
GACETA MÉDICA DE MÉJICO

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MÉJICO.

CLÍNICA DE OBSTETRICIA.

OBSERVACION CIRCUNSTANCIADA DE UN CASO DE ESTRECHEZ CAPILAR PARCIAL
DE LA VAGINA PROCEDENTE DE DETENCION DE DESARROLLO.

CONSIDERACIONES GENERALES A QUE SE PRESTA EL HECHO HISTORIADO
APLICABLES Á VARIAS ESPECIES DE OBSTRUCCION VAGINAL ACCIDENTAL Ó CONGÉNITA
EN LO TOCANTE AL MODO DE VERLAS Y TRATARLAS EN EL PARTO.

SEÑORES:

Un hecho recientemente observado en la Maternidad es el tema de mi lectura reglamentaria. Por el interés que encierra, el simple relato histórico bastaría para llenar esta formalidad; pero como no trato de salir del paso sino hacer algo que redunde en beneficio público, he reunido á éste algunos otros iguales ó parecidos, frutos de propia y ajena cosecha, á fin de generalizar, que es el único modo de asegurar el descubrimiento, la verificación y la comunicación de cualquiera verdad.

Esto supuesto, os ruego me prestéis toda vuestra atención.

* * *

Apolinaria García, natural de San Andrés Chalchicomula (Estado de Puebla), de veinte años de edad, no vacunada, refiere no haber padecido de ninguna enfermedad en la niñez ni en la juventud, y no recuerda cuándo comenzó á menstruar. Casó á poco de haber cumplido quince años, y dice que las relaciones conyugales no la han incomodado nunca. A poco de casada se hizo madre: los únicos achaques que la molestaron á principios del embarazo se redujeron á náuseas y vómitos mucosos en ayunas. Llegado el término de la preñez aparecieron los dolores de parto, y continuaron durante dos días consecutivos. Viendo, esto no obstante, que el trabajo no tenia fin, llamó al Dr. Rangel, y por no haberle encontrado, en su lugar al Dr. N. Al decir de Apolinaria, el facultativo asistente juzgó que la causa de aquel retardo dependia de la resistencia de la

vulva, la cual se propuso vencer dilatándola con las manos; y no habiéndolo conseguido, con ayuda del forceps, que tampoco surtió á pesar de haber ejercido fuertes tracciones tomando punto de apoyo con uno de los piés en el borde de la cama (*sic*). Decepcionado el operador abandonó el campo, y poco después llegó el Dr. Rangel, quien antes de proceder cuidó de advertir á los asistentes que el perineo estaba ya roto. Luego aplicó las pinzas y fácilmente sacó la cabeza de un producto que acabado de extraer sucumbió asfixiado: igualmente fueron extraídas las secundinas. Pasada una hora acometió á la recién parida un dolor en el costado derecho que se extendía al vientre: el facultativo dispuso entonces que la condujesen en camilla al hospital de San Andrés, y una vez allí pusieronla en la sala que está á cargo del Dr. Cordero. La prescribieron al interior unos polvos y una poción, y tópicamente inyecciones hipodérmicas y fricciones oleosas, con cuyos medios y á las pocas horas el dolor se dispó por completo. En atención á su estado permaneció un mes cabal en el hospital referido. El puerperio fué fisiológico; se estableció la secreción láctea y la herida perineal cicatrizó persistiendo la separación de los bordes. Es de advertir que la rotura no se extendió al tabique recto-vaginal. La menstruación reapareció al octavo día de haber salido á la calle (38° después del parto), y continuó con la regularidad de costumbre hasta el mes de Abril de 1885. De entonces á la fecha de su ingreso á la Casa de Maternidad (29 de Setiembre del mismo año) ha estado suspensa, coincidiendo la amenorrea con agrios, en un principio, y más tarde con los signos fisiológicos de la preñez. Con ocasión de una sorpresa desagradable que recibió estando dormida como á las cuatro de la mañana del citado día 29 de Setiembre, acometióla un intenso dolor epigástrico, y en el acto pidió ser conducida á la Casa de Maternidad para que se la atendiese. Recibida allí, sin tratamiento de ninguna clase desapareció el dolor. Al siguiente día me fué presentada con objeto de que sirviese de motivo de la lección clínica. Después del conmemorativo fué sometida á la exploración toconómica, y resultó estar en cinta entre el cuarto y quinto mes; feto único, vivo, intra-uterino; estado general satisfactorio. Por el exámen vaginal notáronse las particularidades que siguen: falta de tabique perineal; el recto-vaginal y el esfínter del ano están intactos; la vulva y el vestibulo son normales. La vagina tiene poca profundidad: la entrada es amplia, tiene pocas arrugas, está tibia y húmeda. El fondo se tienta á corta distancia de la vulva, á 45 milímetros: es uniformemente cóncavo, suave y terso. Por más que busco no encuentro la porción vaginal de la matriz. Bajando al útero, deprimiendo con la mano izquierda la región mesogástrica, y comprimiendo simultáneamente con la yema del índice derecho el fondo vaginal, alcanzo á tocar con vaguedad un cuerpo cilindroide separado de mi dedo por una capa de tegidos cuyo grueso no me fué posible calcular. El diafragma interpuesto tenía una consistencia homogénea; por todas partes se le sentía de-presible y suave. Tocando con el índice izquierdo tenté hacia el lado izquierdo

del fondo vaginal una depresión poco profunda superpuesta por un pliegue cóncavo que miraba abajo y adelante. En esta busca no pude darme cuenta de si habría ó no alguna perforación ó abertura. Púselo un speculum de Fergusson y únicamente pude ver las particularidades que había tocado. En este momento suspendí el examen porque la mujer acusó cansancio y malestar. Hice á mi auditorio el resumen de mis observaciones, se tomó nota de ellas, y cité para la continuación del reconocimiento el 2 de Octubre inmediato.

Acompañado de nuestro colega el Dr. Chacón y de algunos alumnos, previa evacuación del intestino y la vejiga, acostada Apolinaria en la cama ginecológica se procedió al nuevo exámen, el cual vino á confirmar en todas sus partes los resultados del primero. Tocando por el recto además, sentimos la porción correlativa del segmento inferior de la matriz; á través de éste, desigualdades pequeñas, angulosas, duras y móviles, propias del producto de concepción yacente; y abajo del segmento, el cilindroide que ya habíamos tentado por la vagina, lo cual fué claro indicio de que era el cuello uterino. Combinando el tacto por una y otra vía, tentamos siempre mediatamente más próximo al recto que á la vagina al cilindroide susodicho; pero en ninguna de nuestras pesquisas conseguimos averiguar, por impedirnoslo la masa de tejidos interpuesta, si había ó no hocico de tenca.

Pusimos luego el speculum de Cusco, y examinando con toda escrupulosidad se pudieron hacer constar los siguientes hechos: color uniformemente rosado de la mucosa; forma cóncava del fondo; depresión situada en el punto en que se la tocó; ligero pliegue mucoso en forma de ceja sobre ella. En el centro de esa depresión notábase un punto brillante, el cual, tocado primero con un estilete delgado, y luego con una sonda uterina del grueso ordinario, dió paso á ambos, que penetraron y se detuvieron á seis centímetros de profundidad. Tratábase de un conducto capilar natural, en virtud á que los instrumentos entraron sin hallar tropiezo empujándolos sin ejercer violencia, sin ocasionar dolor ni molestia siquiera; sin provocar efusión de sangre, de serosidad, de pus, ni de nada. Retirado el *speculum* sin mover la sonda de su sitio y tocando con el dedo por la vagina, supimos que aquella estaba situada á la izquierda de la zona polar inferior de la matriz y que su extremidad libre se acercaba al sitio adonde sentíamos el cuello, mediando siempre de contado entre una y otra cosa una masa de tegidos de un centímetro á centímetro y medio de grueso. Con todo miramiento y por varias veces tratamos de aproximar lo más que se pudiese al cuello el extremo de la sonda; pero nunca pudimos conseguirlo. Se extrajo la orina con la sonda propia; con su ayuda tratamos de calcular el espesor de los tegidos que separaban á la pared vésico-vaginal y al cuello uterino, y lo único que averiguamos fué que este último distaba menos del recto que de la vejiga. El intento de aproximar los extremos de las sondas vesical y uterina (no obstante haber hecho con estudio movimientos tales que las obligasen á convergir

á un punto dado) fué tarea completamente vana: quedaba interpuesta una capa de tejidos que los mantenía siempre á regular distancia.

Acumuladas estas notas á las anteriores señalé el día 7 inmediato para practicar nuevo examen, hacer las apreciaciones debidas sobre los datos recogidos, y conferenciar acerca de la resolución ó partido que debería tomarse en aquel caso singular.

El minucioso exámen de ese día no mostró nada que nos cogiese de nuevo: sirvió, esto no obstante, para ratificar las noticias que teníamos. Concluido que fué, el Dr. Chacón y yo conferenciamos acerca del partido por tomar, y haciendo uso de la palabra, después de una exposición clara, razonada y erudita con que probó lo mortífera que en la generalidad de casos de obstrucción vaginal referidos por los autores había sido la intervención quirúrgica vulnerante, consultó para el de Apolinaria Garcia la amplificación metódica y progresiva de la vía estrecha con esponja preparada ó palitos de laminaria; reservando para el momento del parto el desbridamiento dado caso que fuese indispensable. Como luego se ve, el consejo fué digno del prudente y entendido consejero.

Sin embargo: antes de resolverme á seguirlo quise apurar más la dificultad demandando al ingenio y recto criterio de él y otros varios profesores la respuesta de esta cuestión: ¿Lo que se ve en la vagina de Apolinaria parte de un defecto natural ó de una lesión traumática posterior al nacimiento? ¿La estrechez es congénita ó accidental?

El motivo porque quería obtener la contestación de mi pregunta dirigida á desentrañar la causa primordial de aquella anomalía que me traía preocupado era el siguiente: Si el defecto es congénito, me dije; si constituida de esa manera la mujer, cinco años ántes pudo parir un feto maduro sin otra ayuda que una sencilla aplicación de las piezas; si concluido el parto el conducto dilatado volvió sobre sí recobrando su calibre capilar y su antigua disposición; yendo á repetirse la misma escena dentro de pronto, ¿habría razón para alarmarse, motivo para abrir campaña sin exponerse á reproducir la risible del manchego hidalgo con los molinos de viento? Por el contrario: si procedía de lesiones traumáticas; si era la precisa consecuencia de una pérdida de tejidos, ¿podría verse con impasibilidad aquella situación, ó se debería optar por la primera parte del consejo, desde luego, y á su tiempo por la segunda?

En favor de la idea del origen congénito de la anomalía abogaban los antecedentes que de una manera espontánea é ingenua me había dado Apolinaria desde nuestra primera entrevista. Ella, que con una indignación que causó asombro á los circunstantes acusó al primer médico asistente por las inconsideradas é inútiles maniobras que dizque ejecutó, y por haberla roto el perineo; ella, digo, no tuvo empacho en repetir cuantas veces se la requirió que su sobreparto había sido natural, y que una vez disipado el dolor de costado y vientre, por el cual se la transportó al Hospital de San Andrés, el resto de su estancia lo pasó en

reponerse y esperar á que cicatrizase la herida perineal, la cual, dicho sea de paso, la hizo sufrir poco ó casi nada. A fin de estar completamente seguro sobre este particular, encargué al practicante Sr. Narro pasase al Hospital de San Andrés y recogiese los antecedentes del puerperio de Apolinaria. Nada referente constaba en las libretas; lo cual quiere decir que nada sucedió digno de consignarse. Si lo contrario hubiera sido, seguramente se habrían hecho apuntamientos de los sucesos y tendríamos los datos que buscábamos. La vaginitis puerperal terminada por ulceración ó gangrena nunca pasará desapercibida para nadie: mucho menos tratándose de persona tan entendida y cuidadosa como el Sr. Cordero.

Ahora bien: quien ha tenido ocasiones de ver la marcha larga, dolorosa y desastrosa de la vaginitis traumática puerperal, y quien, como yo, tuvo oportunidad de conocer la indole suspicaz y cavilosa de Apolinaria, con lo expuesto tiene bastante para estar cierto de que lo observado en ella (tan regularizado en medio de su misma irregularidad anatómica) no fué obra de un trabajo patológico desorganizador, destructor por su misma esencia como la ulceración y gangrena de los tejidos. La forma de la vagina; el hermoso color rosado de la mucosa; la tersura, suave consistencia y elasticidad de ella y de los tejidos subyacentes; la falta de endurecimiento; la ausencia de tejido cicatricial; todo, todo, decía á gritos que á aquel órgano sólo faltaba la conformación que hay en el común de las mujeres; que de lo que allí se echaba de menos no era responsable ninguna enfermedad, ningún accidente anterior ó posterior al parto de hacia cinco años. Deformaciones, estrecheces, obliteraciones, fistulas del canal vaginal, con efecto proceden de heridas, quemaduras y enfermedades antecedentes: de estas especies casos mil se citan que no hay quien no conozca, ó no sepa cuando menos; pero en el presente ni asomos ni vestigios hay de eso, ni de nada que se parezca.

Por otra parte: el recuerdo de que en casos de desorden morboso, la naturaleza (á despecho de las apariencias y de las mil y una razones que hicieron creer que un parto no podía tener verificativo si no se intervenía quirúrgicamente ó de tal ó cual manera), se ha burlado de los temores y discursos de los hombres del arte deshaciendo como por encanto trabas y obstáculos reputados insuperables; abriéndose paso sola, saliendo triunfante del empeño, trajo á mi ánimo esperanzas tan halagüeñas y tanta tranquilidad; que concluí por proponer que la resolución del problema se dejase al tiempo, y que si por cualquier motivo ó circunstancia fuera necesario hacer algo, entonces, y sólo entonces, se recurriese á los medios que indicasen las exigencias del momento.

Como el período de exámenes había comenzado, por cuyo motivo se suspendían las lecciones clínicas, encargué al practicante del servicio y á la partera en jefe que si durante mi ausencia del Hospital ocurría novedad á Apolinaria nos llamasen sin pérdida de momento al jefe de clinica sustituto, Dr. D. Nicolas R.

de Arellano, y á mi, absteniéndose, en todo caso, de intervenir sin contar con ambos; y nombré para que visitase á Apolinaria con frecuencia al Dr. D. Luis Troconis Alcalá.

El día 28 de Octubre, á instancias mías examinó el caso á mi vista y la de otras personas nuestro colega Dr. D. Federico Semeleder. Los Doctores Andrade y Chacón, á quienes también invité para esta sesión, no concurrieron á la cita. En el reconocimiento que se verificó se recogieron los mismos datos que ya se tenían, con la única diferencia de que, sin forzar el paso, de contado; sin ejercer violencia; sin originar dolor; sin herir ni maltratar nada, y sin que nada saliese tampoco, el catéter uterino entró esta vez por el trayecto capilar á la profundidad de diez y seis centímetros (en lugar de seis como en los anteriores), computada dicha distancia desde el punto donde empezaba la estrechura. La sonda caminó en su dirección natural, la punta dirigida arriba y adelante inclinándose á la derecha de la mujer. Mantenido en su sitio, introducida la sonda vesical, y metido el índice en la vagina, se sintió la sonda vesical adelante; detrás de ella el cuello, y á la izquierda de éste la sonda uterina. Llevado el índice por el recto sintióse la sonda uterina costeano el lado izquierdo de la matriz y cercana á este órgano. Aplicada la mano en el vientre no logramos sentir por ahí la extremidad libre del catéter; cuantos movimientos metódicos ejecutamos para obligarla á cambiar de dirección fueron inútiles. Moviendo el instrumento por el mango no sentimos libre y holgado el opuesto extremo; de donde dedujimos que no residía dentro de ninguna cavidad. ¿Adónde conducía, pues, aquel canal, y adónde llegaba el extremo del catéter? No lo supimos entonces y hasta ahora estamos en la misma ignorancia respecto á estos puntos. ¿El conducto capilar estará bifurcado; una de las bifurcaciones, la corta (0,^m06), la que recorrimos el Dr. Chacón y yo primero, irá directamente al cuello; y la otra, la larga (0,^m16), la que anduvimos el Dr. Semeleder y yo después, siguiendo otro camino extraviado, irá á desembocar al fin de la cavidad del cuerpo de la matriz ó á alguno de los anexos ó contiguos á dicho órgano? En el terreno de la teratología esta hipótesis no es improbable: al contrario. En prueba de ello básteme recordar á mi ilustrado auditorio que en los Tratados clásicos de aquella ciencia (el de Isidoro Geoffroy Saint-Hilaire, entre otros) hay un capítulo especial que se ocupa de las *Anomalías por cambios de conexión*, en el cual se ven reunidos muchos ejemplos de anomalías de articulación; de inserciones musculares y ligamentosas; de ramificaciones de vasos linfáticos, venosos, arteriales; de nervios y conductos excretores de las glándulas; de desembocaduras de diversos vasos en el corazón; de desembocaduras de la vagina, del intestino, de los uréteres, en lugares y órganos inusitados, etc., etc.

Extraído el catéter, metido el índice en el recto hasta llegar al cuello, traqueando la matriz en varias direcciones, la mano aplicada sobre el vientre sintió con toda claridad aquel vaivén. Verificando el traqueo por el fondo de la ma-

triz, el dedo sintió jugar al cuello de allá para acá también de modo que no cupo duda.

Satisfechos del reconocimiento practicado, recabé el parecer del Doctor Semeleder. Con la cortesía que acostumbra se sirvió dármele en carta fechada el 31 de Octubre, y de ella transcribo lo más sustancial:

«Es evidente, concluye, es evidente que no hay más comunicación entre el útero y la vagina que el conducto fistuloso mencionado: la enferma menstrúa con regularidad y facilidad; se ha hecho embarazada dos veces, y ya parió una: debe haber sido por el conducto y por el orificio que hemos descrito: y desde este conducto debe haber una comunicación con el cuello y cavidad uterina. Como no hay absolutamente ningún tejido cicatricial, ningún endurecimiento, tampoco hay ninguna razón ó motivo para suponer que la atresia vaginal (como pudiéramos llamarla) y el repetido conducto fistuloso procedan de origen patológico sino congénito. En el estado que actualmente guarda la enferma no veo ninguna necesidad de intervenir quirúrgicamente. Más adelante, cuando llegue el parto, se verá lo que exijan las circunstancias del momento.»

Una aclaración, antes de ir adelante. El Doctor Semeleder por dos veces llama *fistuloso* al conducto vaginal estrecho. Mas al designarlo con esa palabra hizolo pensando que sólo ella podía dar una idea lo más exacta posible de lo reducido y estrecho del canal y de su disposición; no queriendo, ni por asomo, dar á entender que era *una ulceración en figura de tubo estrecho, profundo, y más ó menos tortuoso, practicado y mantenido por un estado patológico local ó por la presencia de un cuerpo extraño*; que es á lo que propiamente se llama *fistula*.

Del 28 de Octubre al 7 de Noviembre no ocurrió nada digno de mencionarse. Apolinaria quedó en la casa como una de tantas *afanadoras*; gustaba mucho de llevar en brazos á los niños de sus compañeras. Como á las cuatro de la tarde de dicho día 7, sin antecedente ninguno, la acometió un fuerte dolor de vientre y arrojó por la vulva corta cantidad de agua. Púsosele en reposo y la ministraron enemas laudanizadas; el dolor no reapareció, la efusión de agua cesó y durmió tranquila toda la noche. El domingo 8 á las cinco de la mañana perdió mayor cantidad de líquido, que entonces vino sanguinolento; volvieron los dolores acompañados de contracción uterina; sangre pura sustituyó al agua teñida. Así pasó el resto del día y toda la noche. No pudo dormir. Continuó sujeta al mismo tratamiento. Ni este día ni el anterior hubo reacción febril. El lunes 9 los dolores vinieron más acentuados y frecuentes; continuó la efusión sanguínea y se la atendió como la vispera. Los dolores y la hemorragia cesaron á las once de la noche. Durmió algo y estuvo más tranquila. El día 10 muy temprano volvieron los dolores sin sangre; pero ésta vino en abundancia al mediodía. En los reconocimientos vaginales verificados desde que principiaron los dolores hasta la noche del 9 el dedo introducido no pudo averiguar nada

de lo que pasaba en el segmento inferior de la matriz, por impedirlo la capa de tejido que separaba al uno del otro; y lo único que se supo con evidencia fué, que la serosidad del principio, la serosidad sanguinolenta de después, y la sangre pura del fin, manaban del agujero vaginal que los derramaba al exterior. Pero desde las primeras horas del martes 10 el dedo pudo ir tentando cómo el fondo vaginal iba bajando, cómo de cóncavo se tornaba convexo, y cómo su espesor iba adelgazándose descendiendo cada vez más y más hasta acercarse á la vulva, donde apareció á las doce. Entonces el agujerito empezó á dilatarse: la dilatación midió un centímetro á las tres de la tarde y subió á dos á las cuatro. El diafragma vaginal llegó á dar de sí y adelgazarse tanto que se traslucía el color negruzco de una masa constituida por sangre coagulada y líquida que en parte salía durante cada dolor. El trabajo fué avanzando poco á poco, y á eso de las cuatro y cuarto durante un pujido se desgarró la abertura lanzando el útero á gran distancia la masa de sangre mezclada con meconio depositada entre aquel y el tabique. La rotura era oblicua, dirigida arriba y á la izquierda, y media cosa de tres centímetros. En el siguiente esfuerzo aparecieron afuera de la vulva los pies del producto; incontinenti se procedió á su extracción manual, la cual no opuso dificultad en lo tocante á la saca del tronco y los miembros superiores, concluyendo con la de la cabeza por medio de mi procedimiento. La placenta salió en ese mismo instante, la matriz se retrajo y terminó el parto. Advirtiése que de la porción desgarrada pendía un colgajo de mucosa que se separó de un tijeretazo.

El niño nació muerto.

	Su peso.....	gramos	800
	Longitud total.....	metro	0,34
	" del sincipucio al ombligo.....	"	0,19
	" del ombligo á la planta de los pies.....	"	0,15
DIÁMETROS.	{	Océpito-mentoniano.....	0,09
		Océpito-frontal.....	0,08
		Océpito-bregmático.....	0,07
		Bi-parietal.....	0,06
		Mentobregmático.....	0,05
		Mentofrontal.....	0,04
		Bizigomático.....	0,05

Su edad probable seis meses.

Feto y placenta están conservados en el frasco que pongo á la vista de mi auditorio.

El puerperio de Apolinaria fué completamente fisiológico. El escurrimiento loquirreico, la secreción láctea y la involución de la matriz no ofrecieron nada digno de notarse. El pulso osciló entre 80 y 90, y la temperatura no pasó de 38,° salvo el día 13 que por la fluxión de los senos subió á 39.° La vuelta del

conducto vaginal á su estado anómalo fué haciendo progresos de día en día. La excreción láctea fué abundante y suficiente para que amamantase á alguno de los niños nacidos en la casa. El apetito, la digestión y el sueño fueron irreprochables. En el reconocimiento que verifiqué el día 4 de Diciembre hallé todavía ampliado el conducto capilar: el índice entraba holgadamente y alcanzaba á tocar el orificio uterino ligeramente entreabierto. La cicatrización de la desgarradura casi habia terminado.

Aunque mi propósito era que Apolinaria permaneciese en la casa hasta ver el fin no pude conseguirlo. Diéronla su alta, y en el acto pasó á casa á darme las gracias, avisándome que iba á vivir á la del Sr. Santacilia, ubicada en la Colonia de San Cosme. De entonces á la fecha no he vuelto á verla más.

* * *

Concluido el relato histórico del caso de Apolinaria García, permitid, señores, que antes de sellar mis labios éntre en consideraciones que en mi concepto tienen interés y miro como su complemento.

Los defectos congénitos de la vagina y en general del aparato reproductor de la mujer se comprenden fácilmente evocando el recuerdo de los preliminares relativos á su desarrollo embriológico. Un repaso á vuelapluma nos va á poner al corriente de lo que sucede.

El aparato genital de la mujer tiene tres campos de evolución; tres zonas, digamos así, de las cuales emanan las partes de este gran todo:

1.º La zona interna procede del blastema vecino de los bordes del *cuerpo de Wolff*: á lo largo de los bordes internos se desarrollan los ovarios; á lo largo de los externos las trompas, y el útero aparece en la extremidad terminal de estos últimos que se aproximan hasta confundirse y unificarse.

2.º La zona externa se forma de una gémula que nace del lado de la extremidad caudal del embrión. Primitivamente única, divídese luego en dos mitades por medio de un surco que ahondando llega al fondo intestinal y contribuye á formar la cloaca. De uno y otro lado de esta gémula brotan dos pares de eminencias: el par superior, unificado arriba y dividido abajo, constituye el clitoris y las ninfas: el inferior, los grandes labios.

3.º La zona intermedia se desarrolla en el blastema situado inmediatamente arriba de la aponeurosis perineal media, entre la vejiga y el recto, y forma un conducto que por uno de sus extremos marcha al encuentro del cuello de la matriz y por otro al de la abertura vulvar. Este conducto es la vagina.

Con lo dicho basta para comprender que cualquier retardo ó detención del desarrollo normal ó común en alguna de las zonas del aparato genital de la mujer, trae como inmediata consecuencia un defecto en su hechura, ó, lo que viene á ser lo propio, un vicio de conformación.

Es cierto que las ideas dominantes sobre el desarrollo de este y de otros aparatos se deducen en parte de la observación embriológica directa, y en parte de la observación teratológica indirecta, por cuya razón Courty las califica de un tanto cuánto hipotéticas; pero el hecho es que semi-directas y semi-indirectas es lo único con que contamos; lo único con que cuenta también el mismo que les pone esa tacha; y si esto es así, tenemos que estar, pasar y conformarnos con ellas, hasta que con el auxilio divino se haga la luz respecto de este y otros mil misterios sobre los cuales reina la más espantosa oscuridad y poco ó nada sabemos.

Partiendo de los datos embriológicos y teratológicos disponibles fácil es figurarse: que si al momento de estar formándose la pared divisoria recto-vesical (que ha de poner fin á la cloaca) aquella no se ahueca, no habrá vagina; que si se ahueca en parte, resultará una vagina incompleta; que si únicamente se ahuecan las porciones superior é inferior, resultará tabicada con un diafragma situado entre la abertura vulvar y uterina, á mayor, menor ó igual distancia de una y otra, en esta ó aquella dirección: diafragma que será más grueso ó más delgado, perforado ó no, con la perforación situada aquí ó allí, y que encontrándose interpuesto entre las porciones ahuecadas, impedirá tocar lo que se toca en estado normal, y ver lo que se ve, que algún ingenioso dice parecerse (y con efecto se parece) al fondo de una botella vacía vista por el gollete.

Partiendo de estos mismos datos embriológicos y teratológicos pueden preverse y localizarse asimismo todas las anomalías congénitas del aparato genital y génito-urinario de la mujer. Cada anomalía de forma, cada uno de los vicios de conformación, naturalmente corresponden á uno ó á varios puntos de detención de desarrollo, que por ende resulta incompleto é inacabado; de donde con toda reclinidad lógica se infiere este principio teratológico: *la mayoría de estados anómalos congénitos representa fiel y exactamente estados embrionarios transitorios durante el desarrollo normal*. Esto por lo que toca á la etiología.

En cuanto á su frecuencia, dicen los autores que son numerosos. En México se han observado una que otra vez, mas ninguna es igual á la que vengo historiendo. En las publicaciones nacionales no hallo consignada una sola siquiera, ni tampoco he oído referirla á los médicos con quienes me comunico. ¿Quiere decir esto, por ventura, que el caso de Apolinaria sea el único que se haya presentado aquí? No. ¡Quién sabe cuántos de su misma especie ó más ó menos parecidos estarán inéditos, ó no habrán llegado á mis noticias! Ojalá que al dar á la estampa este artículo, su lectura dé motivo á que se sepa lo que hubiere sobre este particular.

En varias obras europeas vi referidos varios hechos parecidos al presente. En el «Tratado práctico de los partos,» de Moreau,¹ se lee que en compañía de Evrat

1 Paris, 1841; tomo I, pág. 176, § 259.

vió á una joven en cinta de cuatro á cinco meses que tenía la vagina tan estrecha que con dificultad permitía la entrada á un cañón de pluma de las que antiguamente se usaban para escribir; y que esa estrechez, que traía inquietos y preocupados al marido y demás personas de la familia, fué cediendo con los avances del embarazo al grado que la joven parió á término, natural aunque lentamente, sin que hubiera habido necesidad de ocurrir á los medios dilatadores.

Chailly-Honoré refiere¹ que en la Clínica de Paul Dubois vió á una jóven de dieciseis años, embarazada, en quien, al tocarla con el dedo la partera Madame Callé, halló la vagina obstruida por un diafragma membranoso resistente situado hacia la mitad de su longitud. Informado de esto Dubois, la examinó con el *speculum* y pudo ver que en efecto habia un diafragma perforado por cuyo agujero entraba una sonda común. Dejáronse las cosas en tal estado por mandato expreso de dicho profesor y se esperó á que viniese el parto. Éste se verificó á su debido tiempo naturalmente previa dilatación sin rotura del agujero dicho. Poco á poco se fué retrayendo hasta recuperar su calibre primitivo, y el sobreparto pasó sin novedad.

Cazeaux relata otro caso semejante al anterior, que no se diferencia de él mas que en que al atravesar el feto maduro la vía estrecha, amplificada naturalmente hasta cierto grado, se desgarró en tres diversas direcciones, cuyas desgarraduras cicatrizaron sin soldarse. Parto y puerperio pasaron sin más novedad.²

Plenck cuenta que en una parturiente encontró la vagina tan estrecha que el meñique no cabía por ella: á pesar de esto dieciocho horas después de iniciado el trabajo la dilatación bastó para que el producto saliese sin romper la vagina ni las partes genitales externas.³

En otro caso, en el que la introducción del dedo apenas era posible, Merri-man dice⁴ haber visto terminar espontáneamente el parto al cabo de treinta y seis horas. La mujer sucumbió y en la autopsia se encontró rota la vagina, pero no dice si la rotura ocasionó la muerte.

Estos hechos y algunos más que no transcribo por no cansar á mi auditorio, vienen probando que la estrechez de la vagina no es de aquellos obstáculos al parto que merezca ser tratado con la premura y el rigor quirúrgico que pretenden aquellos cirujanos que contra viento y marea quieren remediar todo á sangre y fuego. Esos hechos alientan y autorizan también á no intervenir con medios dilatadores (esponjas preparadas, palitos de laminaria ú otros instrumentales) según Chailly-Honoré dice haberlo aconsejado y hecho su amigo el cirujano de marina Mr. Maher. Demás de esto, para abstenerse de intervenir anticipadamente

1 *Traité pratique de l'Art des Accouchements*. Paris, 1853, pág. 262.

2 *Traité theorique et pratique de l'Art des Accouchements*. Paris, 1867, pág. 690, nota.

3 *Elementa artis Obstetricae*, pág. 113.

4 *Synopsis*, pág. 59.

asiste otra razón, y es la que sigue: Si en casos más intrincados y serios que los dependientes de mala conformación congénita, v. gr., los que proceden de la presencia de tumores irreducibles é inoperables; de deformaciones traumáticas accidentales ó consecutivas á partos muy morosos ó á graves operaciones toconómicas ó tocúrgicas; á gangrena puerperal; las fuerzas naturales han bastado por sí solas para conducir las cosas á un feliz desenlace, conforme mil hechos extraños y propios lo comprueban, ¿en qué razón puede apoyarse fundadamente la premura, la antelación, tratándose de los primeros? No la alcanzo.

Unos cuantos meses antes de que viniese á mis manos este caso de estrechez congénita de la vagina, ocurrió otro en la clínica de la Casa de Maternidad que terminó natural y felizmente á pesar de que la estrechez venía de vastas cicatrices, reliquias de una vulvo-vaginitis puerperal. La matriz se esforzó, expedito el pasaje al producto por entre aquella inextricable y apretada vía, y todo terminó sin consecuencias y como si se hubiera tratado de la mujer más bien conformada del mundo.

Otro hecho semejante ocurrió hace muchos años. Tratábase de una señora á quien atendían los Dres. D. Francisco Ortega y Tellechea; y aunque di á conocer este caso en mi tesis para el profesorado,¹ antójaseme reproducirlo, por venir á cuento y convenir á mi intento. Dicha señora, á consecuencia de la prolongada compresión que en su primer parto ejerció la cabeza del feto sobre las partes blandas del canal pélvico, padeció de vaginitis aguda que desgraciadamente terminó por esfacela de una vasta porción de tejidos: desprendidas las escaras quedó una estrechez vaginal hacia la parte alta de dicho conducto, la cual, concluido todo, no permitía la introducción del índice, y aun se creyó que impediría el coito. Esto no obstante sobrevino nuevo embarazo. Llegado el momento del parto fué solicitado el Sr. Ortega, apalabrado de antemano para que en este trance allanase la dificultad; mas fué en balde, porque la naturaleza empujó al producto abocado por el extremo pélvico, dilató y desgarró aquellas cicatrices, y el alumbramiento terminó con toda felicidad. El puerperio no ofreció nada notable, y la vía quedó tan expedita y capaz, que dicha señora pudo parir á otros niños sin preocuparse de eso lo más mínimo.

Hace pocos años que en la Maternidad parió una mujer portadora de un neoplasma durísimo que había invadido la totalidad del cuello y una gran parte del segmento inferior de la matriz. En el acto que la reconocí me asaltaron justos temores de que llegando el trance del parto hubiera necesidad de desbridar el obstáculo en los puntos requeridos para abrir paso al producto, y así lo hice presente á mis discípulos bajo las debidas reservas. Por fortuna esos temores no se realizaron porque providencialmente la energía de la potencia orgánica (sub-

¹ *Breves apuntes sobre la Obstetricia en Méjico*, pág. 36. Méjico, 1869. Imprenta de José M. Lara, calle de la Palma, núm. 4.

sistente durante setenta y cuatro horas) hizo que aquel tejido fuese cediendo paulatinamente, y que el alumbramiento se efectuase sin novedad y sin que hubiese habido necesidad de hacer más que lo usual. Varias veces fui solicitado para que operase: mas yo, que medía paso á paso los avances de la lucha, que calculaba que al fin y á la postre la naturaleza se habia de sobreponer á aquel estorbo, conservé mi sangre fría, desoi é hice completamente á un lado las excitativas de los impacientes que tenia á mi rededor. Luego que vieron el desenlace, me concedieron la razón y me felicitaron por la prudencia de mi proceder. Con inhalaciones anestésicas de éter sulfúrico, de vez en cuando, para proporcionarle treguas de descanso; con sostener las fuerzas físicas y morales de la parturiente, obtúvose el resultado feliz que nadie se esperaba. El paso del producto vivo y maduro no desgarró ni causó lesión alguna, y el sobreparto pasó completamente fisiológico.

Veamos, por el contrario, algunos ejemplos de las fatales consecuencias de la intervención quirúrgica:

1.º Algún tiempo antes de que sucediese el caso que acabo de referir ví en San Andrés Chalchicomula á una señora multipara, á quien por causa y motivos idénticos (y por seguir los pasos de quienes tal hacen y aconsejan), mi discípulo Dr. D. José Altamirano practicó algunos cortes en el obstáculo neoplásico. El alumbramiento, que acaeció el 13 de Diciembre de 1877, se expeditó gracias á eso; pero las consecuencias fueron desastrosas y muy próximas: las pequeñas heridas se ulceraron; sobrevinieron hemorragias tenaces; la enferma fué debilitándose á ojos vistos; la anemia y la caquexia cancerosa con todos sus horrores fueron acentuándose, y la muerte, al cabo, puso fin á esa triste historia el 1.º de Junio de 1878, cinco meses diecisiete dias después del parto.

2.º En la mañana del 29 de Setiembre de 1883 fui solicitado por nuestro colega Dr. D. Juan Fénélon para que viese á una mujer en la Pastelería de la calle de Santa Isabel, de 31 años de edad, casada cuando aun no cumplía 14, y que habia tenido seis hijos. Su vida era sedentaria; abusaba de las bebidas alcohólicas y de los alimentos hidrocarbonados, de lo que naturalmente le vino ponerse obesa. Contaba que habia recibido algunos golpes de consideración.

Llamado el Dr. Fénélon á media noche, después de examinarla consideró que el parto por la vía natural era imposible, porque un tumor de consistencia fibrosa llenaba la excavación del sacro, simulando ser la cabeza del feto á primera vista; pero la imposibilidad de pasar por detrás con el dedo, su adherencia al hueso, que era extensa é invencible, y la circunstancia de haber sentido la cabeza arriba de él, no le dejaron duda de cuál era la situación real de las cosas y su gravedad. Pensó entonces en practicar la operación cesárea; pero ántes de resolverse á ello habló á los asistentes, y asimismo tuvo la bondad de proponerme para que consultásemos lo más adecuado en aquel lance crítico y solemne. Hecho el reconocimiento por mi parte, y considerando que á pesar

del tamaño y situación del tumor neoplásico era hacedero aplicar el forceps y racional intentar con su ayuda que la cabeza descendiese, propuse el empleo de las pinzas. Aceptada mi propuesta, el Dr. Fénélon aplicó las ramas y las articuló con toda facilidad. Terminado eso, con las precauciones requeridas, tirando él y yo alternativamente para compartir la tarea, logramos bajar un poco la cabeza, notando á cada línea que avanzábamos que traíamos al tumor afuera sin poder evitarlo; y reflexionando luego que si continuábamos del propio modo, los tejidos del tumor, no pudiendo dar más de sí, se desgarrarían al cabo, convenimos (en mala hora) en dividirlo á lo largo para vaciar la parte líquida que contuviese y reducir sus dimensiones. Con bisturí envainado, á fin de cortar sobre seguro sin herir las partes adyacentes, se practicó la incisión; brotó sangre de golpe y se logró el objeto apetecido. Suaves y metódicas tracciones bastaron despues para sacar la cabeza, y afuera ésta, se extrajeron el tronco y las secundinas. El feto era muy voluminoso y estaba muerto. Hasta aqui vi yo: en cuanto á la marcha subsecuente, voy á copiar á la letra lo que el Dr. Fénélon se sirvió decirme en carta fechada el 7 de Octubre, ocho dias después de los sucesos relatados. Dice asi:

« El día 29 (de Setiembre) se pasó en medio de quejas continuas, en una inquietud alarmante, sin que el vientre anunciara accidente ninguno de parte del útero: la queja mayor era por los dolores de piernas. No hubo ningún anuncio de peritonitis; pero la agitación no cesó ni en el día ni en la noche. A las siete de la tarde la temperatura ascendió á 39°5: el pulso á 120 era pequeño. Habia mucha sed y ninguna apetencia. El día 30 siguió el cuadro con el mismo aspecto: en la mañana la temperatura bajó á 38°2, y en la tarde á 37°2: sin embargo el pulso era siempre frecuente y deprimido, el estado general alarmante, el sueño imposible: la inquietud fué tal, que llegó á levantarse; el vientre estaba poco sensible. Por la tarde se quejó de grande opresión en el epigastro, y el color ictérico se marcó. No habia podido defecar desde el momento del parto, sin embargo de que se la habian ministrado bebidas y lavativas purgantes: unas y otras se quedaron dentro y contribuyeron á aumentar la dispnea. Se hizo con el dedo una exploración rectal y resultó que el tumor estaba reblandecido en putrilago no líquido, pero depresible y en plena alteración pútrida. Se puso una sonda esofagiana de grueso calibre que franqueara el obstáculo causado por el tumor y se vació el vientre: hasta entonces hubo calma, pero las fuerzas estaban vencidas. El día 2 se pasó mejor en apariencia, y á las cinco de la tarde murió después de haber tenido varios ataques sincopales. El mecanismo de la muerte parece haber sido el que corresponde á la infección pútrida: las venas hemorroidales llevaron al higado los elementos de la infección; la ictericia fué como en el «vómito prieto»: los vómitos fueron pocos y apenas biliosos: el abultamiento del higado trajo la asfixia. La

« vejiga no dejó de funcionar: hasta los últimos momentos de la vida pudo guardar y expeler la orina. En suma, me tomo la libertad de seguir creyendo que si hubiésemos abierto el vientre habríamos sacado al niño vivo y causado menos riesgos á la madre, porque no podía haber nada peor que aquel *écrasement* producido en la pelvis. »

Oído el juicio pericial anterior, diré sobre él lo siguiente: No habiéndonos sido dable ni al Doctor Fénélon ni á mi medir á tiempo las consecuencias funestas del machacamiento y de la herida, como sucede siempre que uno se chasquea, tarde vinieron el desengaño y el arrepentimiento. Por lo que toca á la operación cesárea, propuesta por nuestro entendido colega y desechada por mí (de contado con gran copia de razones que seguramente hicieron mella en su ánimo, pues de no haber sido así las habría hecho á un lado), diré en dos palabras, que no concibo por qué habría sido menos expuesta que la que se practicó, no obstante ser letal en grado superlativo. Tengo la firme creencia de que si tal cosa hacemos la mujer sucumbe irremisiblemente. Siempre que de esta operación se trata resuena zumbante en mis oídos el durísimo apóstrofe de Sacombe. ¹

Esto no quita que califique de muy puesta en razón la queja de mi amigo en lo tocante al niño. Con efecto: bien pudimos haberle salvado la vida si nos resolvemos á abrir el vientre de la desventurada madre. *En descargo mío alegaré, sin embargo, que en aquel crítico momento creí que con ayuda de las pinzas, en vez de una, podríamos salvar dos vidas.* Me equivoqué; ¿para qué negarlo? Me acuso públicamente de este yerro funesto, y sólo deseo que de mi confesión saquen el partido que deben cuantos la sepan, que há tiempo procuro sea el mayor número.

Por no fatigar más á mi auditorio diré, por último, que en la Clínica de la Maternidad he tenido motivo de ver y hacer que mis discípulos vean los victoriosos resultados, los triunfos, pudiera decir, que se obtienen en los casos de distocia procedentes de estorbos de la vía (cistócele, rectócele, trombus, tumores de varias naturalezas y tamaños, cicatrices), conduciéndose con la mesura y paciencia que recomiendan, y en que tanto insisten los más hábiles parteros del orbe. En la mayor parte de ellos, si no en todos, antes que nada hemos contado con los esfuerzos naturales, aun cuando parezca que tarde ó temprano han de necesitar del cuchillo. Este recurso, por docto y diestro que sea el que lo empleé, no dejará por eso de ser peligroso. No rechazo sistemáticamente la intervención: lo único que hago es recomendar la cautela. Que se intervenga en hora buena (mientras más pronto mejor, á fin de no dejar pasar la oportunidad del medio que se escoja) en los casos que imperiosamente lo demanden; mas en

1 *Imitez Apollon et n'assassinez pas,
Pour ouvrir une femme attendez son trepàs.*

los que no fuere absolutamente preciso y se pueda esperar sin riesgo de exponer en lo más mínimo el éxito del negocio, la regla es aguardar. Tal es la conducta que siguen los maestros que se nos ponen de modelos: tal es la norma. Esa ha de ser, por lo mismo, la de los demás: á ella tienen que ceñirse y ajustarse cuantos deseen cumplir sus deberes para con sus semejantes.

Como resalta del bosquejo que acabo de hacer, vasto campo ofrece á los prácticos el estudio de las obstrucciones vaginales en los partos: vasto es también el número y naturaleza de los estorbos. En la práctica, no obstante, para lo que es dar con el indicante toconómico (que en achaques clínicos es la incógnita, la gran etapa de los médicos y el blanco de todos sus tiros), tanta variedad puede reducirse á unos cuantos tipos, como la variedad de formas cristalinas se reduce á solo seis: y por lo ya expuesto, que he podido observar por mí mismo, pienso que se pueden reunir en un grupo natural las estrecheces procedentes de malas conformaciones congénitas y de deformaciones patológicas, como diafragmas, tabiques, neoplasmas no muy voluminosos, cicatrices diversas, cistócele, rectócele, etc.

México, 17 de Febrero de 1886.

JUAN MARÍA RODRÍGUEZ.

GINECOLOGÍA.

OPERACION DE ALEXANDER PARA CORREGIR LA RETROVERSION DE LA MATRIZ.

Hasta hace pocos días tuve conocimiento de la operación ideada por el Dr. Alexander para corregir la retroversión del útero, y esto lo debo á la fina amistad del Dr. D. Federico Semeleder que me proporcionó, traducido por él á nuestro idioma, un artículo publicado en el «Periódico americano de Obstetricia y enfermedades de mujeres y niños,» correspondiente al mes de Noviembre del año próximo pasado, pág. 1188. Como en la misma ignorancia en que me encontraba respecto de esta operación creó que se hallarían muchos de mis profesores, pues á nadie he oído hablar de semejante cosa, me determiné á traer aquí el expresado artículo para darle la publicidad debida y tener á los lectores de nuestra *Gaceta* al corriente de lo que nuestros vecinos de Norte América piensan respecto de la operación del ginecologista inglés que le ha dado su nombre; absteniéndome de emitir mi juicio sobre ella, porque mal puedo darlo y hablar sobre lo que desconozco y me ha cogido completamente de nuevo. El citado artículo dice así: