas incurables aquellas que han destruido la uretra y el esfínter de la vejiga; lo mismo diremos si falta el cuello vesical. El único procedimiento curativo para la fístula es el quirúrgico; si esta es pequeña y empieza á cubrirse de granulaciones, puede acelerarse su cicatrización tocándola con nitrato de plata, pero esto de nada sirve cuando la fístula es definitiva. Si la fístula es reducida, podemos destruir el epitelio con el termo-canterio, avivando la fístula en sus bordes: al desprenderse la escara se forman granulaciones que pueden llegar á cerrar la fístula. Pero aparte de este proceder cuyos resultados tocamos pocas veces, no nos queda más recurso que la intervención quirúrgica.

Lección XXIII

Operación de las fistulas urinarias.—Tratamiento preparatorio.—Instrumental y técnica.—Distintos procedimientos aplicables á diversos casos.—Tratamiento consecutivo, accidentes, complicaciones y pronóstico.—Fistulas uretéricas.

Antes de operar las fistulas urinarias se necesita un tratamiento preparatorio especial consistente en cortar las bridas y adherencias que reducen el campo operatorio y aplicar el taponamiento vaginal para mantener la dilatación, con lo cual lograremos que los instrumentos penetren más fácilmente. La operación en sí es una de las más claras, de técnica más precisa y de más brillantes éxitos, porque es tanto lo que ha sufrido la enferma que al verse curada de este mal, manifiesta más alegría que al verse libre de otras afecciones más graves.

Debe procurarse al operar la fistula que sus bordes queden lo más libres posible para que se verifique bien la coaptación. Las bridas existentes dificultan la maniobra por inmovilizar la fistula tirando á un lado y á otro. Importa, por lo tanto, seguir el tratamiento preparatorio especial que hemos indicado.

La operación de la fistula comprende dos tiempos principales: el de avivamiento y el de sutura. El primero tiene por objeto dejar libres los bordes de la fistula, de epitelio y tejido inodular que originan una cicatriz poco vascularizada, para dejar un tejido sano, apto para la cicatrización. El segundo tiempo comprende los medios para obtener una coaptación exacta entre las superficies avivadas.

El avivamiento puede realizarse por distintos métodos entre los que tenemos, el americano ó de Sims, el alemán ó de Simon y el que se llama *por desdoblamiento*. Por el primer método ó americano se practicaron estas operaciones antes que con los demás y aún hoy día sigue adoptándose, dando tan buenos resultados que lo preferiremos siempre que sea posible. El procedimiento alemán es bueno pero tiene algunos inconvenientes. Consiste el método americano en cortar á bisel la mucosa vaginal sin interesar la vesical; sácase un colgajo á todo alrededor de la fistula hasta llegar á cierto punto, en más ó menos extensión, según la cantidad de tejido cicatricial que exista, pero cortando por completo éste, para que la fistula quede formada por tejido sano. Con el método alemán no nos preocupamos de la mucosa vesical, haciéndose el avivamiento en masa, verificando un corte circular al rededor de la fistula, más ó menos hacia afuera según el espacio que ocupe el tejido cicatricial. Tanto en uno como en otro método, precisa recordar que el escollo del avivamiento consiste en hacerlo escaso sacando poca substancia; cuanto más valientes seamos, mejores resul-

tados obtendremos. En el método de desdoblamiento no se corta sino que se incinde el borde de la fístula y se separa á un lado la mucosa vesical, y á otro la vaginal, quedando constituida la superficie de avivamiento por las partes profundas de ambas mucosas. Sea cualquiera el procedimiento adoptado, este tiempo es el más importante de la operación y por tanto debemos inclinarnos por uno ú otro de aquellos.

El método que preferiremos por reunir mayores ventajas será el americano que supera al método alemán en más de un concepto. Dígase lo que se quiera, la mucosa vesical es muy vascular y expone á hemorragias copiosas en el acto de la operación; en ciertas fístulas hay todavía otro inconveniente, para aplicar el método alemán y es que el uréter desemboca en el borde mismo de la fístula y empleando aquel, podemos cortar este órgano, lo que evitamos con el método de Sims. Respecto al desdoblamiento indudablemente es bueno, pero en muchos casos resulta inaplicable, estando indicado en particular para los casos fáciles, cuando el tejido de cicatriz vicioso es poco extenso, pues si este está muy extendido siempre nos hallamos con él por más que desdoblemos. Esto no quiere decir que solo debe emplearse el método americano, pues los sistemas alemán y por desdoblamiento son buenos medios de recurso. En ciertos casos acudimos á un método especial llamado de deslizamiento, por el cual se busca un colgajo de mucosa de las regiones vecinas, y se desliza para obturar la fístula.

Necesítase en tales operaciones de un instrumental determinado. En primer lugar requiérese descubrir el campo operatorio que debemos ver y tocar; en ciertos casos es preferible la posición ano-vulvar, en otros la de Sims y en ocasiones la genu-pectoral. Puesta la fístula al descubierto puede pasarse al avivamiento. El instrumental puede simplificarse mucho; actualmente apenas se usa más que unas pinzas y los bisturís ordinarios, empléanse asimismo herinas de escaso tamaño para engarzar la mucosa y descubrir la fístula y sus bordes. Por lo que toca á bisturís, Sims ha inventado algunos de forma especial con mango largo y hoja pequeña, acodados, de punta roma, etc.: pero lo mejor cuando se ha adquirido práctica es emplear el bisturí ordinario. Las pinzas para coger los bordes de la fístula y practicar el avivamiento son de variados modelos, pueden ser de dientes de rata, un poco encorvadas sobre el plano, etc. .; las de Duram son muy prácticas, tienen varios dientes formando línea para sujetar todo el borde de la fístula, pero poseen la desventaja de estorbar el campo operatorio. Algunas pinzas describen un ángulo y tienen usos superficiales.

También se necesitan tijeras, habiendo algunas inventadas para operar la fístula véstico-vaginal, pero con las usuales podemos salir del paso. De todos modos, no cabe negar que con las tijeras de Emmet, de punta roma, podemos dirigirnos á cualquier punto de la fístula. Existen asimismo las tijeras de Bosemann que pueden ser útiles pero no necesarias.

Pueden usarse bisturís puntiagudos para el avivamiento y se introducen de modo que salgan por el punto de unión con la mucosa vesical; una vez afianza-

dos los bordes se hace correr el bisturí y se extirpa todo el borde; sino se puede en un corte se hará á pedazos. También puede suplirse el bisturí con las tijeras.

Respecto á suturas diremos que se han inventado muchos procedimientos, más por prurito de innovación que por verdadera necesidad: pueden usarse, pues, los métodos clásicos con buen éxito. La maniobra puede llevarse á cabo con instrumentos usuales y especiales; los primeros pueden servir perfectamente, sea con agujas largas ó con agujas á propósito; para escoger el instrumental nos atenderemos á los materiales de sutura y en este concepto elegiremos el hilo de plata que tiene la ventaja de cortar poco los tejidos y ser aséptico, por lo cual supera á la seda y el catgut, que permiten filtrar microbios saprógenos de los que constantemente se hallan en la vagina. Por lo que toca á instrumentos, podemos emplear el porta-agujas ordinario, enhebrando una hebra de seda larga y fina, engancho en su extremo el hilo de plata. Para obviar la lentitud de este sistema, podemos emplear la aguja tubulada que tiene distintas formas, según el lado en que se haya de aplicar. Hay una sumamente práctica que tiene un mango para poderla manejar más fácilmente, por el cual sale el hilo de plata empujado por un botón que hay lateralmente. Las agujas son de distintas formas, en ángulo, más ó menos curvas, más grandes ó más pequeñas, unas que sirven para dar el punto de derecha á izquierda, otras que sirven para darlo de izquierda á derecha. Colócase la aguja en el extremo del instrumento y con ella practicamos la sutura en cualquier punto, cortando después el alambre. Si la aguja es bien construída y se cuida convenientemente; durará mucho y será de gran valor.

Realízase la sutura con el hilo de plata, haciéndolo pasar por la mucosa de la vagina hasta la unión del avivamiento con la mucosa vesical, en sentido transverso, oblicuo, de la longitud, según la forma y dimensiones de la fístula. Conviene que el hilo no penetre en la vejiga, porque allí podría ser el punto de partida de un cálculo; aplícanse los hilos á la distancia de 1 cm. unos de otros. Si nos valemos del catgut, del crin ó de la seda, sólo los anudaremos, pero tratándose del hilo de plata necesitamos de ciertos instrumentos; uno en forma de horquilla para adaptar los hilos y torcerlos, una espátula para tirar de ellos y un aprieta nudos especial parecido á un doble cañón de escopeta, en el cual se introduce el hilo de plata por cada orificio y luego no hay más que dar la vuelta, teniendo cuidado de no apretar poco y de no apretar demasiado, porque en el primer caso nada lograremos y en el segundo puede esfacelarse el tejido. Tales son los tiempos principales de la operación de la fístula.

Los accidentes de la operación son de poca monta; la hemorragia es de rigor y hasta nos alegraremos de que aparezca, pues, será señal de que trabajamos en tejido vascular; si no saliera sangre profundizaremos más; además, la hemorragia cesa al aplicar los hilos de sutura. Los peligros de la anestesia, cuando hay necesidad de emplearla, son los generales de la misma.