

HEMATOCOLPOS Y HEMATOMETRIA POR AUSENCIA PARCIAL DE VAGINA

Por los doctores Miguel Antonio Rueda, Profesor de Urología, y José V. Concha y Venegas, Jefe de Clínica.

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

Servicio de Urología. (Sala de mujeres).

Cama N° 2. Enferma María del Carmen Pabón, de unos 14 años de edad aproximadamente; fue traída al servicio de Urología el día 7 de abril de 1936, con diagnóstico de incontinencia de orina.

Los *antecedentes hereditarios* de esta enferma nos fueron imposibles de conocer, dado el estado mental de ella; sin embargo, se nos refirió que había nacido en un parto prematuro, pero normal. No damos mayor importancia a este dato, pues no lo hemos podido comprobar.

Los *antecedentes personales* son también muy difíciles de averiguar; es ciega de nacimiento por imperforación de los párpados y en alguna ocasión un médico trató de abrirla el derecho y la enferma dice que vió una claridad; pero este dato no tiene tampoco importancia mayor, puesto que no tenía noción de la claridad u oscuridad, idea que sólo tiene la persona que ha visto y no la ciega de nacimiento. Se refiere que hace un mes, aproximadamente, comenzó a acusar dolores muy agudos en la región suprapubiana y perineal con irradiaciones a la región lumbar, dolores que no sólo eran continuos y con paroxismos, sino que aumentaban en gran manera con la deposición. En este estado fue traída al hospital. Examinada en el servicio, se le encontró lo siguiente:

EXAMEN GENERAL.—El aspecto de la enferma revela un estado general muy deficiente; acostada en decúbito dorsal, la enferma hace constantemente movimientos de la cabeza y de los pies en todos sentidos y tiene un quejido constante. Su aspecto es el de un sér casi en su totalidad anormal; nariz afilada y aguileña, imperforación de ambos párpados con rudimentos de cejas oblicuas; cicatriz palpebral derecha, restos del intento de operación de la cual ya se habló; enferma enflaquecida y de musculatura atrofiada en parte. Cuando siente en sus vecindades la presencia del médico o de las enfermeras, aumenta desmesuradamente los quejidos y no es casi posible un examen, sino a fuerza de mucha pacien-

cia. Su estado mental es el de una idiota, pero a veces responde conscientemente a las preguntas que se le hacen.

Aparato digestivo.—Los dientes están completos y con algunas caries, mal implantados y escotados en forma de sierra; el paladar es ojival y muy profundo; la lengua saburral, y hay mal aliento; la faringe y amígdalas son normales. La palpación y demás exámenes del estómago e intestinos es normal, pero la enferma sufre de una dispepsia con hiperacidez gástrica y mal sabor en la boca. El hígado es pequeño a la percusión y no es doloroso; el bazo no es apreciable por percusión; el orificio anal dá la impresión de encontrarse muy adelante y hay un ligero prolapso de la mucosa rectal; hace deposición solamente con lavados intestinales o laxantes; hay, pues, una constipación obstinada. El tacto rectal revela en la pared anterior de este órgano una gran tumefacción redondeada, lisa, renitente y fluctuante, que comienza a unos tres centímetros del orificio anal y es muy dolorosa; dicha tumefacción creció hasta alcanzar el tamaño de una naranja y nos hizo pensar, dada la edad de la enferma y la circunstancia de no haber reglado, además de su imperforación o ausencia parcial de vagina, como veremos más adelante, en un *hematocolpos con hematometría*, que fue el diagnóstico que luego se comprobó con los demás exámenes y la operación quirúrgica.

Aparato respiratorio.—El tórax de esta enferma es estrecho; se cuentan con facilidad las costillas, debido al estado de enflaquecimiento extremo a que ha llegado; presenta un poco gruesas las extremidades anteriores de las costillas en su inserción con los cartilagos costales (raquitismo). La percusión del tórax revela una sonoridad algo exagerada. Las vibraciones torácicas no se aprecian, debido a la voz de tiple de la enferma. La auscultación revela una respiración un poco soplada y de ritmo frecuente (23 respiraciones por minuto); no hay estertores, soplos, ni ruidos anormales. Este examen es muy difícil, pues la enferma no deja de quejarse.

Aparato circulatorio.—El pulso es frecuente y pequeño y se notan de vez en cuando ligeras intermitencias. La auscultación del corazón revela una tendencia a la igualdad en timbre de los dos ruidos o embriocardia; no hay soplos; la tensión arterial es muy baja, pues la máxima no pasa de 90 y la mínima es de 62 al Vaquez.

Aparato urinario.—La palpación renal no muestra nada anormal; los puntos ureterales no son dolorosos, aunque la enferma se queja con sólo pasar la mano sobre el abdomen. Presenta una incontinenencia que hace que esté constantemente bañada en orina; una sonda uretral blanda encuentra alguna dificultad en su entrada, pero esto se debe a fenómenos de compresión y no a estrechez uretral; la enferma es una retencionista y la orina contiene bastante sedimento y pus. En virtud de un tratamiento apropiado, la orina aclaró bastante y la retención bajó de 100 c.c. a 10 c.c. después de la operación.

Aparato genital.—El examen de este aparato es el más interesante.

Los órganos genitales externos, (grandes y pequeños labios, clítoris, etc.), parecen disminuídos de volumen y ello se debe en parte a que el orificio vaginal no existe y por tanto parece la vulva en conjunto mas pequeña que de ordinario. En el sitio en donde debiera estar el orificio vulvar desemboca la uretra y no se encuentran sino pequeños botones carnosos, sin trazas de orificio vaginal; hay, pues, ausencia de éste y aún de vagina, pues al tacto rectal la tumefacción se toca un poco alta y una sonda metálica introducida en la vejiga se toca como si estuviera en contacto directo con el recto. La vagina no existe, pues, en los dos tercios inferiores. No se puede precisar con la palpación si hay verdadero dolor en la región del hipogastrio correspondiente a los anexos, porque la enferma, como ya vimos, se queja con cualquier contacto, pero no hay plastrón ni defensa muscular apreciable.

Aparato locomotor.—Si dentro de éste se pueden colocar las malformaciones de los miembros, tenemos en esta enferma que en la mano derecha presenta sindactilia del índice con el medio y de éste con el anular, la cual se extiende hasta la articulación de la primera falange con la segunda. La mano presenta además una desviación hacia dentro y en todas las articulaciones metacarpofalangianas y falango-falangianas se nota un aumento de volumen. Presenta en el pie derecho, el dedo correspondiente al anular de la mano, implantado más arriba que sus vecinos, y reposa en la gotera que dejan éstos entre sí; el pie izquierdo es normal. Los miembros son en general muy delgados y atróficos y la marcha es la de una persona muy débil que tiene que apoyarse porque las piernas no soportan el peso del cuerpo.

Organos de los sentidos.—**OJOS:** Hay simblefaron congénito bilateral, que fue ya descrito. La palpación de los globos oculares se hace a través de la piel y se notan atróficos y móviles. **OIDOS:** la enferma oye bien y no tiene deformación auricular apreciable. **GUSTO y OL-FATO:** normales.

Sistema nervioso.—Presenta una hiperestesia generalizada, pero ésta es más bien de origen psíquico que orgánico. La sensibilidad en general es normal. Los reflejos patelares un poco exagerados, y los demás normales.

El estado psíquico de la enferma es muy deficiente; contesta a veces conscientemente a las preguntas que se le formulan, pero en general tiene un temperamento idiota. Sufre, pues, de un retraso mental muy grande y esa es la causa de que sea muy difícil averiguar en ella antecedentes claros.

Evolución de la enfermedad.—Llegada la enferma al servicio de Urología y cuidadosamente examinada allí, se procedió a instituir un tratamiento tónico como preparación para la operación que luégo se describirá. Se hacía funcionar diariamente el intestino por medio de colagogos y laxantes; se prescribió dieta, a causa de una albuminuria de 5 grs. por litro y una azohemia de 0.45 cgrs. por mil. Se hizo inves-

IODALOSE GALBRUN

ODO FISIOLÓGICO, SOLUBLE, ASIMILABLE

La IODALOSE es la ÚNICA SOLUCIÓN TITULADA del PEPTONIODO
Combinación directa y completamente estable del Iodo con la Peptona
DESCUBIERTA EN 1896 POR H. GALBRUN, DOCTOR EN FARMACIA
Comunicación al XIXº Congreso Internacional de Medicina, París 1900

Sustituye Iodo é Ioduros en todas sus aplicaciones sin Iodismo.

Veinte gotas IODALOSE obran como un gramo Ioduro alcalino.
DOSIS MEDIAS: Cinco á veinte gotas para NIÑOS; diez á cincuenta gotas para Adultos.

Pedre Folletto sobre la Iodoterapia fisiológica por el Peptoniido.
Laboratorio GALBRUN, 8, 6: 10, rue de Petit-Musc, PARIS.

Nuevo tratamiento seguro, simple y sin peligro de la **EPILEPSIA**

2 comprimidos

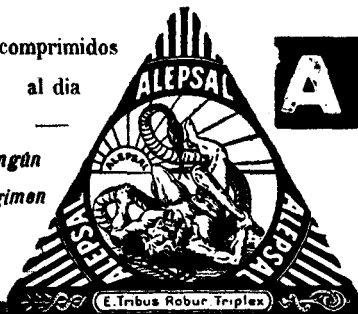
al día

Ningún
érgimen

ALEPSAL

FENILETILMALONILÚREA combinada
Comunicación a la Société Médico Psychologique
de Paris.

Labo. GENEVRIER, 33, Bd du Chateau, Neuilly, Paris



FIEBRES PALUDICAS

Tratamiento por el

DIEMÉNAL

Metales coloidales (Mn-r'e) en inyecciones hypodérmicas

Reemplaza con ventaja la quinina.
Da resultados muy notables en el
Paludismo crónico.

Laboratorio del DIEMÉNAL, 27, rue du Parc, Fontenay-s-Bois, près PARIS

Textos y Muestras:

BOGOTA — Marzio CASTELLANI, Apartado 271

Agentes en Colombia: MEDELLIN - RESTREPO & PELAEZ; CALI - FARMACIA CENTRAL; CARTAGENA - BUSTAMANTE; MANIZALES - DROGUERIA ANDINA.

LABORATORIES AMIDO

A. BEAUGONIN, PHARMACIEN

4, PLACE DES VOSGES, 4 - PARIS

PRODUCTOS	INDICACIONES	FORMAS
Amidal Almidón Parafinado y Fermentos Lácticos.	ENTERÍTIS. DIARREAS. DISENTERIA.	POLVOS. COMPRIMIDOS. OBLEAS.
Backerine Fermentos y Sales de Magnesia.	EPITELIOMAS. CARCINOMAS. SARCOMAS.	AMPOLLAS. OBLEAS. GRAGEAS.
Geneserine Polonovski & Nitzberg.	DISPEPSIA HIPOÁCIDA. SINDROMO SOLAR. TAQUICARDIA.	GRAGEAS. GRÁNULOS. GOTAS. AMPOLLAS.
Genatropine Polonovski & Nitzberg.	DOLORES ABDOMINALES. TRASTORNOS SIMPÁTICOS. DISPEPSIA HIPERÁCIDA.	GOTAS. GRÁNULOS. AMPOLLAS.
Genostrychnine Polonovski & Nitzberg.	PARÁLISIS. ASTENIA. NEURASTENIA.	GOTAS. GRÁNULOS. AMPOLLAS.
Genoscopamine Polonovski & Nitzberg.	ESTADOS PARKINSONIENSES. SINDROMOS POST-ENCEFALÉTICOS ANESTESIA QUIRÚRGICA.	GOTAS. GRÁNULOS. AMPOLLAS.
Genhyoscyamine Polonovski & Nitzberg.	ESPASMOS DIGESTIVOS. CÓLICOS. AGITACIONES NERVIOSAS DIVERSAS	GOTAS. GRÁNULOS. AMPOLLAS.
Vitamyl Vitaminas Concentradas.	RAQUITISMO. ESCORBUTO INFANTIL. TUBERCULOSIS. ALIMENTACIÓN INTENSIVA.	LÍQUIDO.

MUESTRAS MÉDICAS Y LITERATURA A DISPOSICIÓN DE LOS SEÑORES MÉDICOS

DEPOSITARIO PARA COLOMBIA: SEÑOR **LOUIS BANCELIN**

CALLE CALDAS, 20 DE JULIO Y PROGRESO - BARRANQUILLA

tigación de parásitos intestinales, con resultado negativo. La temperatura llegó el día 29 de abril a 39,2 grados y era de grandes oscilaciones; fluctuaba entre los 36,5 y 39 grados; después de la operación bajó definitivamente. El análisis de orina dio los resultados que ya vimos y además abundante pus, leucocitos y células, pero no había cilindros.

Diagnóstico clínico.—Hematocolpos y hematometría por ausencia parcial de vagina, de origen congénito en terreno heredo-sifilítico.

Pronóstico.—El pronóstico era reservado, pues era muy posible que la intoxicación anestésica, el choc operatorio, etc., pudieran conducir a un desenlace fatal; en el curso de la historia se podrá comprobar que eran infundados nuestros temores.

Tratamiento quirúrgico.—La cuidadosa preparación preoperatoria hizo que se resolviera darle anestesia general por la mezcla de Schleich. Posición de talla perineal; incisión transversa bisquiática de concavidad inferior; disección del tabique recto-vaginal con separación completa del recto de dicho tabique que representa la vagina. Se encontró entonces una bolsa de aspecto de vagina distendida, fluctuante, renitente, de color rosado oscuro; incisión de la bolsa, la cual dió salida a una sangre envejecida, de color achocolatado, marsurpialización de esa bolsa al periné por medio de puntos de catgut que unieron los bordes de ésta con la herida de la piel. Creemos que correspondía a la parte superior de la vagina y a la matriz, distendidas ambas por la sangre de la primera menstruación de la paciente. Se dejó drenaje con gasa de la cavidad y del espacio que quedó entre el recto y la bolsa; curación seca y vendaje en T; sonda de Petzer a permanencia.

Evolución post-operatoria.—La enferma mejoró un poco; la temperatura y los dolores disminuyeron paralelamente; pero a los tres días de la operación la misma enferma se quitó la sonda y continuó orinando en la cama; a consecuencia de ello vino la infección de la superficie operada y la temperatura volvió a elevarse hasta 39,5 grados; la supuración fue muy abundante. La enferma estaba constipada con opiáceos. Se instituyó un tratamiento por medio de lavados con soluciones de permanganato de potasio y ácido bórico; la supuración disminuyó hasta acabarse; la temperatura bajó; la enferma no se quejaba y se pudo hacer una dilatación del canal que quedó formado por la operación (vagina artificial), con bujías de Hegar. Salió del hospital por curación el día 14 de mayo de 1936. Se aconsejó la dilatación periódica del canal vagino-perineal, en prevención de nuevas menstruaciones.

Comentario.—Este caso nos ha traído a la memoria algunos datos embriológicos acerca del desarrollo de los órganos genitales femeninos, datos que apuntaremos someramente y que para la mejor inteligencia del caso son de una importancia muy grande.

Como es bien sabido, los órganos genitales de la mujer no se comienzan a diferenciar sino desde el tercero y medio mes de la vida intrauterina. En este tiempo comienzan a atrofiarse los elementos masculinos y a desarrollarse los femeninos. Durante el estado indiferente, los órganos genitales del embrión se componen de una glándula genital que está situada en la parte anterior e inferior del cuerpo de Wolff y de dos canales de cada lado llamados de Muller y de Wolff, paralelos entre sí y los cuales se abren por orificios distintos en la cloaca. Hay que hacer notar que los canales de Wolff se abren siempre allí por dos orificios separados, en tanto que los de Muller se fusionan antes de llegar a aquélla y desembocan por un orificio único.

Hechas estas consideraciones, vamos a ver el desarrollo de los órganos genitales femeninos, para así darnos cuenta de las malformaciones que hemos encontrado en nuestra enferma. En el embrión macho se atrofia por completo el canal de Muller y persiste en el que será hembra. Estos canales se unen con los del lado opuesto en su parte inferior y vienen a í a formar hacia arriba las trompas de Falopio, los cuernos uterinos y las mitades correspondientes de útero y vagina en toda su extensión. Por lo tanto, pueden existir toda una serie de malformaciones por detención del desarrollo de estos órganos; éstas se deberían a la persistencia total o parcial del tabique que separa los canales de Muller entre sí y tendríamos entonces úteros dobles, vaginas dobles y todos los intermediarios entre éstos; también se explican por este mecanismo los tabicamientos vaginales completos o incompletos y las bridas que hacen a veces imposible el coito, la fecundación, y que producen a veces en el parto verdaderas desgracias. Generalmente el tabique del cual hemos hablado y que separa los dos canales de Muller fusionados abajo, se atrofia de abajo hacia arriba y por consiguiente formará la vagina en el mismo sentido.

En nuestra enferma existe la particularidad de que la atrofia se hizo en sentido contrario y se detuvo el desarrollo cuando ya había útero completo y sólo el segmento superior de la vagina; por tanto, el hematocolpos y hematometría de la enferma se produjo en una cavidad formada en su parte inferior por el segmento superior de la vagina y en su parte superior por el útero, el cual se hallaba distendido por el derrame hemático. La parte inferior de la vagina no existía y el orificio uretral se notaba, como ya vimos, en el sitio en donde debiera desembocar la vagina.

Estas son, a grandes rasgos, las consideraciones embriológicas que nos ha sugerido este bello caso.