Año 1902 **N.º 1320**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ATRESIA CONGÉNITA DE LA VAGINA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN DIVITO

Farmacéutico.

Ex-practicante interno de Farmacia del H. Nacional de Clínicas en los años 1896-1897.

Ex-practicante interno de Medicina del mismo, en 1898, 1899, 1900, 1901 y 1902. Siempre por concurso de las más altas clasificaciones.

Ex-practicante del Servicio médico permanente de la Asistencia Pública en 1902.

BUENOS AIRES

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. ETCHEPAREBORDA

Tacuarí 359

1902

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en la Tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vicedecano

DR. D. JOSÉ T. BACA.

Académicos Titulares

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.
" " JOSÉ T. BACA.
" " RAFAEL HERRERA VEGAS.
" " JACOB DE TEZANOS PINTO.
" " EUFEMIO UBALLES.
" " JUAN R. FERNÁNDEZ.
" " ENRIQUE E. DEL ARCA
" " PEDRO N. ARATA.
" " MANUEL BLANCAS.
" " ROBERTO WERNICKE.
" " PEDRO LAGLEYZE.
" " JOSÉ PENNA.
" " LUIS GUEMES.
" " ELISEO CANTÓN.
" " GREGORIO N. CHAVES.

Académicos Honorarios

DR. D. ERNESTO ABERG.
" " EDUARDO WILDE.
" " MARTÍN SPUCH.
" " TELÉMACO SUSINI.
" " EDMUND NOCARD.
" " EMILIO R. CONI.
" " OLYNTHO DE MAGALHAES.

Secretario Titular

DR. D. ZENÓN AGUILAR.

Prosecretario

DR. D. CARLOS ROBERTSON.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Zoología médica	Doctor	Pedro Lacavera
Física médica	»	Jaime R. Costa.
Química médica	»	Atanasio Quiroga.
Botánica médica	»	Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata.
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Anatomía descriptiva	»	Juan José Naon.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Fisiología general y humana	»	Pedro J. Coronado.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	»	Enrique Revilla
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología externa	»	Obdulio Hernández
Medicina operatoria		Adalberto Ramaugé.
Clínica ginecológica	»	Enrique Bazterrica.
» Oto-rino-Laringológica	»	Eduardo Ovejero.
» Dermatológica y sifilográfica	»	Baldomero Sommer.
» Epidemiológica	»	José Penna.
» Quirúrgica	»	Julián Aguilar.
» Neurológica	»	José M. Ramos Mejía
» Médica	»	Luis Güemes.
» Médica	»	Francisco A. Sicardi.
Patología interna	»	Marcial V. Quiroga.
Clínica oftalmológica	»	Pedro Lagleyze
Medicina legal	»	Francisco de Veyga.
Clínica Quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo.
» Médica	»	Gregorio N. Chaves.
» Obstétrica	»	Samuel Molina.
Toxicología experimental	»	Juan B. Señorans.
Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas.
» Médica	»	Abel Ayerza.
» Genito urinaria (hombre)	»	Federico Texo.
» Psiquiátrica	»	Domingo Cabred
» Quirúrgica	»	Vacante
» Obstétrica	»	Eliseo Cantón.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos substitutos
Zoología Médica	Doctor	D. J. Greenway (en ej.)
Física médica	»	Juan José Galiano
Química médica	»	Francisco B. Reyes
Botánica médica	»	R. S. Kolbe
Química aplicada á la medicina	»	Francisco P. Lavalle
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid
Anatomía descriptiva	»	Juan D. Piñero J. López Figueroa
Patología general y ejercicios clínicos	»	G. Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutiérrez Francisco Llobet
Fisiología general y humana	»	Horacio G. Piñero Mariano Alurralde
Anatomía patológica	»	José Badía Marcelo Viñas
Bacteriología	»	Vacante
Higiene pública y privada	»	Vacante
Materia médica y terapéutica	»	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Medicina operatoria	»	Nicolás Repetto
Clínica ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
Clínica Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello E. V Segura
Clínica dermatológica y sifilográfica	»	M. Aberastury
Patología externa	»	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna	»	Vacante
Clínica oftalmológica	»	Francisco C. Barraza. Teófilo A. Moret
Clínica médica	»	Patricio Fleming
Clínica epidemiológica	»	Vacante
Clínica quirúrgica	»	Juan B. Justo Enrique Corbellini
Clínica neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprum
Clínica médica	»	Ricardo Colón
Medicina legal	»	Domingo S. Cavia Pedro Barbieri
Clínica quirúrgica	»	Diógenes Decoud Alejandro Posadas
Clínica médica	»	Julio Méndez Ignacio Allende
Clínica obstétrica	»	Fanor Velarde Enrique Pardo
Toxicología experimental	»	Juan Alba Carreras
Clínica pediátrica	»	Facundo Larguía Antonio F. Piñero
Clínica médica	»	Vacante
Clínica genito urinaria (hombre)	»	Pedro Benedit
Clínica psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari
Clínica quirúrgica	»	Vacante
Clínica obstétrica	»	Enrique Zárate

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Cated. titulares	
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia	Dr.	Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	»	Miguel Puiggari
Farmacognosia vegetal y animal	»	Juan A. Boeri
Química orgánica aplicada á la Farmacia	»	Pedro N. Arata
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)	»	J. Manuel Irizar
Higiene	»	Ricardo Schatz
Química analítica toxicológica	»	Atanasio Quiroga
Ensayo y determinación de drogas	»	J. Manuel Irizar

Asignaturas	Cated. substitutos	
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia		Vacante
Química inorgánica aplicada		Vacante
Farmacognósia vegetal y animal	Sr.	Juan A. Domínguez
Química orgánica aplicada á la farmacia		Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica		Vacante
Higiene		Vacante
Química analítica y toxicológica		Vacante
Ensayo y determinación de drogas		Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distócico y clínica obstétrica	Dr. Juan R. Fernández

Asignaturas	Cated. substitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica	M. Z. O'Farrell (en ej.)
Parto distócico y clínica obstétrica	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares	
Anatomía, fisiología, patología	Dr.	León Pereira
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal	»	N. Etchepareborda

Asignaturas	Cated. substitutos
Anatomia, fisiología, Patología	Vacante
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

S. E. EL SEÑOR MINISTRO DE JUSTICIA É INSTRUCCIÓN PÚBLICA

ACADÉMICO TITULAR:

DOCTOR JUAN R. FERNÁNDEZ

Á MIS PADRES

Á LOS MÍOS

Señores académicos:

Señores profesores:

« Nous avons embrassé una profession dans laquelle les moindres fautes sont grandes, puisqu' elles décident de la santé ou de la vie de ceux qui se confient à nous. Soyons donc attentifs à remplir tous nos devoirs, et en même temps n' oublions pas que nous sommes responsables devant Dieu, et devant les hommes des fautes que nous faisons par ignorance, lorsqu' il n' a tenu qu' à nous instruire ».

(Ledran, *Observat. de chirurgie*, t. 1, p. 17)

Vengo á cumplir un deber, á llenar un precepto, á satisfacer el último requisito que la Facultad exige para el doctorado: no busquéis entonces en mi trabajo una originalidad que no pretendo, ni una erudición que no poseo; buscad sí, y encontraréis en él, la flor más pura de mi

pensamiento, el fruto tal vez no sazonado aun de mis estudios sobre el tema que me propongo desarrollar.

Los libros clásicos, las monografías y revistas al ocuparse de la *atresia congénita de la vagina*, lo hacen, á mi juicio, de una manera somera y superficial; no he podido encontrar yo quien vaya hasta el fondo mismo del asunto, quien dé sobre todo reglas fijas que orienten al práctico en casos semejantes. ¿Es que nadie se ha condolido lo suficiente ante estas desgraciadas que irónicamente la naturaleza ha querido privarlas del primer atributo de que la mujer pueda enorgullecerse, la maternidad?

Nadie ha asistido á esas crisis dolorosas menstruales que la retención menstrual ocasiona, haciendo que las que la padezcan crean más preferible la muerte misma que una vida amargada por una *vía crucis* que periódicamente ha de repetirse, con el único aliciente de que cada vez ha de ser más intenso, menos tolerable, hasta hacerse insufrible?

Si Rousseau y Michel han escrito sobre las que menstrúan regularmente, que « la mujer está enferma todos los meses », que no escribirían con más autoridad y brillo que yo, ante estas desdichadas que no reglan, y en cambio la ovulación se produce con una precisión matemática, aglomerando su producto en útero y anexos á costa

siempre de nuevas torturas, de insufribles tormentos.

Se dirá tal vez que lo desconocido de la afección ó la rareza de la misma, ha hecho que por tanto tiempo no se le haya dado toda la importancia que ella tiene. Sin embargo, no es así; en cuanto á conocerse, ya Hipócrates la había observado; Aristóteles distinguía las variedades accidentales y congénitas y Celso le dedica todo un capítulo. Respecto á su frecuencia basta citar la estadística de Puech, que cuenta 258 casos, ó la de Scanzoni, 182, y sin recurrir al extranjero; por lo que á la República Argentina toca, en Buenos Aires, en todos los servicios hospitalarios de enfermedades de mujeres donde nosotros hemos recurrido en busca de datos, hemos encontrado registrado siempre más de un caso.

Me vanaglorio, pues, de aportar al estudio de tan importante tópico, si no el *desideratum*, por lo menos lo que más racionalmente deba practicarse en estos casos, y creo sinceramente que al hacer vaginas artificiales no sólo habremos hecho obra de médico, sino que también obra humana, sacando de las garras de la desesperación y el martirio á estas enfermas para entregarlas á la vida real de la fecundidad misma. ¡Ley suprema á que está sometida la especie para perpetuarla!

Tres son los capítulos en que desarrollo mi tema. En el primero me ocupo de la embriología de los órganos genitales, para lo cual en más de una ocasión debo recurrir á la anatomía comparada para explicar ciertos hechos: este estudio lo creo indispensable para poder, si no explicar, aproximarse siquiera á la etiología y patogenia de la afección. En el segundo me ocupo de la sintomatología, diagnóstico y pronóstico; y en el tercero y último, á mi entender el más interesante, lo dedico al tratamiento. Como apéndice agrego la observación clínica que justifica este trabajo.

No he de entrar en materia sin reflejar aquí todo mi pensamiento, en este momento solemne de mi vida estudiantil. Dejo el aula universitaria como alumno; es esta, pues, la tierna despedida que el hijo da á la madre en momentos en que parte, con el alma transida de dolor por alejarse de ella; pero con la mente llena de nobles ambiciones á la conquista de nuevos horizontes; y el corazón palpitante de agradecimientos para todos aquellos maestros que en siete años consecutivos se han esforzado en inculcarnos lo más granado de sus conocimientos, el fruto de su experiencia. Si quisiera citar nombres, debía aquí mencionar todos y cada uno de los señores profesores y médicos del Hospital Nacional de Clínicas, por cuyos servicios he pasado durante mi largo internado. A quien no debo un consejo sano, debo una sabia

lección, una indicación preciosa ó una fina atención; á todos, pues, mis más efusivas gracias.

A los señores médicos de la Asistencia Pública, mis reconocimientos por sus esquisitas y amables complacencias.

A su excelencia el señor Ministro de Justicia é Instrucción Pública, doctor Juan R. Fernández, profesor de la Facultad y Académico titular de la misma, que auspicia con los prestigios de su nombre y de su ciencia este trabajo, mi admiración y profundo agradecimiento.

CAPÍTULO PRIMERO

Embriología

I

Para poderse dar cuenta de los vicios de conformación de los órganos genitales de la mujer, es indispensable pasar en revista su desarrollo, y al propio tiempo el desarrollo de la vejiga y el recto, de manera que nos ocuparemos en primer término de la formación de la eminencia urogenital, de los cuerpos de Wolff y de los canales de Müller; y luego del origen de la allantoide, de la cloaca, del riñón y del uréter. Además, veremos el modo de formación de los órganos genitales internos, así como el de los genitales externos. Casi no podríamos excluir de este estudio á la mama, dada las conexiones tan íntimas

en su desarrollo con el desarrollo de los órganos genitales; sin embargo, la dejamos de lado para ocuparnos en seguida de lo que es más pertinente.

Eminencia uro-genital. — Para estudiar el origen y el desarrollo del sistema genital, estamos obligados á abrazar también el origen y desarrollo del sistema urinario, porque los dos, anatómica y genéticamente, se encuentran entre sí en estrechísima relación. En efecto, no sólo los dos traen origen del mismo revestimiento epitelial de la cavidad del celoma, sino que también el sistema urinario da los canales destinados á conducir de la glándula sexual los huevos y el menosperma. Después de los trabajos de Waldeyer, Semper y otros, ha quedado demostrado perentoriamente esta solidaridad en los órganos genito-urinarios, no sólo en nuestra especie, sino que también en las demás de la escala zoológica.

Si hacemos, en cierto momento de la vida intrauterina, un corte transversal de un embrión en la proximidad de la extremidad caudal, encontraremos los siguientes elementos: *la hoja externa* hacia arriba, que por una especial invaginación ha dado ya origen al tubo medular; *la hoja interna* hacia abajo, que por otra especial evolución ha dado origen á la cuerda dorsal, la cual se ha colocado por debajo del tubo medular: entre estas dos hojas tenemos la *hoja media,* que, como más

adelante se verá, nace de la hoja interna. Entre el tubo medular y la cuerda dorsal, esta hoja media ya ha formado las provértebras ó segmentos primitivos; y hacia las partes laterales las cavidades del celoma, gracias al desdoblamiento que dicha hoja media sufre en dos hojuelas secundarias. Es bueno hacer presente, para mayor exactitud, que este desdoblamiento de la precitada *hoja* existe ya originariamente al principio de su formación. Espacios libres existen entre todos estos elementos (abstracción hecha, bien entendido, de la cavidad del celoma); los cuales son llenados por la hoja intermedia ó *mesenchima*, que nace á su vez de algunos puntos de la hoja media (protovértebras, somatopleuras, etc.). Ahora bien, á la masa del tejido de la hoja media que se encuentra entre el celoma y los segmentos primitivos, se le da el nombre de masa lateral; también podría llamársele eminencia uro-genital á la zona de esa masa que corresponde á la cavidad abdominal, porque de ella se desarrollan los órganos uro-genitales. Agregaremos, en último término, para ser más claros, en presencia de las distintas denominaciones que se han ido sucediendo; que más hacia afuera, en la parte lateral y anterior del tronco, la lámina superficial de la hoja media se une á la hoja externa, formando la somotopleura ó lámina músculo-cutánea de algunos autores, y que la lámina profunda de la misma

hoja se une á la hoja interna, formando la esplano-pleura ó lámina fibro-intestinal.

—

Riñones cefálicos. — Si el desarrollo del conducto de Wolff no estubiese estrechamente unido al desarrollo de los riñones cefálicos ó primordiales, seguramente que yo no me ocuparía de estos elementos embriológicos. En efecto, los riñones cefálicos, en los animales amnióticos tienen escasa importancia, porque quedan al estado rudimentario; esto es tan cierto, que antes eran confundidos con la extremidad anterior ó superior de lo que se llamaba conducto de Wolff.

Los riñones primitivos se empiezan á ver en los embriones de la gallina cuando están ya formados ocho segmentos ó protovértebras, á la altura del séptimo segmento; en cambio, en los selácios aparecen cuando hay ya veintisiete segmentos á la altura de la tercera ó cuarta protovértebra. Nacen los riñones cefálicos de unas especies de pequeños espacios de la masa longitudinal, derivando de la lámina parietal (somato-pleura) de la hoja media. Las células que componen estos pequeños espacios, alargándose entre ellos, vienen á formar pequeñas lagunas que, uniéndose con las lagunas vecinas, forman un pequeño canal, el cual se extiende longitudinalmente en varios segmentos dorsales. Este cauce, por intermedio de algunas aberturas, se encuentra en comunicación con la

cavidad del celoma: en los pollos, en las proximidades de este canal se desarrollan brotes de vasos que en los animales amnióticos son rudimentarios.

Cuerpos de Wolff.— El cuerpo de Wolff es un órgano formado por glándulas, que se encuentra en todos los animales vertebrados y que funciona en algunos, como riñón transitorio; y en otros, permanentemente. Así, por ejemplo, en los bactracios persiste aun después del nacimiento; en los reptiles solo se encuentra hasta el fin del embarazo y en los mamíferos desaparece durante este último acto fisiológico. Aun puede agregarse que la desaparición es tanto más precoz cuanto más elevado es el animal en la escala.

El cuerpo de Wolff puede ser dividido en dos partes: en un canal escretor ó conducto de Wolff propiamente dicho, y una glándula segregante ó riñón primitivo.

Los cuerpos de Wolff se encuentran á lo largo de la columna vertebral, son alargados y rectilíneos, extendiéndose desde la región del corazón hasta la cloaca. Cuando empiezan á desarrollarse tienen un color rosado y su superficie está surcada por estrías transversales de aspecto penniforme; más tarde se hacen pálidos y con aspecto granuloso.

Será más fácil orientarse en el estudio de los cuerpos de Wolff y de los otros elementos que

están próximos, si tomamos para examinar una sección transversal de la eminencia uro-genital, esta sección deja ver los siguientes elementos:

1.° En la parte externa se vislumbra una bandeleta blanquizca, que contiene dos canales, de los cuales el más superficial toma el nombre de Müller, y el más profundo lleva el de conducto de Wolff.

2.° En la parte interna de la eminencia uro-genital se nota otra bandeleta de tejido, que está constituída por la glándula genital.

3.° Entre estas dos bandeletas se encuentra la masa principal de la eminencia uro-genital, que está constituída por el riñón primitivo.

Estudiemos, pues, estos cuatro elementos: conducto de Wolff, riñón primitivo, conducto de Müller y glándula sexual.

Bajo el punto de vista histórico y para comprender las sucesivas denominaciones dadas al cuerpo de Wolff, conviene recordar que este elemento embriológico fué visto por primera vez en 1759 por Wolff en las aves y que creyó se tratase del riñón definitivo.

Solo después, en 1806, Oken demostró que el cuerpo descubierto por Wolff era muy distinto del riñón definitivo.

Rathke, en 1825, consiguió poner en evidencia el papel del elemento embriológico descubierto

por Wolff y basado en sus estudios le dió el nombre de riñón primitivo ó de cuerpo de Wolff.

En fin, agregaremos que Müller, en 1829, descubrió al lado del conducto de Wolff el canal que lleva su nombre.

—

Conducto de Wolff. — El conducto de Wolff forma el conducto escretor del riñón cefálico, después el conducto escretor del riñón primitivo, y después el conducto escretor de la glándula sexual, macho ó testículo. Aparece como un canal longitudinal, que empieza á desarrollarse al lado del riñón primordial y que poco á poco, de adelante á atrás va creciendo hasta llegar á la extremidad caudal del intestino (cloaca), en el cual desemboca. Durante su formación está situado inmediatamente debajo de la epidermis; más tarde se aleja, porque entre estos dos elementos se mete tejido conjuntivo embrionario. Se encuentra colocado en la proximidad del lugar donde los segmentos primitivos se continúan con las masas laterales de la hoja media.

No todos los autores están de acuerdo sobre el origen preciso de los conductos de Wolff. Según Waldeyer, nacería de la hoja media y precisamente de los elementos de la eminencia *uro-genital*, que hace propulsión hacia la hoja externa. Aparecería en forma de un repliegue que encurvándose se transforma poco á poco en un verdadero

canal. Después de haberse transformado en canal el conducto de Wolff se va dirigiendo gradualmente al centro de la eminencia uro-genital; pero ya se ha dicho que de la eminencia uro-genital nace aun el ovario ó el testículo: ya el conducto de Wolff colocado primitivamente en las proximidades de la hoja externa del blastodermo, dirigiéndose al centro de la eminencia uro-genital, allí precisamente donde se formará el ovario ó el testículo, puede arrastrar fácilmente algún elemento de la hoja externa, que le ha quedado adherente. Tales elementos, desarrollándose más tarde, formarán pelos, uñas, dientes, etcétera, que se encuentran precisamente en los tumores dermoideos del ovario ó del testículo. Sin embargo, para Elsner, la formación transitoria del cuerpo de Wolff se verifica por el concurso de las tres hojas del blastodermo, encontrándose de este modo fácilmente explicada la formación de los quistes dermoideos del ovario. En presencia de estas dos opiniones se encuentran aun las de Romiti, Gœthe, Rosemberg, D'Egli, etc., que hacen derivar el conducto de Wolff de la porción de la eminencia uro-genital, que hace saliencia hacia la cavidad del celoma: teniendo en cuenta la gran distancia de esta región de la hoja externa, la invocada patogénesis de los quistes dermoideos del ovario no tendría su razón de ser.

En cambio, His hace derivarlos de la hoja ex-

terna. En la actualidad, esta última manera de ver va afianzándose, porque se ha visto en muchas clases de vertebrados, por ejemplo, en los cetáceos, por Hertwig, Wijhe, Rabh y Beard; en los anfibios, por Gerenyi; en los reptiles, por Mitzukury, y en los mamíferos, por Hansen, Fleming, Spee, etc., el conducto de Wolff nace de la hoja externa. Sea como fuere, es lo cierto que más tarde encontramos el canal de Wolff casi en el centro de la eminencia uro-genital, cualquiera haya sido la primitiva formación de este conducto; él recorre toda la extensión de la región torácica á la región pelpelviana á uno y otro lado de la columna vertebral.

—

Riñón primitivo. — Llegadas las cosas á este punto, en las proximidades del conducto de Wolff se van desarrollando poco á poco numerosos canalículos al lado de la eminencia uro-genital y en relación con ella. Estos canalículos constituyen precisamente los riñones primitivos. Viault creía que la formación de los riñones primitivos no había sido seguida en los mamíferos; pero la observación en los demás vertebrados permite deducir que ellos nacen de una invaginación del epitelio peritoneal ó del celoma en el interior de la eminencia uro-genital. Esta invaginación, que se canaliza, concluye por llegar después al conducto de Wolff.

Las observaciones recientes así como no dejan

ninguna duda sobre el origen de los canalículos de los riñones primitivos de la hoja media, han determinado también mejor su formación. Entre el segmento primitivo y la masa lateral de la hoja media existe una especie de pedúnculo; hay varios pedúnculos reunidos y dispuestos transversalmente, los cuales juntos podrían designarse con el nombre de masa intermediaria la cual se coloca al lado del conducto de Wolff. En ciertos momentos los cordones y pedúnculos de la masa intermedia, que en los amnióticos son sólidos, se excavan, y los canalículos que resultan con una extremidad se comunican con la cavidad del celoma, y con la otra extremidad comunican con el conducto de Wolff. Después cada uno de estos canalículos se divide en tres porciones: La porción media del canalículo se alarga primero y una de sus paredes viene á insinuarse dentro de la otra de manera que forman una especie de taza (cápsula de Bowman); en esta taza la aorta emite un vaso que se insinúa en su interior en forma de brote (corpúsculo de Malpighi). La porción externa del canalículo se alarga y se pone en comunicación al corpúsculo de Malpighi con el conducto de Wolff (canalículo urinífero). La porción interna, en fin, se abre primero en el celoma (embudo renal) pero después concluye por desaparecer.

En el riñón primitivo conviene hacer otra distinción. Los canalículos superiores, aquellos que

se encuentran hacia la región torácica del embrión, ulteriormente van más allá en su desarrollo. Ellos quedan más netos y están provistos en su interior de epitelio más claro, se le da el nombre de porción genital de los canalículos de Wolff. La porción inferior de los conductos de Wolff lleva el nombre de *porción urinaria;* tienen un desarrollo más complicado puesto que dan origen á tubos uriníferos secundarios y terciarios con formación de nueva cápsula. Estos nuevos tubos se tejen y entremezclan entre ellos. Parecen nacer de la cápsula de Bowman primitivamente formada.

Lo que posteriormente será de los riñones primitivos es variable según la especie animal. En los peces y en los anfibios quedan aun después del nacimiento, mientras que en las aves y los mamíferos después de haber actuado por algún tiempo, sufren un proceso regresivo y desaparecen, si se exceptúa la parte que dará origen á los órganos genitales. En el hombre los riñones primitivos aparecen hacia el fin de la segunda semana, llegan á su completo desarrollo á los veinticinco días, á los treinta empiezan á atrofiarse y á los cincuenta han desaparecido por completo.

—

Canalículos de Müller.—Por mucho tiempo fué poco conocido el desarrollo de los canalículos de

Müller: Viault, reasumiendo las ideas dominantes á este respecto, en 1880, declaró con razón que según algunos derivaban de un desenvolvimiento del conducto de Wolff; según otros en cambio de una formación independiente. De que los canales de Müller derivan de un desdoblamiento del conducto de Wolff, ha sido demostrado para los vertebrados inferiores por Semper, Balfour y Hoffman. En los cetáceos por ejemplo, se ve primero la luz del conducto de Wolff, se alarga en forma ovular, después la parte posterior de su pared, en la cual desembocan los canales uriníferos y quedan como conducto de Wolff, se desprende á lo largo de la mitad anterior lo que constituirá el canal de Müller. Este canal que queda situado inmediatamente debajo del epitelio del celoma desemboca en el celoma mismo por medio de una especie de orificio en forma de embudo y provisto de cilias vibrátiles. Parece que á la formación de este embudo que será después el pabellón de la trompa, no es del todo extraño el riñón cefálico.

En los reptiles, en las aves y en los mamíferos por el contrario, la formación del canal de Müller da lugar aun hoy á controversias científicas. He aquí someramente, según la mayoría de los autores, la manera de su origen (por ejemplo Waldeyer, Gassen, Hertwig, etc.) En cierto momento del desarrollo del embrión, después que han aparecido los conductos de Wolff y los riño-

nes primitivos, se forman los dos canales de Müller. Nacen anteriormente en la proximidad del hígado, de la superficie lateral externa de la porción de la eminencia urogenital que hace saliencia en la cavidad del celoma. En esta región que está tapizada por epitelio cilíndrico, mientras que casi todo el resto del celoma lo está por epitelio plano, se manifiesta un expandimiento del epitelio que se excava formando un embudo, futuro pabellón de la trompa. El embudo, pues, queda situado entre el epitelio del celoma y el conducto de Wolff. De él se forma un cordón celular que manteniendo la porción inicial, y proliferando de adelante á atrás va introduciéndose en la cloaca. Dicho cordón se transforma en cabo, constituyéndose el conducto de Müller; se abre en la cloaca primero junto al conducto de Wolff y después se separa poniéndose posteriormente.

Hay que hacer notar que en los animales anamnióticos tendrían distinto origen y significado los canales de Müller que en los animales amnióticos. Las recientes investigaciones de Sedwich tenderían á explicar esta extràña diferencia, pues que en los pollos describió un origen de los tubos de Müller idéntico á la de los Selnars; por consiguiente los haría provenir del riñón primitivo y del conducto del Wolff. Nagel ha visto, en un embrión humano, la parte posterior del conducto de Müller, estrechamente unida al conducto de Wolff, lo que

vendría en apoyo, en la especie humana, de la opinión del origen del conducto de Müller en el canal de Wolff.

En cierto momento los dos tubos de Müller se ponen en contacto entre ellos en la parte inferior, mientras que en la parte superior quedan separados siempre; tal unión se hace de abajo hacia arriba según Langenbacher; por el contrario, según Kölliker y Dohrn, empezaría hacia la mitad del cordón genital. Es probable que estas divergencias sean debidas á ligeras diferencias que se notan en los distintos animales que se estudian.

—

Glándulas sexuales. — En fin, en relación á la cara interna de la parte de la eminencia uro-genital que el riñón primitivo hace hacer saliencia en la cavidad del celoma, se desarrolla la glándula sexual; en esta región el epitelio del celoma se conserva en forma cilíndrica primitiva, mientras que en las partes restantes se aplana en forma de endotelio si se exceptúa la zona de origen de la trompa. Al principio el epitelio no deja traslucir si se formará un ovario ó un testículo; sin embargo, Nagel que ha estudiado la formación del testículo, opina que aun en este estado precoz de desarrollo, el epitelio sexual presenta ya diferencias al observarse al microscopio.

—

Formación del ovario. — El epitelio cilíndrico de

la eminencia genital prolifera, formando al quinto día en el pollo dos ó tres capas: en los mamíferos las capas son más numerosas; en medio de estos elementos se ven aparecer células redondeadas, con gran núcleo y rico protoplasma á lo que se les ha dado el nombre de óvulos primitivos. Debajo de estas capas celulares de epitelio se encuentra ya tejido conjuntivo embrionario con células estrelladas que van multiplicándose rápidamente. Y mientras óvulos primitivos y epitelios cilíndricos crecen y se entrelazan en el conjuntivo que los rodea, este á su vez aumenta alrededor de los epitelios. A causa de este recíproco entremezclamiento que dura algún tiempo en la faz embrionaria, se van formando los llamados cordones glandulares de Pffüger: estos cordones por consiguiente, como fácilmente se comprende, forman la substancia fundamental del ovario; se desprende del epitelio de la superficie y penetra en el conjuntivo subyacente por ciertas modificaciones que se anastomosan entre ellas.

A consecuencia de su activa subdivisión, las células cilíndricas se hacen más pequeñas y contornean los óvulos primitivos que quedan voluminosos y con un bello núcleo vesicular. Generalmente los óvulos primitivos se encuentran en grupos de tres ó cuatro, contorneados por numerosas células, las células del folículo. Esta aglomeración de óvulos primitivos y de células del folículo, forman los llamados nidos

ovulares; el conjuntivo que los rodea más tarde acaba por romper aquí y allí los cordones de Pffüger, aislando, estos nidos ovulares: de cada nido ovular se forma generalmente un solo folículo, porque los óvulos primitivos en él contenidos se funden en una sola masa protoplasmática rica en núcleos y que origina el óvulo definitivo; en cierto momento, en efecto, todos los núcleos de esta masa protoplasmática desaparecen si se exceptúa uno, que forma la vesícula germinativa. En el folículo primitivo, nosotros podremos ver todos los elementos del folículo adulto: en efecto, el estroma ovárico próximo forma la *theca foliculi;* las células epiteliales de los cordones glandulares están destinadas á formar la granulosa, y el óvulo primitivo está en vías de perfeccionamiento. Teniendo en cuenta este modo de formación de los folículos, se comprende que los más profundos sean los más desarrollados, puesto que están constituidos por las capas epiteliales más viejas. Los canalículos genitales del riñón primitivo (cordones medulares) se penetran á su vez en la masa conjuntiva del ovario del lado opuesto (íleo) á aquel en donde se han reflejado los canales de Pffüger. Esta parte del ovario forma la substancia medular, en la cual aun más tarde, el microscopio, como deciamos antes, revela los tubos y los cordones celulares del órgano segmental ó riñón primitivo.

Formación del riñón definitivo y los uréteres. — El riñón y los uréteres tendrían el siguiente origen: de la porción posterior de la parte más baja del conducto de Wolff, nace un prolongamiento epitelial hueco que bien pronto se encaja y se ramifica en el blastoderma subyacente; el prolongamiento tubular representa el uréter, sus ramificaciones constituyen los canalículos uriníferos: estos se alargan formando codos, donde se encuentran en contacto con vasos sanguíneos y abrazan una ansa. Así se forma el glomérulo.

Se tendería á admitir hoy, por el contrario, después de los recientes estudios de Sedgwick, confirmados por Balfour, que el riñón definitivo en el pollo tiene un origen muy semejante al riñón primitivo; en otros términos, mientras el uréter se desarrolla de la manera ya descripta del conducto de Wolff, los canalículos y los glomérulos se desarrollarían independientemente de él y en relación con la masa intermediaria. Esta masa prolifera y en medio de sus células se ven aparecer canalículos *(tubili contorti)*, que con sus paredes forman los corpúsculos de Malpighi; estos canalículos se unen con los tubos ramificados del uréter (tubos colectores). El uréter viene á desembocar también en la cloaca: primero, por el conducto del sistema de Wolff, y después se separa haciéndose anterior.

Origen de la alantoide.—Otro elemento del cual se debe recordar siquiera someramente su origen es la *alantoide.* Nace de un divertículo hueco de la pared anterior de la porción posterior del intestino; este diverticulo desarrollándose se lleva hacia el ombligo, caminando entre la pared anterior y la pared posterior del abdomen; llega así al ombligo, del cual sale para echarse al cordón: en el segundo mes la porción interabdominal de la alantoide forma un pequeño saco fusiforme; la parte central de él se transforma en la vejiga; la parte estrechada superior de la vejiga va al ombligo, transformándose en uraco ó ligamento mediano suspensor de la vejiga; y en fin, la parte estrechada inferior de la vejiga ha sido llamada por algunos seno uro-genital.

Hemos de volver más tarde sobre este tópico.

Cloaca.—En distintas ocasiones hemos citado la cloaca. Solo nos detendremos en ella un instante. No es otra cosa que aquella parte del canal que une la vejiga y el seno uro-genital con el intestino inferior, en las proximidades de su extremidad. En la cloaca, como ya hemos visto al principio, vienen á desembocar los uréteres, los tubos de Müller y los dos conductos de Wolff.

En los embriones muy jóvenes los uréteres no desembocan en la cloaca, sino en el conducto de Wolff. Sabemos, en efecto, que la porción más

baja de los uréteres es al principio hecha por los conductos de Wolff; después se completan, se desprenden del conducto de Wolff y desembocan separadamente en la pared posterior de la vejiga. Otros de los uréteres, mientras que las otras partes se desarrollan, desembocan en el seno uro-genital los conductos de Wolff y por detrás de estos, los dos conductos de Müller, primeramente aislados y luego fusionados en su parte inferior.

Transformación del sistema uro-genital de la forma primitiva á la forma definitiva y homología de los órganos genitales macho y hembra.— La parte que forma lo fundamental del sistema uro-genital y sobre lo que se ha basado cuanto se ha dicho, está constituido por tres pares de canales (conductos de Wolff, canales de Müller y uréteres); por cuatro elementos glandulares (riñón cefálico, riñón primitivo, riñón definitivo y glándula sexual, glándula que más tarde será ovario ó testículo) y por dós reservorios (cloaca y alantoide). En un embrión humano de ocho semanas los elementos genitales considerados sin la ayuda del microscopio, no dejan percibir distinción de sexo. Todas las glándulas están dispuestas á los lados de la columna vertebral: el riñón definitivo se encuentra hacia arriba lateralmente y por debajo se encuentra el riñón primitivo; este riñón primitivo en su parte interna sostiene, mediante una

especie de pedúnculo (mesoovario ó mesoorquio, según el sexo), la glándula sexual, que en esta época es un pequeño cuerpo oval. El riñón primitivo, que aparece como una estría de tejido alargado, está fijo en su posición hacia arriba por el ligamento frénico, pequeña bandeleta que va de su extremidad superior hacia el diafragma y transversalmente de su mesenterio; pliegue peritoneal que va de su cuerpo hacia el tronco. De su extremidad inferior después parte otro pliegue peritoneal (*gubernaculum Hunteri*), cerrando una estría músculo-conjuntival, que va al anillo inguinal.

Los diversos conductos escretores en esta época están reunidos á los lados de la columna vertebral y próximos al mesenterio del riñón primitivo, descendiendo hacia la pelvis se van aproximando á la línea media y se reunen en un manojo (cordón genital), que se coloca por detrás de la vejiga. Algunas de estas partes, según el sexo á que vaya á pertenecer el individuo, se desarrolla más que las otras, mientras que las demás desaparecen.

Prescindiendo de cómo tiene lugar la formación de los órganos masculinos, por cuanto nada tiene que ver con el estudio que hacemos, nos ocuparemos inmediatamente de la formación del

—

Sexo femenino. — Si la eminencia uro-genital se ha de transformar en ovario, sucede lo siguiente: se forman en relación con la glándula los folículos

de Graaf de la manera que hemos ya estudiado; los tubos de Müller continúan su desarrollo y sufren las siguientes modificaciones: lo que existe en medio á las dos porciones inferiores hacia el segundo mes, desaparece de abajo hacia arriba. Thiersch y Kölliker han constatado este modo de formación en varias especies de mamíferos; Dohrn, Tourneaux y Legay lo han visto en el hombre. El único canal que resulta forma el llamado tubo genital ó conducto útero-vaginal como lo llama Gillis, del cual más tarde se constituye abajo la vagina y arriba el útero; al sexto mes del embarazo estos dos órganos se pueden ya distinguir entre ellos de una manera bien neta. El punto de unión de la vagina con la cloaca es en forma de una especie de reborde circular, el cual origina el himen; este origen ha sido bien constatado por Budin en estos últimos tiempos. Hacia el sexto mes las paredes uterinas empiezan á espesarse revelándose de una manera manifiesta el hocico de tenca; los pliegues mucosos del árbol de la vida han aparecido ya y al cuarto mes están extendidos en todo el útero. Por toda la duración de la vida fetal el cuello forma cerca de las dos terceras partes del útero cuya forma va perdiendo los caracteres de bifides con el progreso del desarrollo.

Al principio el conducto útero-vaginal está tapizado por el epitelio cilíndrico primitivo de los

tubos de Müller; al tercer mes este epitelio se transforma en pavimentoso estratificado para la vagina y queda cilíndrico sin cilias vibrátiles para la parte correspondiente al útero. Arriba tenemos por encima del útero la porción de los conductos de Müller que quedan decapitados: de esta porción nacen los dos tubos. Probablemente la extremidad superior del conducto de Müller que está abrazada en el ligamento frénico del riñón primitivo retrograda y según algunos concluiría por formar el hidátide de Morgagni. A esta pequeña vesícula que está unida á una franja del pabellón con pedúnculo más ó menos largo, nosotros hemos dado, sin embargo, otro origen; decíamos que él derivaba de residuos del riñón cefálico; sea como fuere que la extremidad superior del conducto de Müller desaparezca, el pabellón del tubo sería una abertura de nueva formación. Se ha dicho oportunamente, probablemente, porque se trata de cosas aun no muy claras á pesar de los recientes trabajos de Amann.

El riñón primitivo y el conducto de Wolff se atrofian y quedan los siguientes vestigios: la porción genital de los canalículos del riñón primitivo, como ya hemos dicho, en parte aparecen en el bulbo del ovario bajo forma de tubos medulares y cordones epiteliales á veces munidos de cilias vibrátiles, y en parte se transforman en el cuerpo de Rosemmüller ó epiooforón. La porción urinaria

de los mismos canalículos de igual modo se atrofian y aparecen bajo forma de pequeños cordones epiteliales rosáceos hacia el ángulo uterino, allí donde se inserta el ligamento útero-ovárico; digamos entre tanto que á estos elementos se le ha dado el nombre de cuerpo de Kobelt ó de paraoforón. En ciertos animales el conducto de Wolff queda y es conocido con el nombre de conducto de Gartner, en el hombre generalmente no quedan trazas. Pero hemos hecho notar ya que en ciertos casos de conformación anómala, podía quedar bajo forma de un pequeño canal que del ligamento ancho se pierde en el espesor de la pared lateral del cuello del útero.

A propósito de esto agregaremos que Dohrn con una serie de investigaciones hechas sobre más de cien embriones humanos, sacó la conclusión que en el hombre los conductos de Gartner no persisten, que excepcionalmente en la segunda mitad del embarazo, y que el conducto del lado derecho desaparece más tarde que el del lado izquierdo á causa de la presión que sobre este último ejerce la parte terminal del intestino; otras pequeñas anomalías genitales se atribuyen á reliquias del conducto de Wolff. Kochs encontró en el ochenta por ciento de las mujeres sobre los lados de la uretra y un poco atrás dos canalículos; en los cuales una sonda de un milímetro de calibre penetraba de cinco milímetros á dos centímetros de

profundidad, no habiendo constatado en su proximidad tejido glandular, lo interpretó como restos de los conductos de Wolff. Pero Dohrn cree que los pequeños conductos descriptos por Kochs sobre los lados del meato urinario no sean otra cosa que depresiones de la mucosa uretral, porque las trazas de los conductos de Gartner, á causa del adelgazamiento que sufre el tabique útero-vaginal, desaparece completamente hacia abajo. Boehm á su vez sostiene que los conductos de Gartner pueden, volviéndose el sitio de secreción exagerada dilatarse en ampolla, inflamarse y dar lugar á tumefacción del meato urinario, ó simular aun la blenorragia cuando sus orificios de desembocadura se encuentran en el interior de la uretra.

También los ovarios como los testículos, cambian de posición durante su desarrollo: es decir, tenemos un *descensus ovatorium*. Al tercer mes han abandonado ya la región lumbar y más tarde vienen á colocarse en el gran bacinete. Este cambio de posición debe atribuirse al *gobernáculum Hunteri* ó ligamento teres que en la mujer se transforma en ligamento redondo en su tercio inferior y ligamento útero-ovárico en sus dos tercios superiores. En efecto, Wieger ha demostrado que este gubernáculum, al cuarto mes, está en íntima unión con los conductos de Müller, allí donde ellos empiezan á unirse el uno al otro (ángulo superior del cuerpo del útero) y precisa-

mente la porción por debajo á este punto (tercio inferior) forma el ligamento redondo y la porción de encima en parte, forma el ligamento útero-ová-rico (tercio medio) y en parte se lleva al íleo del ovario, bajo formas de fibras musculares lisas (tercio superior.) El ligamento redondo va en el canal inguinal junto con un divertículo del perito-neo que á veces permanece bajo forma de canal de Nuck. Agreguemos que el mesenterio del riñón primitivo se transforma en ligamento ancho.

—

Organos genitales externos.—Del modo que aca-bamos de exponer es como se desarrollan los órganos genitales internos, veamos ahora como se desarrollan los genitales externos. Debemos con tal objeto preguntarnos lo siguiente: ¿Qué sucede en la superficie externa de la extremidad caudal del embrión? Es, en efecto, en esta región que van desarrollándose los órganos genitales externos. En el sitio que corresponde externamente á la cloaca existe una foseta, se pretende que ella es debida á que la hoja intermedia ó mesénquina, (entre la hoja interna que limita la cloaca y la externa que circunscribe dicha foseta), es muy del-gada. Esta foseta está circunscripta en las partes laterales por dos *repliegues* que están destinados á constituir los grandes labios en la mujer y el escroto en el hombre.

En la extremidad anterior de la foseta, después

aparece una pequeña saliencia que se llama tubérculo genital, que está destinado á formar el clítoris en la mujer y el pene en el hombre. Por debajo de este tubérculo se forma una fisura, llamada fisura ano-genital, que se va haciendo poco á poco más profunda hasta llegar á reducirse y destruir la pared inferior de la cloaca y del seno uro-genital. De este modo la cloaca comunica al exterior, por medio de la fisura ano-genital el contenido del intestino y de la alantoide puede ser conducido al exterior del cuerpo. De la pared superior de la cloaca, inmediatamente detrás del seno uro-genital y de la desembocadura del tubo de Müller, va poco á poco desarrollándose un espolón de tejido que desciende abajo hacia la abertura externa de la cloaca misma, y que divide la fisura ano-genital ó canal de desembocadura de la cloaca en dos porciones, una porción posterior ó intestino recto y ano; y otra anterior ó ingreso del seno uro-genital. Este espolón está ayudado en el proceso de división de la fisura ano-genital por dos pliegues que se forman sobre las dos partes laterales de la cloaca los cuales se unen con ellas hacia la línea media. Este tabique, que al principio es delgado, va espesándose cada vez más y más con el progreso del desarrollo y aleja cada vez más la parte anal de la parte urosexual.

Así se forma por detrás de la región genital el periné, el canal y el orificio anal. El conducto anal que

se encuentra entre el recto y el ano sería según Hermann, de origen mixto; y de una manera precisa de origen ectodérmico en la superficie de las columnas de Morgagni y de origen endodérmico en los espacios intercolumnarios. Pero aun la porción uro-genital del canal de desembocadura de la cloaca que antes fué llamada ingreso del seno uro-genital, sufre modificaciones. De la pared del seno uro-genital, un poco anteriormente á la desembocadura de los tubos de Müller (para ser precisos diremos que se trata de la porción inferior de la alantoide) se desarrolla otro espolón de tejido que descendiendo hacia abajo divide el ingreso del seno uro-genital en una porción posterior ó genital y una porción anterior ó urinaria. Así queda formada la uretra y la vejiga anteriormente y queda al mismo tiempo completada la vulva y el ingreso de la vagina posteriormente si se trata del sexo femenino. En efecto los bordes de la primitiva foseta, lo que hizo comunicar la cloaca con el exterior, se transforma en los pequeños labios y al interior de ellos tenemos el vestíbulo y el canal vulvar que nos conduce al himen al cual se atribuye un origen vaginal.

Creemos conveniente decir aun algunas palabras del origen del himen: la mayor parte de los autores están de acuerdo en decir que él es debido á una transformación del círculo ó reborde primitivo mediante el cual los dos conductos de Müller se

abren en el seno uro-genital. Por consiguiente cuando el tabique de división de los dos tubos de Müller, no desaparece y la vagina queda doble, también el himen es doble. Entre los numerosos casos observados por el ilustre profesor Cuzzi, en la clínica de Pavía registra uno interesantísimo á este respecto por lo demostrativo que es. Si el tabique de división de los dos tubos de Müller no desaparece en su parte más inferior, se tiene en el orificio vaginal la presencia de la brida en puente tan bien descripta por Negri.

Esta brida no es otra cosa que una lámina membranosa tendida entre la columna anterior y la columna posterior de la vagina, ella divide netamente en dos mitades laterales el orificio vaginal. En algunos casos que son bastante frecuentes, esta brida es incompleta; se tiene solo una lámina de dos ó tres centímetros, que con una extremidad se une á la columna anterior de la vagina debajo mismo del meato, y con la otra extremidad cuelga libremente por delante del orificio vaginal. Desde que ha llamado nuestra atención esta brida himeneal, se han podido explicar muchos casos que antes pasaban desapercibidos.

Entonces, cuando la vagina falte, es obvio que falte el himen, en todos los casos observados por Cuzzi (ocho), de atresia congénita de la vagina, jamás ha visto trazas de membrana himeneal, si se exceptúa uno observado últimamente. Recuerda

este autor un caso, dice, muy singular, observado en compañía de Bottini y Tibone por la regularidad entre todo el cuerpo y los órganos genitales externos; no había ni trazas de vagina ni de himen y se sentía sin embargo un pequeño cuerpo hacia arriba, que podía considerarse como un rudimento de útero. Sin embargo, algunos autores han descripto la presencia de una membrana idéntica á la membrana himeneal; en relación con los genitales externos, coincidiendo con la falta completa de la vagina; tal es, en efecto, el caso de Fasola, últimamente descripto por Cuzzi. Esta disposición de cosas, ha servido para sostener la independencia de desarrollo entre la vagina y el himen.

La existencia de esta membrana que debe considerarse como *pseudohimen*, se puede explicar, sin embargo, admitiendo una proliferación un poco excesiva del círculo ó reborde de conjunción del seno uro-genital con el ingreso del seno uro-genital. Pero no nos parece que de ese reborde pueda hacerse derivar el verdadero himen, si atribuyéramos á esa membrana un origen uro-genital y no una mülleriana ó vaginal, no podría explicarse el himen doble, la brida en puente, la carúncula uretral del himen, etc. Un argumento de suma importancia que milita en favor del origen mülleriano del verdadero himen, se tendría en que comúnmente faltando la vagina falta el himen,

si el himen tuviese un origen uro-genital, debiera siempre existir en caso de falta congénita de la **vagina**, ya que su suerte estaría á merced de la suerte de los genitales externos y del intestino recto.

CAPÍTULO SEGUNDO

Sintomatología, diagnóstico y pronóstico

Sintomatología. — Es el momento de definir y distinguir dos variedades bien netas de atresia congénita de la vagina: desde luego nosotros dejamos de lado todas las variedades accidentales, es decir, las consecutivas á heridas, contusiones, ulceraciones, seniles, etc., y que se estudian con el nombre genérico de cicatriciales, para ocuparnos de las congénitas.

Hay una atresia congénita completa con ausencia absoluta de tejido vaginal entre uretra y recto, acompañada también de ausencia de órganos genitales internos generalmente; y otra variedad en que se encuentran bridas fibrosas y algunas veces un cordón en el lugar que hubo de desarrollarse la vagina y en que casi siempre se encuentran

los órganos genitales internos en un mayor ó menor grado de desarrollo. Es á esta última variedad á la que pertenece el caso por nosotros observado, y por cierto no tan frecuente como la primera, al extremo que los autores que la han visto algunos pretenden ser los únicos, y aseguran su rareza; esta rareza se explica fácilmente si se recuerda que vagina y útero se desarrollan simultáneamente y tienen un origen idéntico, de tal modo, que cuando hay atresia de uno de estos órganos necesaria y lógicamente debe haber del otro.

Por qué en unos casos hay ausencia completa, en otros rudimentos ó esbozos más ó menos marcados, y por último, perfecto desarrollo de órganos internos, son otras tantas cuestiones que nadie hasta ahora ha resuelto satisfactoriamente por más hipótesis que se hayan emitido; si agregáramos unas más, no sacaríamos por esto la cuestión del misterio teratológico. No pudiendo, por consiguiente, resolver el problema lo dejamos para plantear en adelante con más sólidos conocimientos, y despejar entonces esta incógnita embriológica.

La sintomatología de esta afección es tan pobre como elocuente; durante la niñez la enfermedad pasa casi siempre desapercibida; sin embargo, en algunos casos, en aquellos en que va acompañada de ausencia de útero y anexos, hay un estado

permanente de infantilismo que preocupa á la familia; estas mismas enfermas suelen ser al propio tiempo microcéfalas, degeneradas, con estigmas evidentes; con inteligencia escasa, rudimentaria; de ellas no nos ocuparemos porque hasta ahora nuestra ciencia poco ha podido hacer en su favor; nada práctico podemos indicar; estamos reducidos á la más vergonzosa impotencia: no obstante, la opoterapia deja vislumbrar días más felices, horizontes más risueños á estas desdichadas.

A otra categoría, bajo el punto de vista clínico, pertenecen las que se desarrollan normalmente hasta la pubertad, sin que nada haga sospechar la atresia ni sus consecuencias futuras. En esa época tan transcendental en la vida de la mujer es que siente en todo su ser un malestar inexplicable, malestar que periódicamente aparece, siendo cada vez más molesto, los órganos genitales recuerdan á la mujer su sexo « despierta el dormido monstruo cual nuevo Prometeo », haciendo víctimas de su martirio á estas desdichadas.

El pudor ingénito en la mujer púber, especialmente por una parte, lo relativamente poco frecuente de la afección por otra, hace que por lo primèro la niña se resista al examen ginecológico, y por lo segundo, el médico, que á diario observa crisis dismenorréicas por causas tan diversas como variadas para que el examen no se practique, y continúa por algún tiempo aun este estado de cosas. Pero no

tarda ya en preocupar más y más cuando mensualmente se sufre horriblemente; y á pesar de la edad y perfecto desarrollo de la adolescente, no regla visiblemente, entonces el pudor se echa á un lado, el médico practica el examen ginecológico y la luz se hace; y en efecto, un examen de esta naturaleza, aun poco prolijo, no deja escapar nunca la lesión: es el caso de decir « el ojo ve y el dedo siente » la carencia de órgano; la silla ginecológica es la reveladora del secreto misterio que por tanto tiempo no solo ignoró la enferma, sino que aun el médico desconoció. Pues bien, es á esta categoría de atresias en la que encuadra perfectamente el caso cuya observación clínica se encuentra al final de esta tesis, y que tuvimos oportunidad de asistir de cerca en el servicio de nuestro distinguido maestro doctor Bazterrica, siendo su interno.

Naturalmente que en estas crisis dolorosas mensuales pueden observarse todas las gradaciones imaginables, y es muy común observar que cuando se inician, son perfectamente soportables, mensualmente van ascendiendo en intensidad, hasta que llegan á hacerse insoportables; tratadas ó no estas enfermas por medios paliativos, concluyen siempre por exigir les supriman por lo menos esos dolores. Tan intensos son estos que desgarran el alma, solo la morfina los alivia momentáneamente; en nuestra enferma eran de tal naturaleza, que

la valiente sanjuanina, al notificarle lo grave é importante de la operación á practicarle, sin disimularle siquiera su tal vez fatales consecuencias, contestaba con toda entereza que la muerte misma era bien poca cosa comparado con lo que así sufría.

Se inician estos dolores por una sensación de pesantez en el bajo vientre, con zonas dolorosas ováricas á la presión y espontáneamente irradiándose estas hacia la región renal, muchas veces van acompañadas por vómitos que suelen hacerse incoercibles, con cefalalgias, ataques histeriformes ó epilépticos, simulando así afecciones bien distintas, si el examen se hace superficial.

El tacto rectal nunca debe dejar de hacerse, porque él da siempre enseñanza preciosa; no sólo por él se constata la existencia de útero y anexos, sino que también nos indica con bastante exactitud su estado, porque si bien es cierto que la matriz en hematometría algunas veces toma tales dimensiones que puede aparecer como un útero grávido, y entonces el tumor se hace bien visible y por anamnésicos sospechable; hay otras no menos frecuentes y dando síntomas aun más ruidosos que estos, en que no hay tumefacción aparente y el tacto rectal solo es capaz de revelarlo de una manera manifiesta. No únicamente el útero puede hallarse aumentado de volumen, sino que también las trompas en hematosalpinx y los ovarios aun

congestionados, aumentados de volumen ó quísticos, dolorosos espontáneamente y á la presión.

Con este examen físico y con el agregado de los síntomas sugetivos dados por la enferma es sumamente sencillo llegar al diagnóstico preciso; la reunión de ellos son patoneumónicos. Por consiguiente, creemos superfluo hacer diagnósticos diferenciales con otras afecciones que pudieran simularla, porque en rigor solo que no se examinase la enferma, lo que no es siquiera concebible, podría confundirse con otras afecciones similares.

Pronóstico.—¡Cuán distinta es la suerte de estas enfermas después de las atrevidas tentativas de Amussat! ¡Con qué beneplácito entonaríamos un himno más á las conquistas siempre crecientes de la cirugía moderna! Ayer no más condenadas estas enfermas á un fatal ostracismo sexual para concluir con la vida en breve plazo, puede hoy vanagloriarse nuestra ciencia de retar á la naturaraleza misma, corrigiendo defectos que por una aberración del destino quiso poner en una de sus más bellas obras. El pronóstico sombrío de otrora es hoy halagüeño; ya no mueren por septicemias, rupturas uterinas, peritonitis, como consecuencia de menstruaciones efectuadas en la gran serosa; ya no están condenadas á ser del género neutro y aun pueden cumplir con la consigna: pueden aspirar á ser madres! Y no se crea que esto sea una bella utopía; bastaría para dar mérito á esta

aseveración los casos de Emmet y Fletcher, que, como se sabe, con solo rudimentos de genitales internos llegaron á concebir y llevar á feliz término el producto de esta concepción, después de la intervención. Es, pues, el pronóstico benigno siempre, variando solo en detalles.

Como son tres los casos que pueden presentarse de atresia congénita de la vagina que reclamen nuestra intervención es de las tres que trataremos de dar reglas fijas para su prónostico.

En un primer caso hay atresia y ausencia completa de genitales internos, sea cual fuere la causa que reclame la intervención y que nosotros hemos de estudiar con el nombre de creación de la *vagina moral*, el resultado inmediato será excelente, difícilmente se compromete la vida de la enferma; ahora el resultado alejado es menos bueno en el sentido que por esto no serían susceptibles de ser fecundadas. Bien sabido es cuán frecuente es la neurosis con sus manifestaciones más terroríficas en la ausencia de vagina, esa tendencia alarmante hacia el suicidio, esos estados hipocondríacos tan serios; pues bien, todas esas manifestaciones desaparecen como por encanto después de la creación de la vagina artificial. El pronóstico respecto de la salud, de su mejoramiento inmediato, es excelente, en cuanto á probable fecundidad, se puede afirmar *a priori* que no se conseguirá.

En un segundo caso los genitales internos exis-

ten de tal manera rudimentarios, que á pesar de los trastornos dismenorréicos, aparecidos mucho tiempo atrás; á veces es posible referirlos á muchos años, no habiendo aumento de volumen de los mismos, ni hematometría, hematosalpinx, etc., son órganos estériles; estos también son casos de un pronóstico benigno, casi puede decirse que se obtiene un resultado idéntico al anterior caso; con este abyuvante que aquí es posible esperar producto de concepción; eran de esta categoría los casos de Emmet y Fletcher; sin peligro entonces absolutamente para la enferma la intervención puede dar, y ha dado ya resultados brillantes.

A una tercera categoría pertenecen aquellos casos en que los genitales internos han llegado á un perfecto desarrollo, los cuales al propio tiempo funcionan regularmente. Es esta variedad la más interesante, porque si bien podrá discutirse la intervención en los dos primeros casos, en estos ella no se discute: se ejecuta, y se ejecuta porque se impone perentoriamente, con toda la fuerza de una necesidad imperiosa. En estos casos, sin dejar de ser el pronóstico benigno, debe ser un tanto más reservado, y esta reserva aumenta tanto más cuanto más se haya contemporizado, y desde el primer momento, es decir, si en un tiempo relativamente próximo á la aparición de los primeros trastornos no se ha intervenido. Cuando los fenómenos de retención hayan llegado á tal extremo

que se ha producido ruptura uterina ó más comúnmente anexial, entonces el pronóstico se hace grave. Fuera de estos extremos, que hoy ya nadie tiene el derecho de hacer llegar á su enferma sin que pese sobre su conciencia el remordimiento de su supina ignorancia, el pronóstico continúa aun siendo benigno.

CAPÍTULO TERCERO

Tratamiento

III

Tratamiento.—En la atresia congénita de la vagina no cabe otro tratamiento que el quirúrgico, porque la electrolisis que puede considerarse como médico, no da los resultados que de ellos fuera dable esperar. Ahora bien, en cirugía es bien sabido que dos fundamentales indicaciones hay por llenar: ó bien la intervención es de necesidad, ó esta es de complacencia; pudiendo esta última hacerse de necesidad, cuando en casos como los que hemos de estudiar, se hace una permanente preocupación de parte de la enferma.

Yo me he de colocar en cualquiera de los tres casos que puedan ocurrir y se verá que en cual-

quiera de ellos soy intervencionista, y por qué así opino. Siempre soy partidario de la formación de vagina, aun cuando esta solo sea *moral*. Veamos los distintos casos que pueden presentarse:

—

Primer caso. *Atresia de la vagina con ausencia de órganos internos.* — En este caso en que no sólo no se ha desarrollado la vagina, sino que que tampoco los genitales internos, no pudiendo por consiguiente, traer ninguno de los trastornos de retención que hemos de mencionar en otros casos á estudiar, ha sido muy discutida la intervención; y así, cirujanos de la talla de Tillaux, Duplay y L. Tait, rechazan toda operación, poniendo como pretexto, lo peligroso, lo inútil de la intervención, bajo el punto de vista moral y religioso.

a) No hemos de encarar la cuestión bajo el punto de vista *moral* y *religioso*, aunque no sé qué será más moral, si poner á la mujer en condiciones de cumplir con sus deberes de esposa, ó estigmatizarla para que sea tildada y odiada por algo que ella no tiene absolutamente culpa alguna y que nosotros tenemos el deber ineludible de salvar.

Villar lo ha dicho bien alto en el trabajo que presentó en la Sociedad de Cirugía de París en el año 1895; las objeciones de orden moral y religioso que se oponen á esta operación, pueden ser

muy bien aplicadas en sentido contrario, atenién-dose á la letra misma de los libros sacros. De la lectura de estos libros resulta que la imposibilidad para procrear no es de ningún modo impedimento para el matrimonio. Y ya que la iglesia no repudia ni rechaza el acto carnal estéril, no nos oponemos nosotros de manera alguna á sus leyes cuando colo-camos á la mujer en condiciones de cumplirlo. Y acaso después de una histerectomía total, no queda la mujer en las condiciones de la convagina ar-tificial sin órganos internos? Se le ha ocurrido á alguien, acaso que es inmoral, extirpar un útero fibromatoso ó canceroso, después de lo cual queda la mujer reducida á experimentar únicamente el placer carnal sin esperanza de preñez? Segura-mente no.

b) Es acaso esta operación peligrosa? En otra época, es cierto se registran algunos casos con desenlaces fatales; pero en otra época, es decir; cuando los principios en que descansa la cirugía de hoy, aun no estaban planteados, cuando el conocimiento mismo de la región en que debe practicarse la operación no era suficientemente conocido. En la época en que cirujanos como Nélaton, Billroth, Langembeck y otros no menos eminentes, tenían que contar fracasos por inter-venciones que hoy corrientemente se practican sin que á nadie se le ocurra ni que remotamente pueda haber graves desenlaces.

Autores más modernos han objetado contra la intervención para la creación de una vagina artificial, cualquiera que sea el objeto que se proponga el médico al crearla, argumentos á *prima facie* más contundentes: alegan la posibilidad de herir los órganos vecinos; la fácil ruptura del ó los hematosalpinx que puedan existir en los casos con desarrollo de órganos internos; la infección séptica.

Se dice, es posible herir los órganos vecinos (vejiga, por delante; recto, hacia atrás y fondo de saco peritoneal.) Sí es posible, contestaremos nosotros; esta operación no es siempre fácil, algunas veces el tabique rectovesical es muy delgado y al nivel del punto donde el recto se acoda y se aproxima al cuello uterino, adquiere á veces una delgadez tal que muchos cirujanos no se han atrevido ir más allá por temor de herir órganos vecinos (vejiga, recto.) Y ha habido casos en que la herida se ha producido. Para citar ejemplos, los casos relatados por Breisky y Riedinger, y los citados por Baker-Brown y Stanara.

Sin embargo esto no pasa siempre, ni mucho menos; y prescindiendo de la habilidad del cirujano muchas veces es debido á la disposición anatómica del vicio de conformación. Pues en muchos casos no se trata de una ausencia verdadera sino de un desarrollo rudimentario, de una imperforación de la totalidad de la vagina.

En el triángulo perineal, yendo del meato al ano, hay un cordón fibroso fácil de apreciar, y por el cual el cirujano se guía fácilmente en su trabajo de excavación en las partes profundas. Y en efecto, en estas operaciones los accidentes son más raros de lo que generalmente se cree; por eso no dejan de producirse á veces á tal punto, que algunos cirujanos con el objeto de evitarlos, han propuesto procedimientos operatorios especiales. Pero en fin, si se producen, ¿no son acaso simples accidentes que hoy por hoy todo cirujano sabe afrontar?

Se dice que se puede herir el peritoneo. Será bueno entonces saber las relaciones precisas de la gran serosa en la región pelviana. Más bien que una descripción precisa es una abstracción teórica la descripción dada por Baudry. Si el útero existe, el peritoneo lo reviste por delante y por detrás, llegando á la altura que llega comúnmente. Ahora si el útero falta, la unión de la vejiga y el recto se hace á una altura variable, el fondo de saco peritoneal estará situado más ó menos arriba en el bacinete.

De una manera general, el peritoneo va de la cara anterior del intestino á la cara posterior de la vejiga; á veces se encuentra un pliegue poco marcado de la serosa, yendo de derecha á izquierda; más á menudo existen de cada lado pliegues bien acusados, verdaderos ligamentos anchos,

conteniendo una lámina muscular muy delgada, rudimento de útero, y de donde parten ligamentos redondos; ó bien esos ligamentos anchos son formados por la unión de las dos hojas solamente de la serosa.

Dada esta disposición á esta altura de la gran serosa, se explica bien que pueda herirse alguna vez el peritoneo, pero aun esta posible herida es menos frecuente que la del recto ó de la vejiga. La bibliografía registra solamente un caso de Veit en que este accidente ha tenido lugar, habiéndose constatado la abertura del fondo de saco de Douglas.

Los tumores que antes se explicaban, no tienen su razón de ser hoy que estando como estamos posesionados de la asepsia y antisepsia, podemos de cierto modo abrir impunemente, la gran serosa, vísceras, etc., sin que por esto se comprometa mayormente el éxito operatorio. Cuantas veces estas heridas accidentales se cicatrizan *per priman* sin necesidad siquiera de suturas.

c) Otro argumento se ha dado aun y que nosotros trataremos de demostrar que no tiene mayor fundamento que los dos anteriores y es: *la operación es inútil.*

Seguramente la operación sería inútil si por ella pretendiésemos que la mujer concibiera y se embarazase; sobre todo si los órganos internos estuviesen atrofiados ó faltasen en absoluto, aun

cuando en estos casos, por inverosímil que parezca, suele acontecer á veces. Ahí están las observaciones de Emmet y Fletcher.

Hegar y Kaltembach refieren que Fletcher creó una vagina artificial en una mujer de veintidós años, en la cual no se observaba ni fenómenos de molimen menstrual, ni tampoco de retención; no había hematometría ni hematosalpinx; ni el tacto rectal daba otra cosa que un útero del tamaño de una avellana; la vagina obliterada, los órganos internos estaban atrofiados casi en absoluto; casada esta mujer, que ignoraba su manifestación teratológica, á pesar de sus ausencias de reglas y solicitada por su esposo á cumplir con sus deberes conyugales, este nota la imposibilidad de satisfacerlos á pesar de reiteradas tentativas. Consultado Fletcher ve la uretra dilatada por estas repetidas tentativas de coito y constata la ausencia completa de la vagina; propone la creación de una, y la ejecuta.

Cuál no sería su sorpresa cuando al poco tiempo sabe que su enferma ahora regla (cosa que él no esperaba dado lo rudimentario de sus órganos internos) y después se embaraza! Eventualidades tan felices no son seguramente de todos los días, pero por raras que sean bueno es dejar constancia de ello. Si nosotros pretendiéramos resultados tan completos como el que acabamos de relatar, que va más allá de lo que es dable esperar, que

sobrepasa á toda previsión del arte, naturalmente que en muchos casos nuestro pronóstico fracasaría y mirado desde ese punto de vista la operación sería inútil. El coito en otras condiciones no siempre es fructífero y por eso no deja de ser, pese á quien pese, una función fisiológica que hay que cumplir. ¿Cuántas veces se ve á estas mujeres que no pueden cumplir con esta función volverse irascibles, nerviosas, histéricas, con tendencias al suicidio? Ellas nos piden las pongamos en condiciones de cumplir con sus deberes de esposas; hagámosles pues una vagina artificial y quién sabe si además no concluyen por satisfacer, gracias á nuestra intervención, con un deber más sagrado aun, con el deber de madre.

—

Segundo caso.—*Atresia de la vagina con fenómenos de molimen menstrual.*—Si crisis dismenorreicas mensualmente se producen con todo su cortejo sintomático, y hecho el examen ginecológico no se constata sino rudimento de útero, lo probable, lo casi seguro, es que los ovarios existan y funcionen con toda regularidad. ¿Qué conducta debemos observar ante casos semejantes? La operación de Battey, ha sido propuesta y ejecutada con éxito por Las Casas dos Santos y con resultado menos feliz por Zanffer, Langembeck, Peasbee y Kleinwachter; y con verdadero fracaso por Stranch, Duvelins y Boursier. En conclusión siempre el

éxito es más que dudoso [1] y esto por lo que respecta al resultado inmediato de la operación; en cuanto al definitivo está por demás sabido todos los trastornos que trae aparejado consigo en una mujer joven la castración ovárica, tan vulgar que el novelista más popular y fecundo, que acaba de morir tan trágicamente, ha justamente fustigado con mano maestra á esos operadores *à outrance* que en su entusiasmo quirúrgico han empobrecido á la patria por la disminución de nacimientos, y sumido en la desgracia á tantas pobres enfermas, que vagan hoy de consultorio en consultorio buscando remedios para lo que ya no podemos remediar.

En presencia de tales consideraciones nosotros no trepidamos en rechazar tal intervención y proponemos lo siguiente:

En primer término proponemos como siempre la creación de una vagina artificial y en relación directa con el útero por rudimentario que este sea; de este modo nos aproximamos á lo que debía ser naturalmente. Si por esta intervención se fracasase habría entonces siempre tiempo en recurrir á una intervención más seria, la que consistiría en la extirpación de ovarios sí, pero no completamente sino dejando una parte por pequeña

---

(1) Hoy, sin embargo, el pronóstico de esta operación ha mejorado considerablemente.

que fuese: con ella las funciones internas propias de esta glándula se cumplen y no es probable que los trastornos á que hemos hecho referencia aparezcan, y como ya hemos hecho la vagina, la parte material y moral queda satisfecha.

Creemos que siempre se debe tentar la conservación de los órganos internos porque muy á menudo después de la formación de la vagina se han visto á útero, trompas y ovarios rudimentarios llegar á su completo desarrollo. Bien vale la pena entonces en todo caso hacer correr á nuestras enfermas los albures de una segunda intervención.

—

Tercer caso. — *Atresia de la vagina con fenómenos de retención menstrual.* — La indicación formal y urgente en este caso especial es de dar salida al líquido acumulado en el útero y anexos y hacer cesar cuanto antes los fenómenos de retención. Se debe intervenir entonces tan rápidamente como sea posible antes que el útero haya alcanzado dimensiones considerables y que las trompas no se hayan dilatado; esta manera de ver no da lugar á dudas y si los casos anteriores se discuten, en estos todos los autores están de acuerdo. Pero no bastará vaciar la hematometría y los hematosalpinx si existiesen, es preciso dejar á la mujer en condiciones en que mensualmente pueda reglar, es necesario dejarle á estas enfermas un ancho canal por donde pueda hacer salida el

derrame menstrual. Entonces debemos rechazar en absoluto en estos casos los medios paliativos, tales como la incisión ó la punción por la vejiga preconizada por Simón y Spiegelberg, y las punciones por el recto que tanto recomiendan Scanzoni, Dubois y Baker Brown, y con mayor motivo repudiamos las incisiones parasacras y pararrectales que otros han pretendido poner en boga. El proceder de elección consiste en la creación de una vagina artificial por cualquiera de los procedimientos que más tarde hemos de pasar en revista, aunque desde ya podemos adelantar que será el procedimiento mixto ó el autoplástico el que ejecutaremos. Esta creación de vagina por otra parte no ofrece grandes dificultades, sobre todo en estos casos, porque muy á menudo la vagina no falta tampoco completamente y en cuanto á las tan temidas complicaciones é infecciones hoy no hay por qué temerlas.

Si no fuera suficiente motivo para decidirnos á la intervención la probable hematosalpingitis, la posible ruptura de la trompa ó la penetración de sangre en él peritoneo, hay todavía una razón de mayor peso, que nos obliga á ser intervencionistas, y es que la sangre en retención, tal vez por infecciones banales y llenando las condiciones de la teoría de la cavidad cerrada, ó porque la infección venga por vía linfática, encontrando allí un medio propicio, va á la purulencia.

Por otra parte, la simple estancación de líquidos no es indiferente á traer aparejado consigo consecuencias fatales, y Mathews Duncan ha visto casos de septisemia y de peritonitis, sobreviniendo á consecuencia de retención de sangre menstrual que se parecía mucho á la fiebre puerperal, en la cual no había ni ruptura ni derrame de líquido por las extremidades abiertas de las trompas de Fallopio» (?)

Raramente sucede que la retención menstrual llegue á un grado tal que las trompas se hayan dilatado de una manera considerable.

Sin embargo, eso pasó en nuestro caso. ¿Qué hacer en tal emergencia?

La mayor parte de los autores creen que se debe abrir cuanto antes la hematometría.

Riedinger es de opinión contraria. Él cree que primero se debe proceder á la salpinguectomía, y recién cuando la mujer está bien de esta primera intervención proceder á la creación de la vagina artificial, para permitir la evacuación sanguínea. En apoyo de esta opinión este autor cita un caso en el cual por obrar en sentido inverso tuvo que luchar contra una peritonitis séptica, que luego dejó tal cúmulo de adherencias resistentes, que casi hicieron imposible la laparotomía; ella fué tan laboriosa, que duró próximamente tres horas.

Otro argumento que se da en favor de empezar la intervención por la laparotomía es que algunas

veces la creación de la vagina artificial presenta tales dificultades que no siempre es po ible llevarla á feliz término. En estos casos, se dice, la laparotomía se impone ejecutarse *d'emblée*.

Cómo nos comportaremos nosotros entonces en presencia de casos semejantes es lo que nos proponemos fijar. No participamos de la idea de ejecutar la intervención, ni empezando por la laparotomía como quiere Riedinger, ni por la formación artificial del órgano copulador, como pretenden otros. Haríamos siempre lo que se hizo en nuestro caso: en la misma sección y en dos tiempos ejecutaríamos la operación, empezando por la laparotomía por razones que son obvias; las condiciones de asepsia absoluta en que debe practicarse, la dificultad que hay en aseptizar completamente la región bulbar, donde pululan normalmente tantas colonias bacterianas, explican el por qué de esta preferencia; dicho está que un examen previo y todo lo prolijo deseable ha sido hecho y ha dado margen á esta laparotomía, y los hematosalpinx han sido diagnosticados de antemano, si ellos no existieran bastaría entonces con la formación de la vagina artificial.

No comprendemos por qué se discute tanto por dónde debe empezarse la operación cuando salta á primera vista que lo que hay que ejecutar en las mejores condiciones es lo primero á efectuar, y creemos sinceramente que ni siquiera debía

haber merecido los honores de la discución que á nuestro juicio es bien simple, como no nos explicamos tampoco por qué se ha de exponer á los albures de dos intervenciones á una enferma que perfectamente en una sola sección puede librársela de sus padecimientos.

Dejando sentada nuestra actitud en casos semejantes, veamos la técnica á emplear en el acto operatorio. De la salpiguectomía no hemos de ocuparnos, porque su descripción se encuentra en todos los libros y no tendría otro mérito que alargar los límites de esta tesis sin objeto práctico; no así la descripción de la formación de vagina, que aun se encuentra diseminada por revistas y periódicos.

Creación de la vagina artificial

Su téenica

Varios son los procedimientos operatorios que se han preconizado para la creación de la vagina artificial. Después de una descripción somera, tra-

taremos de indicar á nuestro juicio el mejor y el que adoptaríamos para su ejecución.

1.º *El procedimiento llamado de la incisión.*— Este procedimiento, por cierto el más antiguo y también el que mayor números de fracasos ha dado en manos tan hábiles como las de Haen, Macfarlam y Maisonneuve, consiste simplemente en lo siguiente:

Colocada la mujer en la posición de la talla y habiendo colocado un catéter en la vejiga y un dedo en el recto, se corta transversalmente á pequeños golpes de bisturí ó de tijera los tejidos interpuestos entre estos dos órganos hasta llegar á la bolsa sanguínea ó á una profundidad suficiente. Se opera entonces, siempre con instrumento cortante; esto explica el por qué de producir con facilidad heridas serias de los órganos vecinos y el por qué de los fracasos precitados. Como si este resultado inmediato nada halagador, por más que hoy no tenemos por qué temer tanto por razones que ya hemos relatado, el resultado alejado es aun peor, puesto que casi fatalmente se produce la retracción cicatricial primero, y la obliteración completa luego; de tal modo, que con este procedimiento lo que habríamos conseguido sería, al fin y al postre, haber substituido una atresia congénita por una cicatricial.

Sin embargo, no siempre pasa así, y resultados

más felices pueden conseguirse, tales como el caso de Huguier, registrado en la tesis de Le Fort, en cuyo caso este cirujano solamente con el bisturí se abrió paso hasta llegar al cuello; la operación fué con tal éxito, que la enferma curó y pudo contraer matrimonio. Otro caso, no menos feliz, ha sido el operado por Richet y con idéntico ó mejor resultado aun si cabe. Esta enferma, dedicada á la prostitución, podía ejercer sin inconveniente alguno su vergonzosa profesión.

—

2.° *Procedimiento ó el de rechazamiento.*— Amussat, el primer cirujano que ha intentado la creación de la vagina artificial, en 1832, ideó el procedimiento siguiente: Efectúa una pequeña herida en la ranura bulbar, y luego, paulatinamente y á diario, va rechazando vejiga hacia adelante y recto hacia atrás, y habriéndose camino al través de estos órganos; necesita este cirujano para conseguir su objeto unos quince días, al final de los cuales recién llega á la altura del foco sanguíneo. En boga este procedimiento en la época del atrevido y valiente Amussat, hoy ha caído en completo desuso por razones bien explicables; en primer término, á veces la intervención urge y no es posible esperar tanto día sin comprometer la vida de le enferma, sin contar con lo paciente y engorroso del procedimiento; y en segundo término, los resultados definitivos no son mejores

que la incisión simple; aquí hay también marcada tendencia á la cicatrización.

—

3.° *Electrolisis.* — En la sesión del 1.° de abril de 1876, de la Academia de Medicina de París, Le Fort presentó una enferma curada por un procedimiento que le pertenece. Se trataba de una mujer de veintiséis años, que desde los quince venía sufriendo de trastornos generales que acompañaban á los períodos menstruales y que á falta de vagina las reglas habian sido reemplazadas por hemorragias suplementarias: hemoptisis, epistaxis, hemorragias por la piel de las piernas que se hería, acompañadas siempre de dolores terribles, atroces. Por estos dolores ingresó al Hospital de la Piedad, de París, en 1872, donde León Labbé le practicó sucesivamente diez operaciones (!) sin obtener ningún resultado; solo consiguió un infundíbulo bulbar de algunos centímetros de profundidad. Cansada de tanto fracaso, tantos como tentativas se hicieron, ella abandonó el hospital, después de una estadía de largos meses. En 1875 ingresa de nuevo al Hospital Bonjean, buscando alivio á sus males; demás está decir que las hemorragias suplementarias continuaban, lo mismo que los dolores. Anger le practicó la undécima operación, que trajo como consecuencia una pelviperitonitis grave y como resultado aumentar un poco el infundíbulo bulbar. En tales condiciones,

dice Le Fort, y con una enferma completamente desilusionada, le proponemos un tratamiento nuevo asegurándole con él la curación. ¿En qué consiste este tratamiento? en lo siguiente: Él coloca un cilindro de madera terminado por un embudo metálico, puesto en relación con el polo positivo de una batería de pequeños elementos de sulfato de cobre, el polo negativo va á una placa metálica recubierta por un paño mojado y que se coloca sobre el abdomen; se usa una corriente débil con objeto de que no provoque dolores y que solo dé escaras en los puntos en que hay contacto metálico.

Este dispositivo se coloca y se deja toda la noche; poco á poco el polo positivo excavó la vagina en el tabique rectovesical, dice este autor, y el 26 de febrero había llegado ya hasta el cuello uterino, pues por primera vez en su vida esta mujer tuvo sus reglas, aunque el derrame menstrual era poco abundante y todavía salía con dificultad, con dolores abdominales y fué acompañado de una pequeña hemoptisis. Continuamos nuestro tratamiento, dice Le Fort, y al mes siguiente, que ya había un canal suficientemente amplio, la menstruación se produjo normalmente, sin dolores, y desde entonces continuó haciéndose con toda regularidad; el 1.º de julio de nuevo trató de idéntico modo á su enferma Le Fort, con objeto de dar más amplitud á la vagina; el 26 del mismo mes

pudo colocarse un buen espéculo y se constató que el cuello uterino era pequeño é irregular, que él se encontraba á diez centímetros de distancia de la superficie bulbar, y la histerectomía dió cinco centímetros.

Sin negar el éxito obtenido por Le Fort, este procedimiento, como el de Amussat, tiene, entre otros, el inconveniente de ser sumamente lento; expone á la abertura de vejiga y recto cuando caen las escaras; y si fué bueno en su época y si se quiere constituyó un progreso, no tiene su razón de ser hoy en que no se temen las infecciones sépticas. La prueba es que Le Fort no ha encontrado imitadores y no sabemos que él mismo lo haya ejecutado después.

Debíamos citar todavía procedimientos que son análogos á estos: nos referimos al empleo de substancias químicas, caústicas y el termocauterio; son estos métodos sin importancia; *sólo tienen* un interés histórico.

—

4.° *Incisión y desprendimiento ó método mixto.* — Este procedimiento creado por Dupuytren, ha sido puesto en práctica por distintos cirujanos, modificándolo hasta llegar á practicarlo en la forma perfecta en que la ha hecho Polaillon. Veamos en qué consiste.

A igual distancia de la uretra y del ano se hace con el bisturí una incisión transversal y con

ayuda de los dedos ó con instrumento, romos se trata de defender las paredes de la vejiga de las del recto.

Tan pronto como, gracias al desprendimiento, se haya llegado muy cerca de la bolsa, de modo que se sienta su resistencia, se coloca un trocart y se deja derramar un poco de líquido; en seguida se retira este trocart y se le reemplaza por una sonda acanalada y con ayuda de un bisturí con punta roma, se incinde lateralmente sobre la sonda.

Este manual operatorio conviene sobre todo en aquellos casos en que hay útero que dé sangre en las épocas menstruales, ya se acumule dicha sangre en la matriz ó en la parte dilatada de un rudimento de vagina que suele acompañar á este útero en su cuello.

Franck, Dolbeau, Reeve, Da Costa, Thedenat, Molliére, Hildebrant y Polaillon, han operado por este procedimiento, casi siempre con buenos resultados.

—

5.º *Procedimientos autoplásticos*. — Los injertos debidos al genio latino, á la cirugía italiana, sus aplicaciones prácticas pueden discutírsela cuanto quieran franceses y alemanes; hacemos esta digresión, porque nos chocan las ardientes polémicas sostenidas para probar la prioridad sobre la vaginoplastia; por más que la escuela francesa sostenga lo contrario, parece innegable

que ha sido ideado por primera vez por Schlesinger. Picqué se muestra partidario de la autoplastia por resbalamiento; la vaginoplastia no es más que una aplicación práctica de injertos ó autoplastias.

Sin embargo, parece que fué Heppner, de San Petersburgo, que en 1872, por primera vez, practicó este procedimiento en una enferma. Incindió en forma de una H la piel donde correspondía á la futura vagina, creó esta, desligando y haciendo resbalar de adelante á atrás el colgajo superior y el inferior en el canal que concluía de excavar; Crédé y Braithwaite más tarde han usado un procedimiento idéntico; el primero en un caso de estenosis cicatricial; el segundo en uno de atresia congénita.

Otros han empleado un procedimiento semejante con ligeras variantes, entre las cuales pueden citarse entre los cirujanos franceses, á Picqué, Shwartz, Delagéniére, Roux, Draisin.

—

6.° *Procedimiento por heteroplastia.*—Küstner, partidario decidido de la autoplastia y de las transplantaciones, aconseja dividir los pequeños labios desde su base hasta su inserción posterior, disecarlos, desplegarlos y después reunirlos por delante de la bulba en un saco que se introducirá en el fondo del canal vaginal. Pero á veces, dice este autor, este procedimiento es inaplicable;

entonces hay que ingeniarse y buscar por consiguiente, otra cosa. A causa de esta emergencia, es que él en un caso obtuvo un resultado brillante ingertando la mucosa intestinal de un hombre en la superficie cruenta de la vagina artificial, aprovechando que en ese mismo día practicaba una resección de intestino por herida penetrante del abdomen. Otro cirujano, imitando á Küstner, Heliodoro de Swiecicki, ha usado la mucosa intestinal del conejo, con el mismo objeto.

Ahora bien, Mackenvodt que cree, la similitud de mucosa es un dato que no hay que descuidar, prepara en el mismo acto operatorio, una mujer con prolapsus genital y la enferma á la cual hay que hacerle vagina artificial y entonces ingerta en esta, mucosa vaginal de aquella. El procedimiento de Mackenvodt ha ido modificándose; primero se hacía poniendo por separado los colgajos vaginales, cuando en la vagina de nueva creación empezaban los brotes carnosos y luego se hizo, tomando como modelo un espéculo Cusco, un cilindro de mucosa vaginal, el cual por medio de algunos puntos de sutura se unía al cuello uterino cuando este órgano existía, ó si no unos puntos en ansa, con objeto de retirar el espéculo y dejar en su puesto el cilindro epitelial.

7.° *Procedimiento de Snéguireff.*— Merece mencionarse el ingenioso procedimiento ideado y lle-

vado al terreno de la práctica por Snéguireff, cirujano de Moscou. Consta él de dos tiempos, entre los cuales debe haber un intervalo de unos quince días.

La enferma operada por este cirujano era casada y tal desesperación tenía por no poder efectuar el coito que en distintas ocasiones trató ella misma formarse una pseudovagina, punzándose en la región bulbar con cuanto instrumento le caía á mano y le parecía propio para este objeto; hoy era simplemente con un clavo, mañana con un punzón, etc., y siempre con un estoicismo que da la medida de lo que le preocupaba la ausencia del órgano copulador.

La creación de la vagina artificial fué hecha por Snéguireff en esta mujer, á expensas de su ano y de la parte inferior del recto.

Veamos cómo:

—

PRIMER TIEMPO.—La mujer en decúbito lateral derecho; las piernas flexionadas y llevadas hacia el abdomen; la incisión de la piel y de los tejidos subyacentes fué hecha á lo largo del borde de la parte inferior del sacro y á lo largo del coxis, hasta el borde posterior del ano. Se reseca el coxis á través de esta incisión. Con ayuda del dedo se separa el recto del coxis. Después el intestino es desprendido de las partes que lo rodean, y sobre todo, de la vejiga y en una extensión de

unas tres pulgadas á partir desde el ano. Entonces el intestino, llevado con los dedos en la herida operatoria, se secciona entre dos ligaduras; la abertura superior del segmento inferior del intestino se cierra por una sutura continua, de tal modo que la mucosa quede por completo hacia la parte interna. Así se formó la cúpula ó fondo de la nueva vagina.

Ahora bien: el extremo superior del recto se separa más y más de la vejiga y de los tejidos que lo rodean, se tira hacia abajo y se fija en el punto donde fué resecado el coxis; las fibras del elevador lo rodean y ayudan la acción del tercer esfínter anal, evitándose así, dice el autor, la incontinencia de materias fecales.

—

Segundo tiempo.—Se ejecuta el segundo tiempo unos quince días después del primero. Consiste en la formación operatoria de la hendidura bulbar, hecha de la manera siguiente: Se coloca la enferma en la posición de la talla, se introduce el bisturí en el ano y se hiende á través del anillo anal y en todo su espesor, hasta llegar al borde inferior de la uretra; se unen en seguida la mucosa rectal con las partes vecinas por medio de una sutura continua. De este modo el orificio circular del ano ha sido transformado en una hendidura longitudinal, rodeada por los pequeños labios y presentando una semejanza tal con el orificio normal

de la vagina, que aun el más experto, dice el autor, fácilmente lo confunde.

—

Sentado desde luego que la vagina artificial debe hacerse, aun cuando esta solo fuera *moral*, veamos cuál de los procedimientos descriptos es el que más conviene á nuestro objeto.

Nosotros hemos reunido en siete grupos todos los procedimientos ideados con el propósito de hacerle vagina á la mujer que este órgano le falte.

Es indudable que podíamos haber multiplicado aun el número de procedimientos, si por ejemplo cuando hablamos de electrolisis nos hubiéramos detenido en analizar algunos que, en lugar de hacer escaras por medio eléctrico, lo hacen por medio de substancias químicas variadas ó por el termocauterio. Otro tanto podríamos decir cuando hablamos de la *heteroplastia*, en el cual hemos englobado lo que podríamos llamar la *homoplastia*, creado y ejecutado por Mackenrodt.

Los tres primeros procedimientos que hemos descripto, el de la *incisión*, *rechazamiento y electrolisis*, son operaciones que indiscutiblemente marcaron un progreso en su época, y un progreso notable, cuando la mayoría quedaba en la inacción más vergonzosa y rehuían toda intervención

Remontándose á esa época es como se ve que se destacan valientemente y se agigantan las atrevidas tentativas de Amussat, Le Fort y Mais-

sonneuve como para mostrarnos que aun cuando la mayoría se desalienta, no faltan nunca cirujanos geniales que hacen marchar adelante siempre la magna ciencia.

Constituyendo, entonces, un verdadero adelanto estos procedimientos, máxime cuando se tiene en cuenta la época y condiciones en que se efectuaban no son de ningún modo los que hoy debemos poner en práctica. Felizmente, los gigantescos adelantos de la cirugía moderna nos dan la ocasión para que podamos discutir entre los demás procedimientos propuestos, es decir: el *procedimiento llamado mixto ó sea incisión y desprendimiento, el aútoplástico, el heteroplástico* y el muy ingenioso de *Snéguireff;* cualquiera de ellos es perfectamente factible y solo por detalles debemos dar preferencia á uno de entre ellos.

Es indiscutible que el procedimiento ideal es aquel que, no solo construye la vagina, sino que también la deja en lo posible idéntica á la natural, y es precisamente el que yo llamo el *homoplástico*, derivado del *heteroplástico*, el que llena en un todo esas condiciones: hacer el orificio vaginal, revestirlo luego del epitelio propio de la vagina en la forma que se ha dicho, evitando así la posible cicatrización del órgano copulador, convirtiendo la atresia congénita en atresia cicatricial, es el procedimiento que indudablemente debe adoptarse siempre.

Sin embargo, en nuestro caso no se hizo el injerto de mucosa vaginal en la superficie cruenta de la nueva vagina, sino que se practicó el procedimiento que nosotros hemos descripto con el nombre de mixto, el cual da también buenos resultados, aunque queda fuera de duda no es tan perfecto como aquel, por el cual damos nuestra preferencia; las dilataciones con bujías de Hegar hubo que hacerlas por un lapso de tiempo bastante prolongado. No obstante, el éxito más completo en nuestra enferma justifica tal procedimiento; dos años después de la intervención la mujer se encuentra perfectamente y ejecuta el coito sin dificultad. Desaparición de reglas por dos meses y medio y una abundante hemorragia nos da indicios de un probable aborto.

El *autoplástico*, modalidad simplemente del procedimiento de que nos hemos declarado decididos partidarios, esperando solo la oportunidad para ejecutarlo, es como este, excelente: se sabe que el epitelio se adapta; á la función, por consiguiente, el tejido epidérmico, colocado en orificio vaginal, fácilmente se comprende se convierte en pavimentoso estratificado y aun con las glándulas especiales de la mucosa de este órgano.

Ahora, por lo que respecta al muy ingenioso de Snéguireff, creemos que tiene sus serios inconvenientes: en cuanto á la vagina, es innegable que es sugerente y ha de ser notable el parecido

con la natural, pero ¿cómo queda el esfínter anal? ¿acaso el esfínter superior del recto, formado como es sabido por fibras musculares lisas, podrá nunca tener las funciones del esfínter inferior o verdadero? Se dice que las fibras inferiores del elevador coadyuban á fortalecer á aquel, esto es más que problemático y creemos que la incontinencia de materias fecales en el tal procedimiento es inevitable, y no vemos por qué hemos de exponer á tan tristes consecuencias, cuando tenemos á mano procedimientos como el *mixto*, el *autoptástico* y sus derivados, que aseguran del lado vaginal un éxito tan halagüeño y no comprometen absolutamente en lo más mínimo las funciones del recto. Es por esto que rechazamos este procedimiento de Snéguireff.

CONCLUSIONES

I La atresia congénita de la vagina no es una afección tan rara como generalmente se cree.

II La embriología de los órganos genitales no siempre explica satisfactoriamente este vicio de desarrollo.

III Solo la teratología, con sus caprichosas cuan variadas manifestaciones, nos puede dar cuenta de esta malformación.

IV El diagnóstico siempre es fácil.

V El pronóstico siempre benigno.

VI En cuanto á tratamiento no cabe otro que el quirúrgico, siendo, de todos los procedimientos ideados, el que yo llamo el *homoplástico* el mejor, sin dejar de ser buenos tanto el *heteroplástico* ó el que se titula *procedimiento mixto.*

VII Se debe tratar la atresia en cuanto se haya diagnosticado si la mujer ha llegado á la pubertad y se debe tratar siempre aun cuando la vagina solo sea *moral.*

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Clínica ginecológica

SERVICIO DEL PROFESOR DOCTOR BAZTERRICA

M. G., de diecinueve años de edad, de estado soltera, argentina, procedente de la provincia de San Juan, ocupándose en los quehaceres domésticos, entra á la sala décima el 31 de julio de 1900 con los siguientes:

Antecedentes hereditarios. — El padre y la madre han fallecido; el primero no sabe de qué, y la segunda á consecuencia de quemaduras graves. Tenia un hermano que murió de viruela.

Antecedentes individuales. — Ha tenido sarampión en su niñez. Dice haber tenido también viruela, sin embargo, ni en su semblante ni en su cuerpo se notan sus huellas. Ha padecido por repetidas veces de amigdalitis flegmonosa hasta hace próximamente un año.

Enfermedad actual. — Aunque no puede precisar con seguridad desde qué época sufre, parece que su enfermedad se inició á la edad de trece años.

Todos los meses y durante tres días, sufría dolores en el bajo vientre, principalmente al nivel de ambas fosas ilíacas, irradiados algunas veces á las caderas. Nunca fueron estos dolores acompañados de *molimen menstrual;* eran dichos dolores muy intensos y continuos, á tal punto, que la obligaban á mantenerse en el lecho y adquirían toda su agudeza principalmente en el segundo día. Durante estos tres días de malestar general, la enferma perdía completamente el apetito, teniendo algunas veces vómitos y en otras se veía acosada por un molesto hipo. En este estado se mantuvo durante dos años, al cabo de los cuales notó la aparición de dos tumorcitos situados cada uno en las fosas ilíacas derecha é izquierda y que según la enferma se hacen más voluminosos durante el período mensual doloroso. Estos tumores serían actualmente más grandes que al principio. En el resto del mes. ambos tumores no son dolorosos espontáneamente pero sí á una presión moderada. En esa misma época ingresó en un hospital de la provincia de San Juan, donde el doctor Palacios le hizo una *pequeña operación;* la enferma lo había consultado por sus crisis dolorosas y por su amenorrea; aunque ignora la clase de operación que le han efectuado, esta parece haber tenido lugar al nivel de los órganos genitales externos, sin ningún resultado favorable para la enferma.

La micción ha sido siempre fácil, así como la

locomoción, realizando sus quehaceres domésticos sin obstáculos fuera de las épocas de los dolores. Su vientre ha funcionado siempre bien y con regularidad, comiendo con buen apetito fuera de los días indicados.

Dice no haber practicado nunca el coito, aunque no carezca del apetito sexual.

Sufre algunas veces de cefalalgias.

En tales condiciones y con estos antecedentes entra la enferma al servicio y después de un prolijo examen da lo siguiente:

Inspección. — Mujer de regular estatura, bien conformada, desarrollo mamario perfecto sin estigmas de raquitismo ni de degeneración, ni de otra enfermedad constitucional, caderas bien contorneadas al parecer normales, piel blanca ligeramente sonrosada, monte de Venus bien poblado, lo mismo que el sistema piloso en general, ligera hipertricosis, vientre abultado semejando una grávida de cinco á seis meses. Organos genitales externos nada de particular, se nota á la simple inspección una endidura bulbar normal, grandes y pequeños labios y clítoris regularmente desarrollados.

Palpación.—Se nota á la palpación un tumor que sobrepasa unos cinco á seis traveses de dedo por encima de la arcada pubiana trilobado, un gran lóbulo en la parte mediana, dos más pequeños simétricamente colocados á uno y otro lado

del gran lóbulo medio, la forma de los laterales parece no ser regular; por el contrario el mediano tiene una forma globulosa regular.

Percusión.—Nada de particular, no siendo en la superficie del tumor revelado por la palpación donde la percusión es mate lo que indica que el tumor en cuestión ó es sólido, ó es líquido y este se encuentra á gran tensión.

Tacto rectal.—Da la confirmación del tumor trilobado que la inspección hizo presumir y que la palpación reveló.

En cuanto al examen de los órganos genitales externos, se encuentran normales, grandes y pequeños labios; un clítoris también normal. Separadas las ninfas deja ver una hendidura bulbar normal con su meato hacia arriba, su vestíbulo hacia abajo pero no hay himen y solo un pequeño fondo de saco vaginal.

En estas condiciones entra al servicio y previo este examen se establece el diagnóstico de *imperforación vaginal congénita, hematometría, hematosalpinx doble, ovaritis hipertrófica.*

Se propone la intervención y se practica el 8 de agosto de 1900; operador, doctor Bazterrica.

Anestesia clorofórmica

Primer tiempo. — *Laparatomía.* — Incisión mediana sub umbilical. Oforosalpinguectomía total

del lado derecho; pedículos con catgut y seda. Cauterización ígnea. Resección parcial del lado izquierdo, sutura con catgut, resección también parcial de la trompa izquierda; sutura del orificio abdominal con catgut. Se cateteriza la trompa con cierta dificultad llevando el estilete hasta la cavidad uterina. Resección de un pedazo de epiplón, pedículo con catgut.

—

Segundo tiempo.—Abertura del fondo de saco vaginal; se lleva el cuello del útero á ese nivel y se perfora agrandándose la abertura con una pinza clamps. Sutura con seda del orificio uterino con el fondo de saco vaginal desdoblado y rechazado. Se coloca un tubo de drenage dentro de la cavidad uterina y gasa antiséptica en la vagina recientemente formada.

Drenage de la cavidad abdominal con gasa en la parte inferior de la incisión; se cierra el resto con tres planos de suturas como de costumbre.

Curación habitual. Inyección suero artificial Hayem 800 centímetros cúbicos.

Agosto 9.—Temperatura, 38 grados. Pulsaciones, 104. Inyección suero, 400 centímetros cúbicos.

Agosto 10.—El pulso se normaliza, la temperatura cae á la normal. Se saca el drenage abdominal y se coloca una tira que mantiene entreabierta la incisión del abdomen. Irrigación vaginal.

Agosto 11.—El pulso y temperatura siguen nor-

males. Se extrae la gasa que el día anterior se había dejado en el abdomen y se cierra completamente el vientre.

Agosto 16. — Nada de particular desde el 11 á la fecha. Se sacan los puntos cutáneos y vaginales, un pequeño absceso se ha formado en la parte inferior de la herida abdominal que se trata. Se hacen dilataciones vaginales con gasa.

Agosto 20. —Sigue la enferma en perfecto estado y se inician dilataciones vaginales con bujías de Hegar.

Octubre 4 de 1900. – Sale de alta, curada, habiendo menstruado normalmente en el servicio y con una vagina en buenas condiciones; sin embargo se le recomienda continúe viniendo al servicio para seguir por algún tiempo haciendo dilataciones.

~~~

Examen anátomopatológico

ANEXO DERECHO. — OVARIO. — Del tamaño de un huevo de gallina; escleroquístico conteniendo un gran quiste hemático y cubierto de neomembranas organizadas y quistes serosos.

TROMPAS. — Forma un doble hematosalpinx; el más externo constituido por los dos tercios externos de la trompa, es más ó menos esférico, del tamaño de un puño, de paredes gruesas, conte-
~~~

niendo sangre líquida en el centro y coágulos cruóricos en la periferia; la sangre es negra ó color chocolate completamente modificada; se rompió durante la operación al efectuar la decorticación; el tercio interno de la misma constituye también un hematosalpinx dos veces más pequeño que el anterior; también se rompió antes de ser extraído. Los anexos de este lado estaban completamente cubiertos por la hoja anterior del ligamento ancho.

Anexo izquierdo. — Ovario. — Grande, esclero-quístico.

Trompa. — El pabellón y el tercio externo forman un hematosalpinx del tamaño de una mandarina grande, presentando los mismos caracteres que el anexo derecho. Los dos tercios internos de la trompa, casi normales, presentaban varias estrecheces en su trayecto.

Útero. — Globuloso, grande, sobrepasando cuatro traveses de dedo por encima de la sínfisis pubiana, de superficie rugosa, con vasos varicosos y rodeados de múltiples adherencias y quistes serosos.

El útero como los anexos estaban rodeados de múltiples quistes serosos pequeños; algunos, muy pocos, eran hemáticos. También existían múltiples adherencias pseudomembranosas organizadas.

El útero en retroposición, estaba desbordado lateralmente por los anexos situados en un plano más anterior.

Dos años después de la intervención hemos visto nuestra enferma que se encuentra como mucama en casa de un distinguido médico; nos ha dicho que siempre ha seguido bien, reglando regularmente, solo hará como un año tuvo una retención de unos dos meses, al cabo de los cuales tuvo una abundante hemorragia (aborto?) Ha efectuado y efectúa el coito en condiciones fisiológicas.

El éxito más completo justifica la intervención.

JUAN DIVITO.

Buenos Aires, noviembre 12 de 1902.

Buenos Aires, noviembre 12 de 1902.

Nómbrase á los señores: Académico, doctor Jacob de Tezanos Pinto; profesor titular, doctor Enrique Bazterrica, y profesor suplente, doctor José F. Molinari, para que, constituídos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

UBALLES.

Zenón Aguilar.

Buenos Aires, noviembre 14 de 1902

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis precedente.

«En el local de la Facultad, á 14 de noviembre de 1902, reunida la comisión que subscribe, encargada de informar respecto de la admisibilidad de la tesis del ex-alumno Juan Divito, que versa sobre «Atresia congénita de la vagina», resolvió admitirla. Con lo que terminó el acto. (Firmado) *Jacob de Tezanos Pinto.— Enrique Bazterrica.— José F. Molinari.— C. Robertson*, prosecretario».

ZENÓN AGUILAR.

Buenos Aires, noviembre 14 de 1902

Entréguese esta tesis al autor para su impresión, fijándose por secretaría el día en que debe ser sostenida.

UBALLES.

Zenón Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

En la operación de la hernia inguinal, estrechar el anillo por medio de un punto metálico, no sólo es el peor de los procedimientos, sino que también puede traer funestas consecuencias.

II

La gastrohisteropepsia es una operación inútil y algunas veces puede ser perjudicial.

III

En la luxación congénita de la cadera, el procedimiento de elección es la operación por el procedimiento de Hoffa.

IV

La parálisis infantil espinal y la enfermedad de Little solo curan por la transplantación de tendones.

BIBLIOGRAFÍA

TESTUT. — *Anatomie.*

P. POIRIER. — *Anatomie humaine.*

ROMITI. — *Anatomía.*

SEMPER. — *Il sistema uro-genitale dei plagiostimi*, etc.

BALFOUR. — *On the origin and history of the uro-genital organs of vertebrates.*

O. HERTWIG. — *Trait. d'embryol.* Traducción francesa.

KOLLIKER. — *Embryolog.* Traducción francesa.

BUDIN. — *Recherses sur l'hymen et sur l'orifice vaginal. Bull. de la Soc. de Biolog.*

FASOLA. — *Contrib. allo stud. dell'imene.*

POZZI. — *Traité de Gynécologie.*

F. LABADIE LAGRAVE et FELIX LEGUEU. — *Gynécologie.*

CUZZI ALESSANDRO. — *Trattato di ostetricia e Ginecologia.*

TILLAUX, HARMANT, TERRIER. — *Annales de Gynécologie et D'Obstétrique.*

VARIOS. — *Tesis de Paris.*

POZZI, DOLERIS y OTROS. — *Revistas.*

DUPLAY. — *Pathologie Externe.*

LE DENTU y DELBET. — *Traité de Chirurgie.*

PAUL RECLUS. — *Pathologie Externe.*

THOMAS. — *Maladies des femmes.*