

Dice el Dr. *Suñé y Medán*, que con razón prefiere operar por las vías naturales cuando se puede, utilizando la posición de Rose por sus ventajas innegables a pesar de la congestión pasiva ocasionada por el declive y que facilita la hemorragia, teniendo en cuenta que esta operación dura poco y que arrancando el pedículo cesa en seguida la hemorragia.

El asa, tanto fría como galvánica, no debe utilizarse, puesto que tiene el grave inconveniente de dejar intacto el sitio de implantación del fibroma, siendo causa por ello de hemorragia en el acto operatorio y después de él, como ya dije.

Recuerda el Dr. Botey un caso publicado por el Dr. Prada, de Madrid, en el cual el fibroma fue extirpado con el asa gálgano-cáustica, originándose después en los días sucesivos dos o tres hemorragias formidables a las que muy poco faltó para que sucumbiera el enfermo.

Sesión científica del 14 de junio de 1920

PRESIDENCIA DEL DOCTOR CARULLA

Un caso de estrechez vaginal adquirida

POR EL DOCTOR FELIPE PROUBASTA

Las estrecheces vaginales adquiridas son de una rareza extrema. Yo no conozco ningún tratado de Ginecología o de Obstetricia que se ocupe de ellas.

La causa de su rareza está en que las inflamaciones no toman en la vagina el suficiente desarrollo ni tienen la permanencia necesaria para dejar marcada huella de su paso. La vagina, sin glándulas y con drenaje fácil, se defiende brillantemente de los insultos infecciosos. A la agresión traumática, se forman con mucha mayor facilidad fistulas véscico-vaginales o recto-vaginales, que no bridas cicatriciales. Una vez formada la fistula, si que son frecuentes las bridas cicatriciales, que en casos se desarrollan exuberantemente para cerrar la abertura vaginal y constituir una cloaca con la vagina y la vejiga o el recto o con los tres órganos a la vez, cloaca que, contra toda lógica, es soportada a la perfección por el organismo y compatible con una vida prolongada.

La poca frecuencia de tales estrecheces me pone casi en la obligación de relatar un caso visto por mí en una muchacha joven, la que, *a priori*, parecía condenada a no poder ser esposa ni madre y que mediante un tratamiento, no diré apropiado, pues fué el azar quien lo impuso, pudo casarse y es hoy madre de un robusto niño.

En el mes de agosto de 1918 presentóse a mi consulta una joven de 24 años manifestándome que tenía las menstruaciones frecuentes, a veces dos veces al mes, abundantes, menorrágicas, de muchos días de duración, llegando en ocasiones a pasar treinta y más días sin quedar libre de pérdida hemática. Cuando desaparecía la sangre, era un flujo espeso, amarillo, en ocasiones mal oliente, el que salía por sus genitales. El pudor la había detenido a someterse a un examen médico; pero debiendo casarse dentro breve plazo, creió era un deber para ella procurar la curación de tales trastornos.

El único antecedente importante que recogí al preguntarle acerca su historia genital, fué que en la primera infancia tuvo una intensa vaginitis de cerca un año de duración, a pesar de repetidas curaciones.

Al examen ginecológico; los genitales externos eran normales; pero al proceder al tacto vaginal, el dedo quedaba detenido a unos cuatro centímetros por una bóveda formada por las paredes vaginales y en la que un fino estilete pudo descubrir un estrecho agujero, no central, sino situado en el lado izquierdo. Sin quitar el estilete insinuado en dicho orificio hice el tacto rectal, por el que pude percibir un cordón de apariencia fibrosa y a su continuación se hallaba la matriz.

El concepto patogenético era bien claro: una vaginitis infantil había determinado una estrechez vaginal, análoga a las estrecheces uretrales blenorragicas del hombre. Las dificultades del drenaje uterino eran la causa de la endometritis con su cortejo de trastornos menstruales.

El pronóstico *quod functione* no podía para mí ser peor. No veía manera de vencer ni modificar

una estrechez vaginal, que, según indicaciones del tacto rectal, debía tener de longitud unos tres centímetros. El matrimonio de dicha joven lo consideré imposible, pues una longitud de vagina permeable de cuatro centímetros era insuficiente para el coito, y aunque con el uso pudiera alargarse algún centímetro más, la endometritis impediría la fecundación y si ésta sobreviniera, cosa improbable, el parto exigiría las más graves intervenciones. Un matrimonio a base de semejantes inconvenientes y perspectivas no era recomendable.

Tal criterio fué el que expuse al padre de la enferma, y consecuencia natural de tal entrevista fué el llamar a más señores. Las juntas las celebré con el doctor Raventós, y en ellas examinamos varias de las soluciones que pudieran darse al problema, desechando desde luego la dilatación por peligrosa, ya que la estrechez era extraordinaria, e inútil, pues creímos que al cesar la dilatación la estrechez volvería a constituirse tal como estaba.

Examinamos también la escisión del trozo estrechado suturando los trozos vaginales restantes o dejando dentro de la vagina un vástago metálico, suficientemente ancho, sobre el que se hiciera la cicatrización. Esta última solución la motivó un caso operado por el doctor Raventós de una niña que a consecuencia de un noma se había formado una cicatriz en la cara interna de la mejilla, que impedía abrir las mandíbulas, caso que fué brillantemente resuelto por mi compañero, extirpando la cicatriz y haciendo que la reparación se hiciera con las mandíbulas abiertas, interponiendo entre ellas una cuña de goma.

Ambas soluciones las hubimos de desechar, pues si podían resolver lo referente a la práctica del coito, dejarían una cicatriz incapaz de ser franqueada por una cabeza fetal. La posibilidad de ser ejecutadas, tampoco era cosa clara y resuelta.

No hallando solución, aconsejamos a la familia fuera a visitar algún especialista del extranjero. Era entonces la época del armisticio de la guerra mundial y las fronteras estaban cerradas. No pasaba casi ningún día que no se presentara dicha joven a mi despacho, solicitando, casi exigiendo, que en el entretanto se le hiciera por lo menos algo que preparase la intervención futura o tan sólo su examen.

El raciocinio humano es miope, y cuando el médico no halla base lógica para fundamentar un tratamiento, queda aun, por fortuna en muchos casos, un ancho margen en donde la acción puede ejercitarse con ventaja para el enfermo, a impulsos del azar, bajo la inspiración de un hecho fortuito inesperado, nacido en el curso de intervenciones que *a priori* parecía habían de ser intentos inútiles, y así pasó en mi enferma.

Bajo la presión de los deseos de la enferma, y prescindiendo de los temores que en mí despertaba la dilatación, procedí a ella y después de la introducción de varios estilletes finos pude introducir un delgado tallo de laminaria, que produjo algunos dolores, impidiendo dormir a la enferma. Al día siguiente introduje, aprovechando la dilatación lograda, dos laminarias juntas. Fué entonces ya posible practicar un reconocimiento de la estrechez y de lo que por encima había. Introducido un dedo al través de ella, percibí la misma sensación que se notó al hacerlo por la luz de una caña verde. La superficie no era lisa, sino como si poseyera fibras longitudinales; en el extremo superior había una superficie más áspera e irregular, signo evidente de una cicatriz, del tamaño aproximado de una peseta. Por encima de la estrechez se notaba una cavidad, más desarrollada en el lado izquierdo que en el derecho; la matriz, tenía inclinado su hocico fuertemente hacia la izquierda y desaparecido el fondo de saco del propio lado. Había también, hecho fundamental, una brida congénita cérvico-vaginal, que iba de la cara anterior del cuello a la pared izquierda de la vagina.

Con lo hecho me parecía haber ejercitado el máximo de acción; pero pocos días después, al proceder a un segundo examen en una misma visita, notando que en la segunda vez me era mucho más fácil la introducción del dedo explorador que no en la primera, se me acudió la idea de que tal vez la dilatación digital podría abrir un paso insospechado al principio.

Previos el permiso de la familia y de la enferma, pues no es lo mismo en una mujer virgen-introducir un dedo o introducir dos, procedí a la dilatación tal como yo la practico para dilatar el cuello uterino en el parto en su primer tiempo, esto es, introduzco los dos índices cruzados y verifico con las puntas movimientos que se comparan al de las alas de una mariposa. Este proceder dista bastante del clásico, que se verifica con los dedos en contacto por el dorso (procedimiento de Bonaire), posición que pronto fatiga y no tiene la precisión ni la energía del que yo hace tiempo propuse con el nombre de procedimiento de la mariposa y que es el descrito.

Después de una serie de dilataciones, tal vez en mayor número del necesario por el temor y cautela con que procedía, logré obtener una dilatación suficiente para que la enferma pudiera contraer matrimonio; y creyendo también en esta ocasión haber obtenido el máximo de resultado, dije a la enferma que podía casarse, pero haciendo reservas para el caso de que tuviera un hijo.

La enferma prescindió heroicamente de mis observaciones, se casó y no la volví a ver hasta tres meses después. La situación había cambiado mucho; el uso del matrimonio había regularizado y en-

sanchado la estrechez. La matriz, que ya podía vaciarse al exterior sin dificultad, había mejorado tanto en las alteraciones menstruales, que la dije, al consultarme lo que debía hacer, se limitara a darse irrigaciones calientes de agua hervida de vez en cuando, en la creencia de que espontáneamente curaría la endometritis ligera que restaba.

Dos meses más tarde quedó embarazada, y a los tres meses de gestación volvió a mi despacho para pedir mi parecer; pero mi criterio estaba momentáneamente tan perturbado, que solicité la ayuda de un distinguido cirujano, quien después de un atento examen hecho con una sola mano dijo que le parecía estar la vagina con la dilatación suficiente para poder parir.

Éra esto cierto? Aparentemente, sí. Con la serie de dilataciones sufridas, primero con las laminarias, después con los dedos y con el matrimonio más tarde, había un grado tal de dilatación, que al introducir un dedo o dos de una misma mano nada se notaba que no fuera la brida cérvico-vaginal; pero introduciendo un dedo de cada mano y actuando como para proceder a la dilatación, aun se notaba cierta estrechez. A más, colocando un espéculo de Cusco, las valvas no podían dilatar lo suficiente para que el cuello encajara en la luz del instrumento.

Habiendo la dilatación dado tan sorprendentes resultados, a ella aun podía acudir para lograr lo poco que faltaba, pero ¿cómo conocer el momento en que la dilatación fuera suficiente? El problema no fué de difícil solución, y bien pronto se me acudió que dentro de la vagina se notan las elevaciones formadas por las espinas ciáticas y a ellas acudí. Con los índices cruzados e introducidos dentro de la vagina, busqué con la punta del uno la espina ciática de un lado, para ver si con la punta del otro tocaba la segunda espina. En aquel momento faltaba aun un centímetro para que la dilatación vaginal permitiera el contacto simultáneo de las dos espinas.

Ayudado por el reblandecimiento provocado por el embarazo, en poco tiempo logré el efecto deseado.

Con cierta inquietud aun esperé el parto; pero se ofreció absolutamente normal. Los dolores se hicieron regulares a la una y cinco minutos de la madrugada, saliendo el feto a las 7^{to} de la mañana. El feto por fortuna pecaba por defecto, no llegando a los 3 kilogramos.

A pesar de tenerlo todo dispuesto para practicar un reconocimiento, no lo hice ante el temor de caer en la tentación de remediar alguna lesión producida. La naturaleza habíase portado tan prodigamente, que juzgué inoportuno fiscalizar su acción. Me contenté comprobando la integridad del periné.

El examen no lo hice sino cuarenta días más tarde, notando lo siguiente: el cuello ligeramente esclerosado (había permanecido durante años metido en una atmósfera purulenta), estaba roto por ambos lados; la brida cérvico-vaginal tiraba de la pared vaginal izquierda hacia el eje central, formando por encima un pequeño fondo de saco.

Es difícil hallar una explicación de éste caso raro y de su sorprendente curación; pero no creo sea lanzarse en demasía dentro del terreno de la hipótesis, el suponer que dicha señora, a consecuencia de la brida cérvico-vaginal congénita, formose un fondo de saco por encima de ella, existente aun hoy en día, que dificultó la curación de la vaginitis, que sufrió en su infancia; formose una úlcera y como consecuencia una peri-vaginitis. Las bridas peri-vaginales provocaron la estrechez y cedieron al impulso de la dilatación. Si la estrechez hubiera sido provocada por lesiones exclusivamente de las mucosas, bien poca cosa se lograra con dilatarla.

De un solo caso es difícil sentar conclusiones; pero no creo salirme de la prudencia presentando las siguientes:

- 1.º Cuando una vaginitis infantil resista al tratamiento, cabe pensar en la posible existencia de una brida.
- 2.º La dilatación puede ser un soberano recurso para tratar estrecheces vaginales adquiridas, aunque tengan tres centímetros de longitud y su luz sea extremadamente pequeña.
- 3.º Una mano sola es insuficiente para dilatar una estrechez y medirla cuando se haya logrado cierta dilatación.
- 4.º Las espinas ciáticas es un gran punto de referencia para conocer si la dilatación es suficiente para permitir el parto.