

CONGRESO NACIONAL DE OBSTETRICIA,  
GINECOLOGÍA Y PEDIATRÍA

23-30 Abril de 1911—Madrid

COMUNICACIÓN

DEL

**Dr. D. Federico Fernández Aleázar**

INSPECTOR PROVINCIAL DE SANIDAD, POR OPOSICIÓN,  
PRESIDENTE REGIONAL  
DEL CONGRESO NACIONAL DE OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA  
Y PEDIATRÍA,  
MÉDICO DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL,  
MIEMBRO DE LAS SOCIEDADES ESPAÑOLAS DE GINECOLOGÍA  
E HIGIENE,  
DIRECTOR DEL CONSULTORIO GINECOLÓGICO,  
ENCARGADO DE LA CLÍNICA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL  
PROVINCIAL, ETC., ETC.



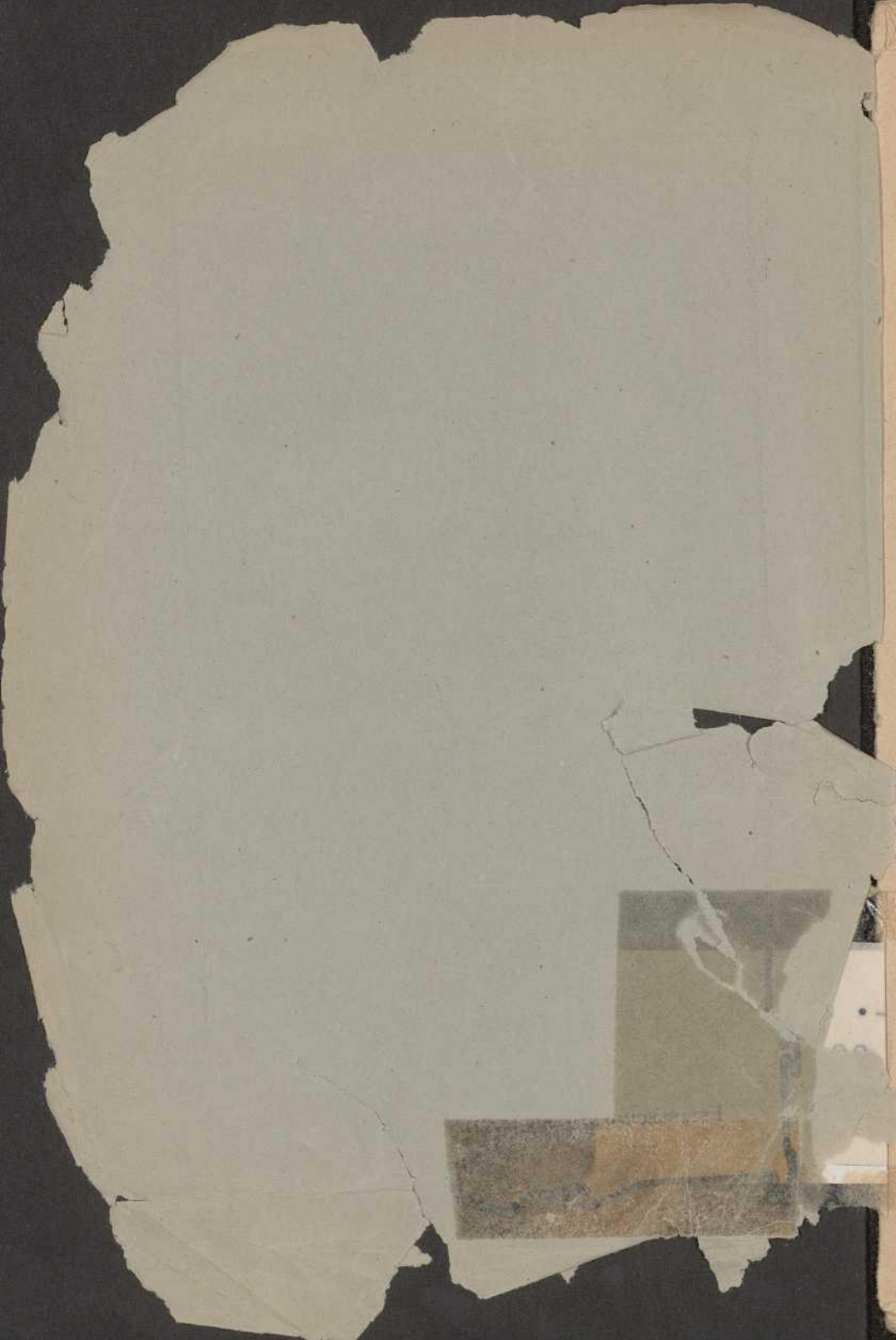
CIUDAD-REAL

OFICINA TIPOGRÁFICA DEL HOSPICIO PROVINCIAL

1911

S.L.C.

32-5



328498

2-10-14-697

S. L. C.  
32-5

CONGRESO NACIONAL DE OBSTETRICIA,  
GINECOLOGÍA Y PEDIATRÍA

23-30 Abril de 1911—Madrid

---

COMUNICACIÓN

DEL

**Dr. D. Federico Fernández Alcázar**

INSPECTOR PROVINCIAL DE SANIDAD, POR OPOSICIÓN,  
PRESIDENTE REGIONAL  
DEL CONGRESO NACIONAL DE OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA  
Y PEDIATRÍA,  
MÉDICO DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL,  
MIEMBRO DE LAS SOCIEDADES ESPAÑOLAS DE GINECOLOGÍA  
É HIGIENE,  
DIRECTOR DEL CONSULTORIO GINECOLÓGICO,  
ENCARGADO DE LA CLÍNICA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL  
PROVINCIAL, ETC., ETC.

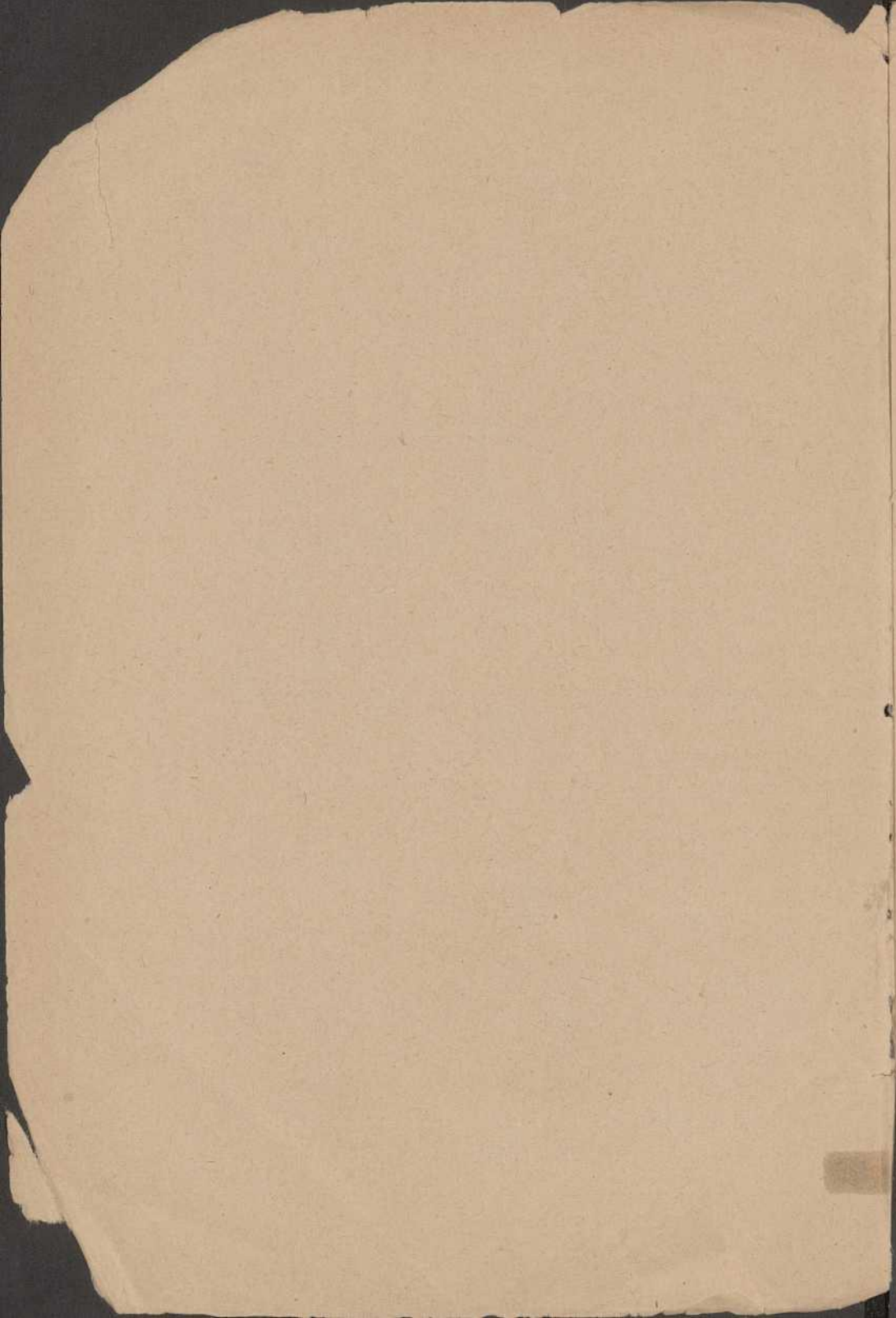


CIUDAD-REAL

ESTABLECIMIENTO TIP. DEL HOSPICIO PROVINCIAL

1911

R. 13. 229





## ESTRECHECES Y OCLUSIONES VAGINALES

---

Señoras:

Sin pretensiones y con el respeto del discípulo ante algunos maestros, voy á someter á vuestra consideración varios casos clínicos de "Estrecheces y Oclusiones vaginales",.

PRIMER CASO.—Claudia Martín y García, de 29 años, casada, segundípara, natural y vecina de Alamillo (Ciudad-Real). Ingresó en la Clínica de Ginecología del Hospital provincial el 22 de Noviembre de 1910, por padecer de parto distócico.

Según manifestaciones de la enferma, su esposo y el Secretario del Ayuntamiento de aquel pueblo, llevaba cinco días de parto, é ingresaba en el Hospital para ser operada, pues según opinión de los compañeros que la habían reconocido, el parto espontáneo era imposible, por estar tabicada la vagina.

El viaje de Alamillo á Ciudad-Real supone bas-

tantes kilometros de caminar en burro y en noche fría (era el 21 de Noviembre) y unos 56 en coches de tercera clase del ferrocarril de la línea de Madrid á Badajoz, material de lo más primitivo que tiene la Compañía.

Reconocida después de su anormal ingreso (el reglamento prohíbe la estancia de las embarazadas y ordena ingresen en Maternidad) por mis compañeros el Médico Decano Sr. Torres y el Médico de la Beneficencia Sr. Montoya, y por el que expone, pudimos comprobar la existencia del embarazo, la buena conformación pélvica de la enferma, la muerte del feto, la existencia de un tabique formado por tejido de cicatriz en el tercio supero-medio de la vagina, con pequeño orificio central (por donde salía orina), rasgadura completa lateral izquierda del periné, con rotura de recto en un trayecto de unos 10 centímetros.

El cateterismo uretral evidenció la existencia de una fístula véxico-vaginal antigua (según la enferma y su esposo databa de unos cuatro años, fecha de su primer parto).

Previa cloroformización, posición obstétrica y lavado aséptico, practicamos una pequeña dilatación digital del central orificio, haciendo después unas incisiones laterales en dirección perpendicular al anillo de tejido fibroso, hasta que por medios mecánicos pudimos dilatar lo suficiente para permitir el paso de la mano y poder diagnosticar la presentación y posición del feto; que era de vértice, teniendo la cabeza en flexión, rotación interna, consecutiva

á primera posición y estando descansando sobre la cara interna del tabique ya descrito.

Mediante una aplicación de fórces, pudimos extraer un feto de nueve meses, bien conformado, pero sin vida.

Inmediatamente practicamos un aséptico lavado intrauterino, procediendo después á la extracción manual de la placenta.

La enferma padeció una metritis puerperal.

Fué operada el 30 de Diciembre de 1910 de su rasgadura perineal y fistula véxico-vaginal.

De tal importancia eran los traumatismos sufridos, que se habían perdido las relaciones anatómicas, y los tejidos normales habían sido sustituidos por extensas cicatrices, lo que hizo difícilísimas ambas intervenciones y que la enferma lograra algún alivio, mas no la curación completa.

Se ausentó de la Clínica por una temporada, donde volverá para ser reoperada.

Expongo el caso para aconsejar, no al Congreso, pues sería una ofensa á la reconocida competencia de todos los Congresistas, y sí á los compañeros no dedicados á la especialidad, que se fijen bien en la manera de aplicar los fórces, caso de obligarles las circunstancias á practicar una intervención que debe ser ejecutada por Médico práctico en obstetricia, así como á no descuidar las heridas causadas en los órganos genitales y á sostener, por medio de gasa, la dilatación de la vagina hasta obtener la completa cicatrización de las rasgaduras.

SEGUNDO CASO.—D.<sup>a</sup> N. N., de 24 años, casada,

natural y vecina de Ciudad-Real: es bien conformada y tiene como antecedentes patológicos el haber padecido la difteria en la infancia.

Como anamnesis—dice—era dismenorréica (de soltera) y padecía de flujo blanco entre una y otra menstruación y habitualmente estreñida (según la enferma).

El cóito le era muy doloroso, quejándose al mismo tiempo el esposo de serle imposible consumar tal acto por algo anormal que notaba á la entrada del conducto vaginal de su señora.

Avisado por ambos, practiqué un reconocimiento á la enferma, pudiendo comprobar por el tacto vaginal la existencia de un incompleto tabique formado por tejido fibroso en la unión del tercio medio con el inferior de la vagina.

Por el tacto rectal y el combinado pude observar la integridad del tamaño y posición de la matriz, así como de los demás órganos del aparato genital.

Dada la intensidad de la estrechez y el estar formado el tabique por tejido fibroso, les propuse la intervención por medio de incisiones laterales, lo cual fué aceptado por ambos.

En Abril de 1910 se efectuó la intervención, mediante incisiones laterales hasta la profundidad del tejido fibroso, previa disección de pequeños colgajos de mucosa vaginal en los sitios de las incisiones.

Los colgajos de mucosa fueron suturados con posterioridad.

La enferma curó bien, haciéndose al poco tiempo embarazada.



El 12 de Abril de 1911 le he practicado una aplicación de fórceps, por estar el feto en occipito-posterior.

La enferma continúa bien.

¿Cuál ha podido ser la causa de esta estrechez vaginal? La ignoro; pero sospecho que han podido contribuir á ella dos concausas: 1.<sup>a</sup> la difteria que padeció de niña, y 2.<sup>a</sup> su habitual estreñimiento. La primera, determinando una vaginitis específica, consecutiva á la infección general, y la segunda, alterando las secreciones normales y determinando (por propagación y continuidad) un buen caldo de cultivo al *vacillus coli*.

Para corregir, y como tratamiento profiláctico-curativo, le dispuse los medios apropiados para combatir el estreñimiento y curar la vaginitis existente.

Ambas cosas han sido logradas.

TERCER CASO.—N. N., de 14 años, soltera, natural y vecina de Ciudad-Real, bien desarrollada y sin antecedentes patológicos.

Según manifestaciones de los padres de la enferma, unos cinco ó seis meses antes de ser reconocida empezó á perder el apetito, á cambiar de color y á notar una sensación de peso en la región perineal.

Del 15 al 20 de los meses referidos aumentaban sus molestias en la región citada, hasta el extremo de presentar vómitos, tener necesidad de guardar reposo absoluto dos ó tres días y obligar al Médico de cabecera á aplicar alguna inyección de morfina, para calmar el intenso dolor que sentía en las regiones vulvo-vagino-perineal.

Tan alarmante consideraron el caso los padres, que fuimos llamados en consulta otro compañero y el que expone.

Por los datos etiológicos suministrados por la enferma, sus padres, y los expuestos por el Médico de asistencia, sospeché, dada su edad, desarrollo y demás síntomas subjetivos, que se trataba de una amenorréica primitiva por obstáculo mecánico; esto es, una joven bien reglada sin que su flujo catamenial tuviese salida externa.

Reconocida resultó tener una imperforación de la membrana himen y consecutivamente un hematocolpos.

El resto del aparato genital era normal.

Una simple incisión transversal, con dilatación poco forzada, fueron lo suficiente para restablecer el conducto vaginal y normalizar su empezada, pero no manifestada, función menstrual, desapareciendo con rapidez su alarmante sintomatología.

La ex enferma continúa en la actualidad muy bien, y hace un año de su pequeña operación.

CUARTOS CASOS.—Entre los muchos casos observados y tratados en la consulta gratuita de Ginecología, expongo cuatro, por la identidad de ellos en cuanto á su etiología.

Se trataba de niñas de escaso desarrollo orgánico, linfáticas, de diez y ocho á cuarenta meses de edad y que habían padecido durante su artificial lactancia, de persistentes diarreas infantiles (según manifestación de las madres).

Por las condiciones sociales de sus padres y gran

parte de abandono é ineducación, la limpieza en todas ellas fué muy deficiente.

Las madres de las pequeñas enfermas manifestaron que sus hijas habían tenido flujo blanco, que salía por las vulvas, con algunas erupciones y grandes molestias (picores).

Las madres—dicen—que en algunos lavados practicados á sus hijas para limpiar los restos de materias diarréicas expulsadas y detenidas (en parte) en las vulvas, nada anormal advirtieron en las primeras veces, pero que, con posterioridad notaron en la región vulvar, flujo blanco, erupciones y erosiones de los grandes y pequeños labios.

Deduzco, por lo que exponen aquellas, que la mayoría de las veces se haría la limpieza con trapos poco limpios y hasta sépticos.

Igualmente dijeron: “en una de las veces que hemos practicado el lavado de nuestras hijas, observamos ser las niñas cerradas, y por eso acudimos á la consulta para que sean tratadas convenientemente esas, para ellas, alarmantes anomalías”.

Una pequeña tracción lateral externa de los pequeños labios bastó para romper la laxa membrana que los sostenía adheridos y curar tan alarmante padecimiento.

Son muy laxas estas membranas por su falta de organización, y poco dolorosas sus roturas por la ausencia de nervios.

Ligeros lavados con agua hervida y un trozo de gasa aséptica entre las superficies adherentes, bastan para evitar su reproducción.

¿Cuál ha podido ser la causa de estas adherencias de los pequeños labios?

Pues una colpo-vaginitis consecutiva á las diarreas infantiles, que han determinado erosiones de los pequeños labios, y por falta de Keratinización de las células de Malpigio, han unido las superficiales y cruentas superficies en ellos producidas por falta de limpieza.

### CONCLUSIONES

---

Del estudio de los casos historiados deducimos las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Que deben ser vigilados y convenientemente curados los desgarros de los órganos genitales producidos en los partos, para evitar estrecheces y hasta obstrucciones vaginales.

2.<sup>a</sup> Que la difteria y la coli-bacilosis pueden ser causa de vaginitis específicas que, al inflamarse y ulcerar la mucosa vaginal y tejido celular submucoso, pueden producir estrecheces vaginales.

3.<sup>a</sup> Que las imperforaciones del himen determinan alarmantes estados con hematocolpos consecutivos, pero fácilmente curables mediante una incisión; y

4.<sup>a</sup> Que las persistentes, mal tratadas y abandonadas diarreas infantiles, pueden convertirse (por falta de limpieza) en causas de colpo-vaginitis, determinando adherencias de los pequeños labios, pro-

duciendo una imperforación de la vulva y entrada de la vagina.

Y termino suplicando vuestra benevolencia, para quien puede decirse que está empezando á ejercer la especialidad en un rincón de la Península, gracias á los conocimientos adquiridos al lado de mi sabio maestro el Excmo. Sr. Conde de San Diego.  
—He dicho.

Dr. Federico Fernández.

Ciudad-Real 22 de Abril de 1911.



