



N.º 2834

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Mr. B. G. M.

ESTENOSIS CONGÉNITA DEL CUELLO DE LA MATRIZ SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN JOSÉ ESPIL

Ex-practicante externo (1910-1911) e interno (1912-1914)
del Hospital Francés.

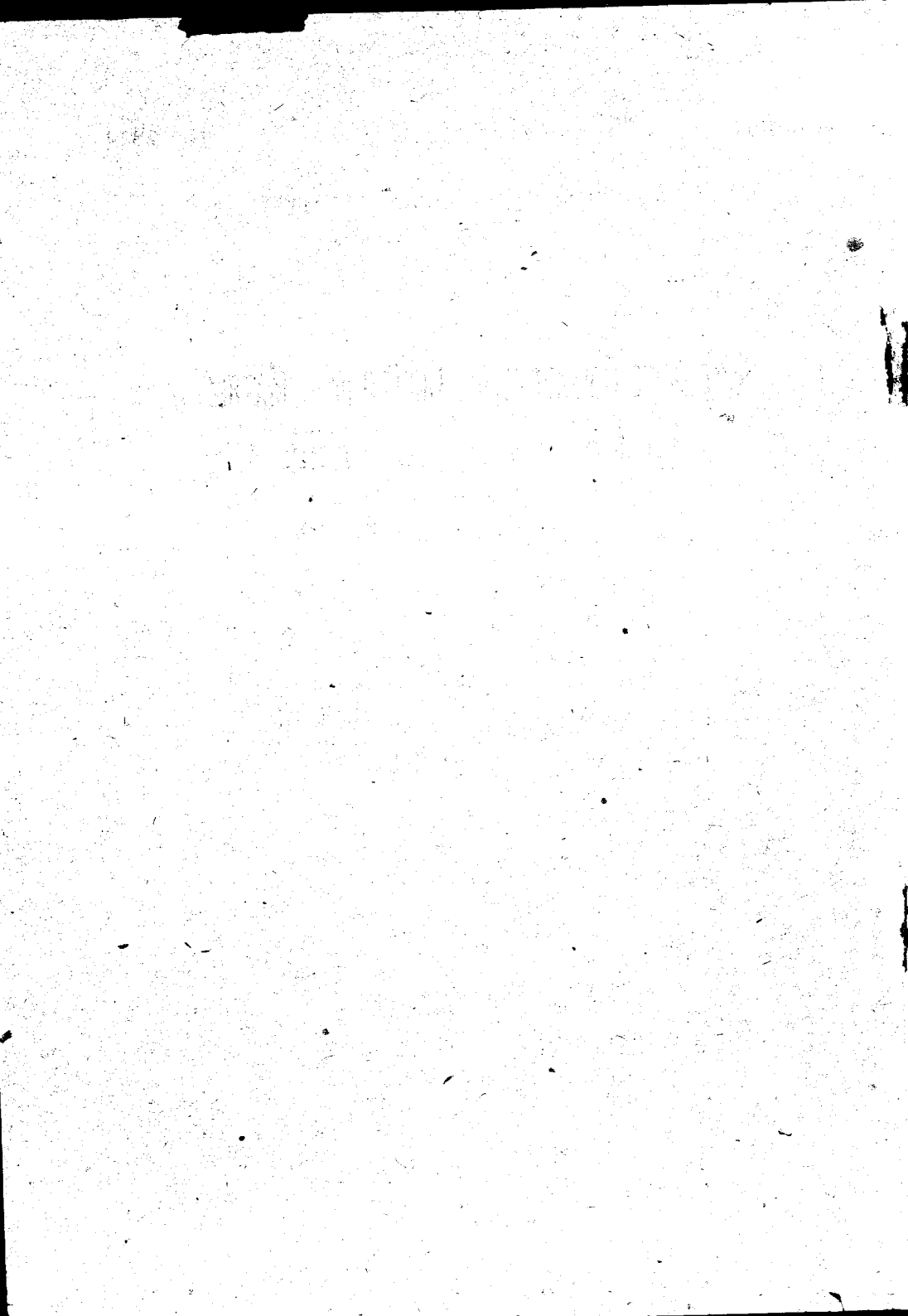
Ex-ayudante de la Cátedra de Bacteriología de la Facultad (1910-1912).

Sub-jefe de Trabajos Prácticos
del Laboratorio de Bacteriología de la Facultad.



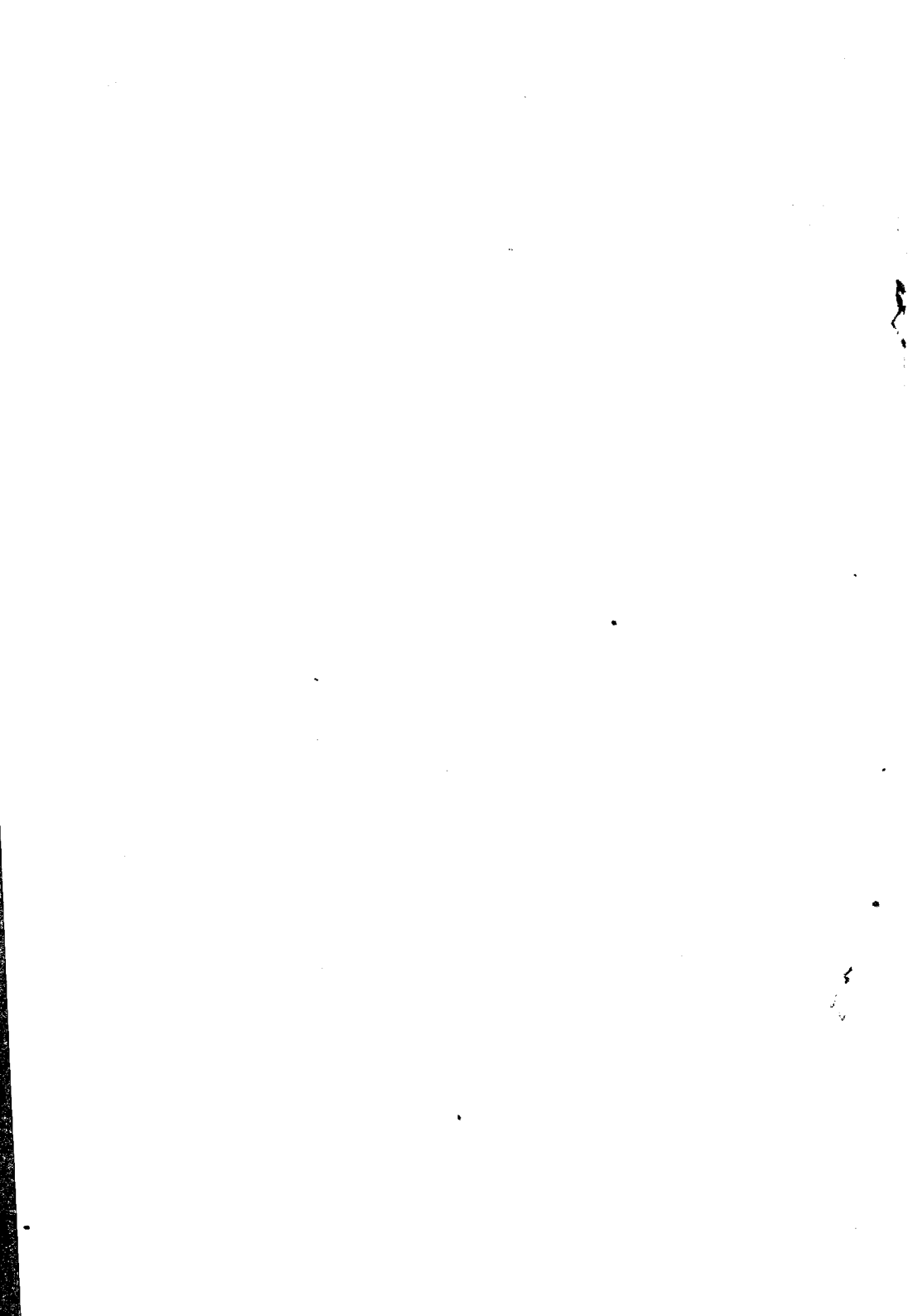
BUENOS AIRES
Talleres Gráf. de L. J. Rosso y Cia. — Belgrano 475

1914



ESTENOSIS CONGENITA DEL CUELLO DE LA MATRIZ

SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESTENOSIS CONGÉNITA DEL CUELLO DE LA MATRIZ
SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN JOSÉ ESPIL

Ex-practicante externo (1910-1911) e interno (1912-1914)
del Hospital Francés.

Ex-ayudante de la Cátedra de Bacteriología de la Facultad (1910-1912).

Sub-Jefe de Trabajos Prácticos
del Laboratorio de Bacteriología de la Facultad.



BUENOS AIRES

Talleres Gráf. de L. J. Rosso y Cía. — Belgrano 475

1914

Mai
1914

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 152 del R. de a F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente:

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente:

DR. D. LUIS GÜEMES

Miembros titulares:

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » EUFEMIO UBALLES
3. » » PEDRO N. ARATA
4. » » ROBERTO WERNICKE
5. » » PEDRO LAGLEVZE
6. » » JOSÉ PENNA
7. » » LUIS GÜEMES
8. » » ELISEO CANTÓN
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » ANTONIO C. GANDOLFO
11. » » DANIEL J. CRANWELL
12. » » HORACIO G. PISERO
13. » » JUAN A. BOERI
14. » » ANGEL GALLARDO
15. » » CARLOS MALBRAN
16. » » M. HERRERA VEGAS
17. » » ANGEL M. CENTENO
18. » » DIÓGENES DECOURD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » FRANCISCO A. SICARDI
21. » » DESIDERIO F. DAVEL
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios:

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » DESIDERIO F. DAVEL

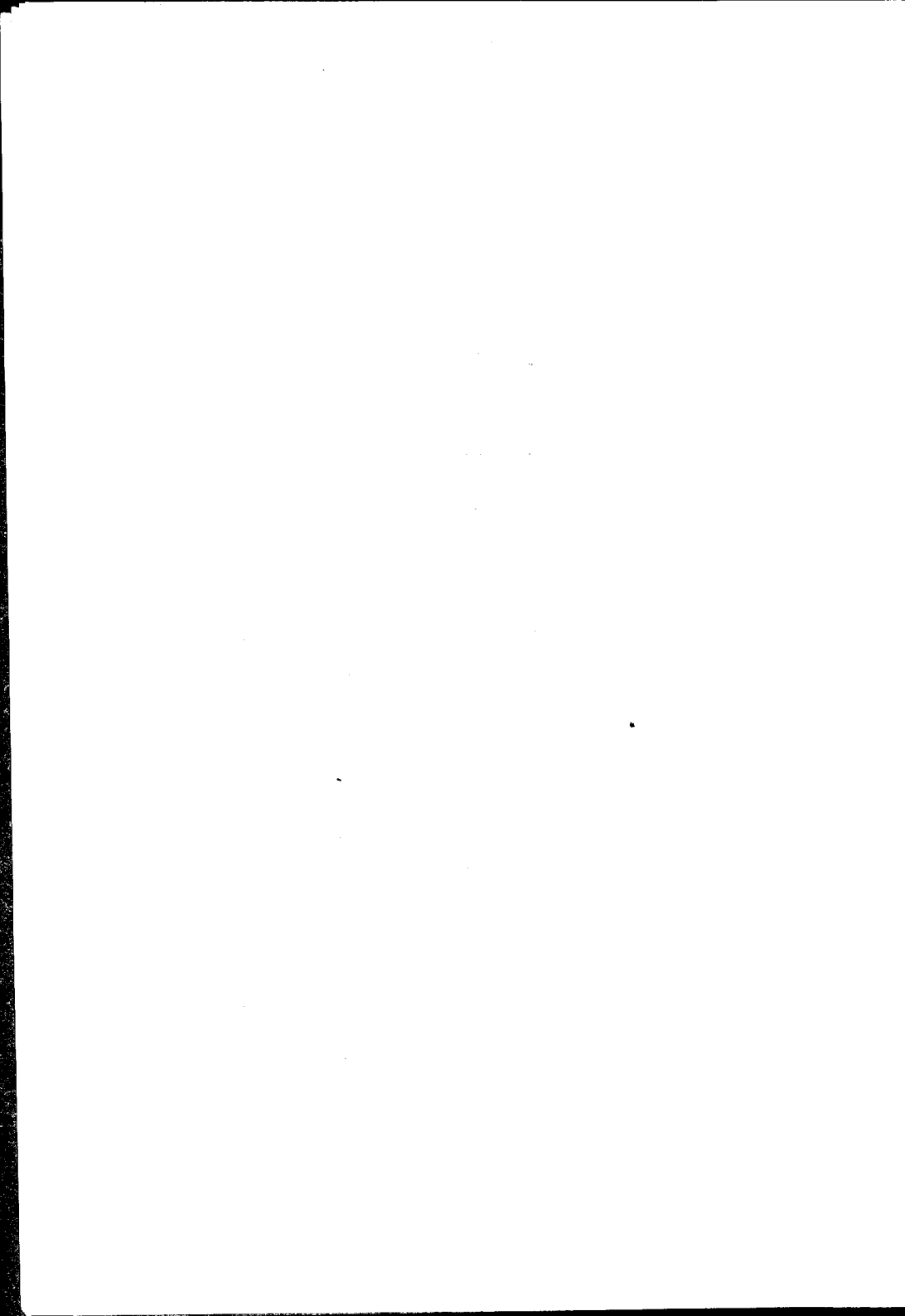


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios:

1. » » TELÉMACO SUSINI
 2. » » EMILIO R. CONI
 3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
 4. » » FERNANDO VIDAL
 5. » » OSVALDO CRUZ
-



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano :

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano:

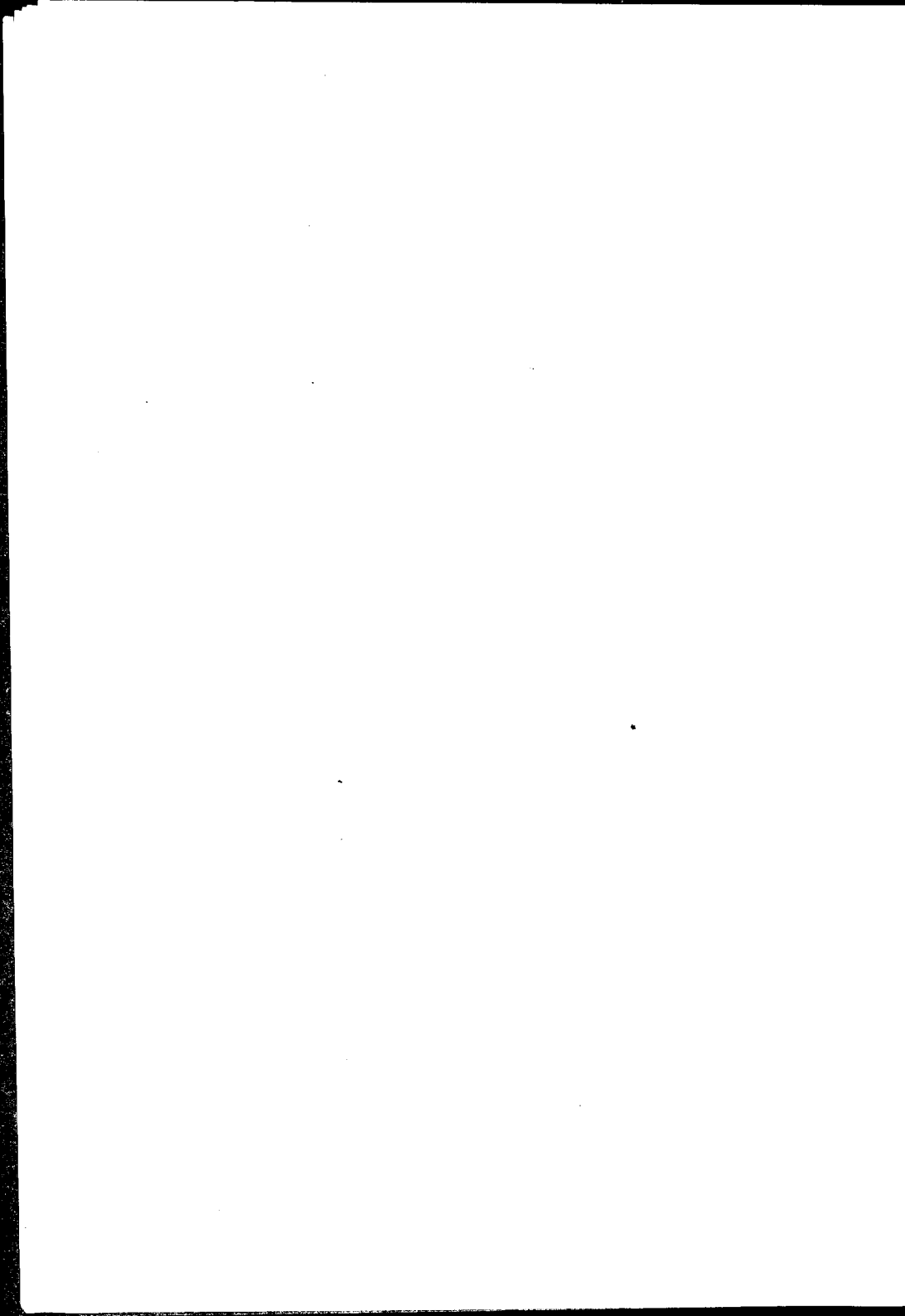
DR. EDUARDO OBEJERO

Consejeros:

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » DOMINGO CABRED
» » ANGEL M. CENTENO
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARBI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » J. A. BOERI (Suplente)
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » JOSÉ ARCE

Secretarios:

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JOSÉ T. BACA

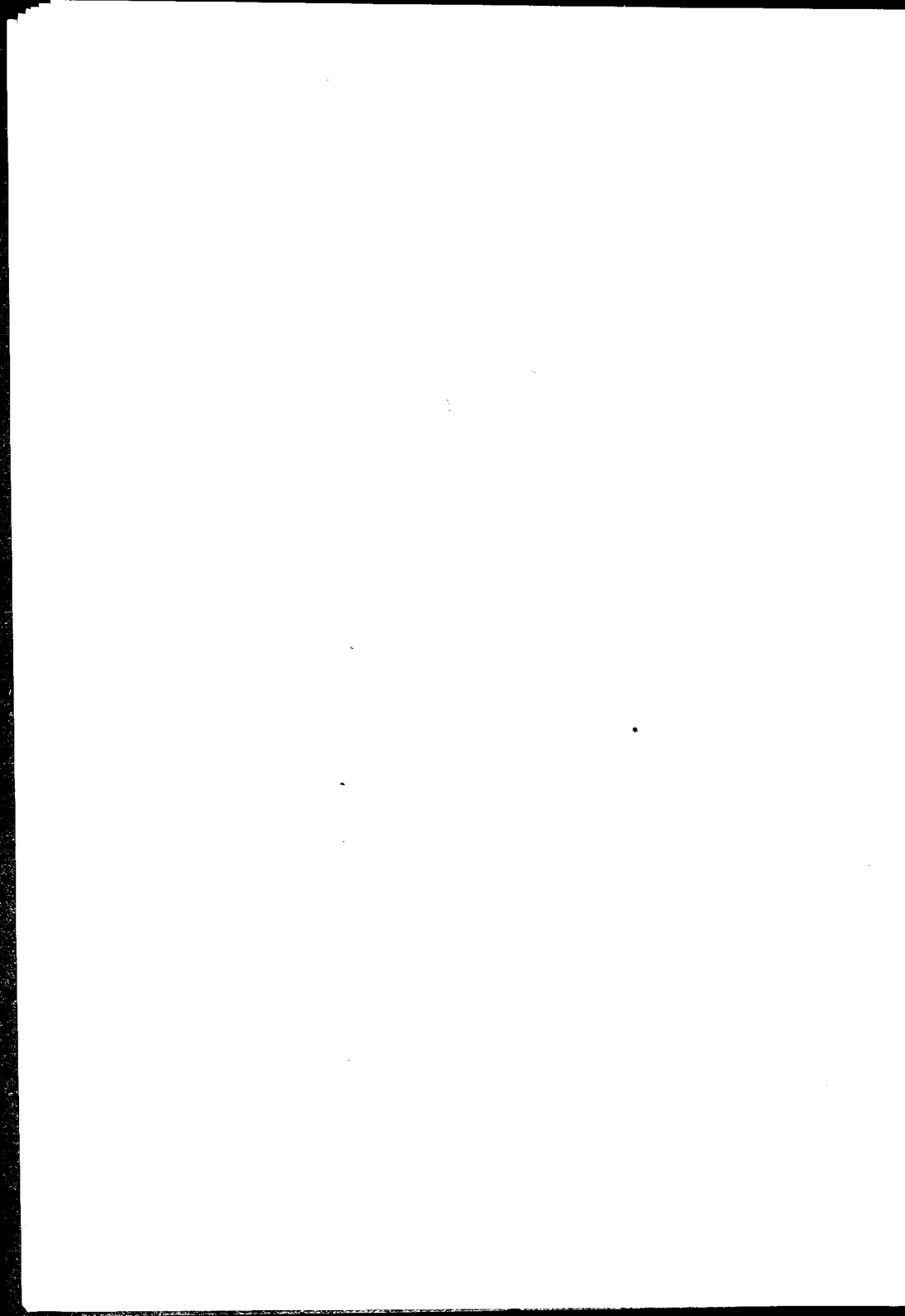
» JUVENCIO Z. ARCE

» P. N. ARATA

» F. DE VEYGA

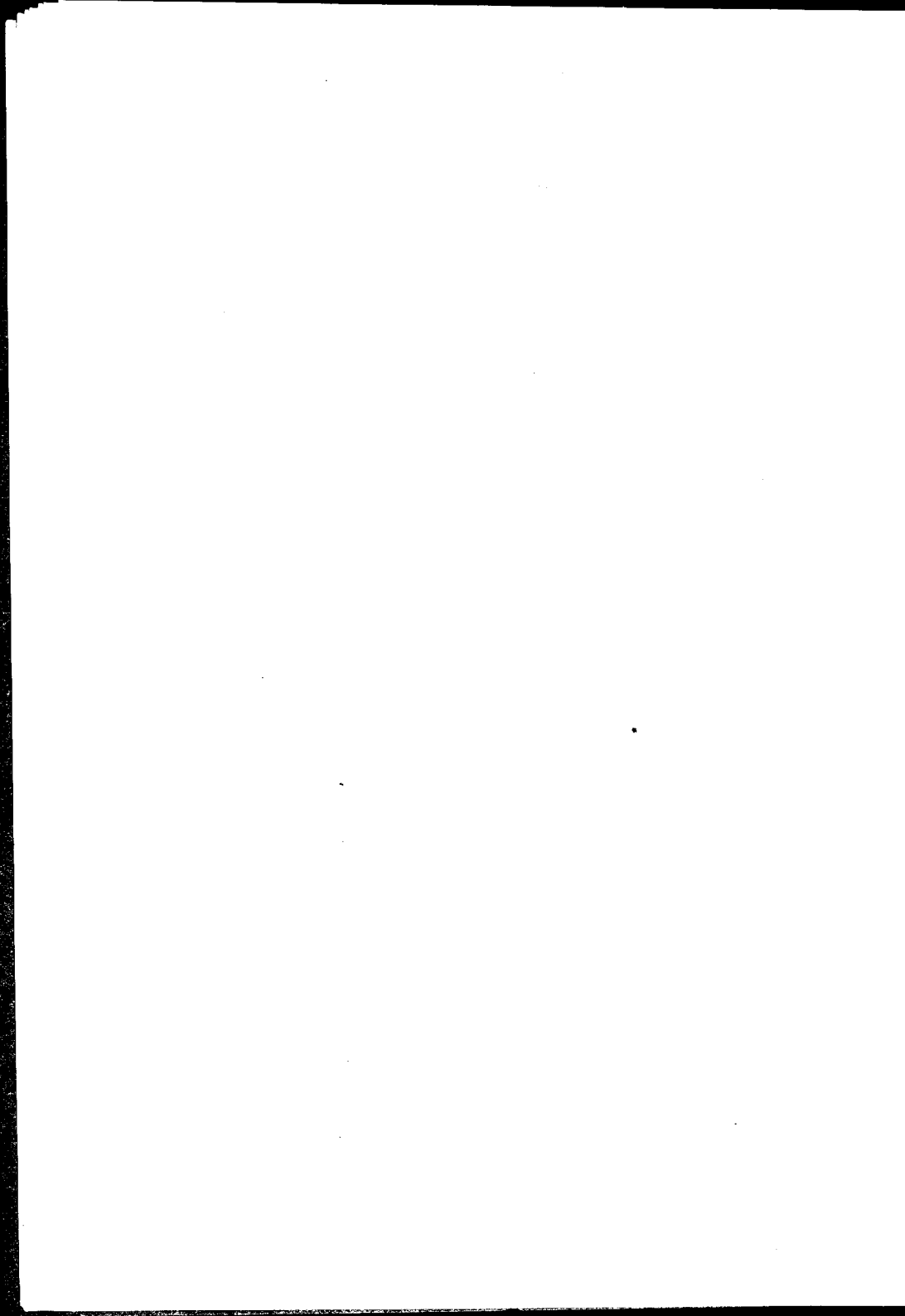
» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI



ESCUELA DE MEDICINA

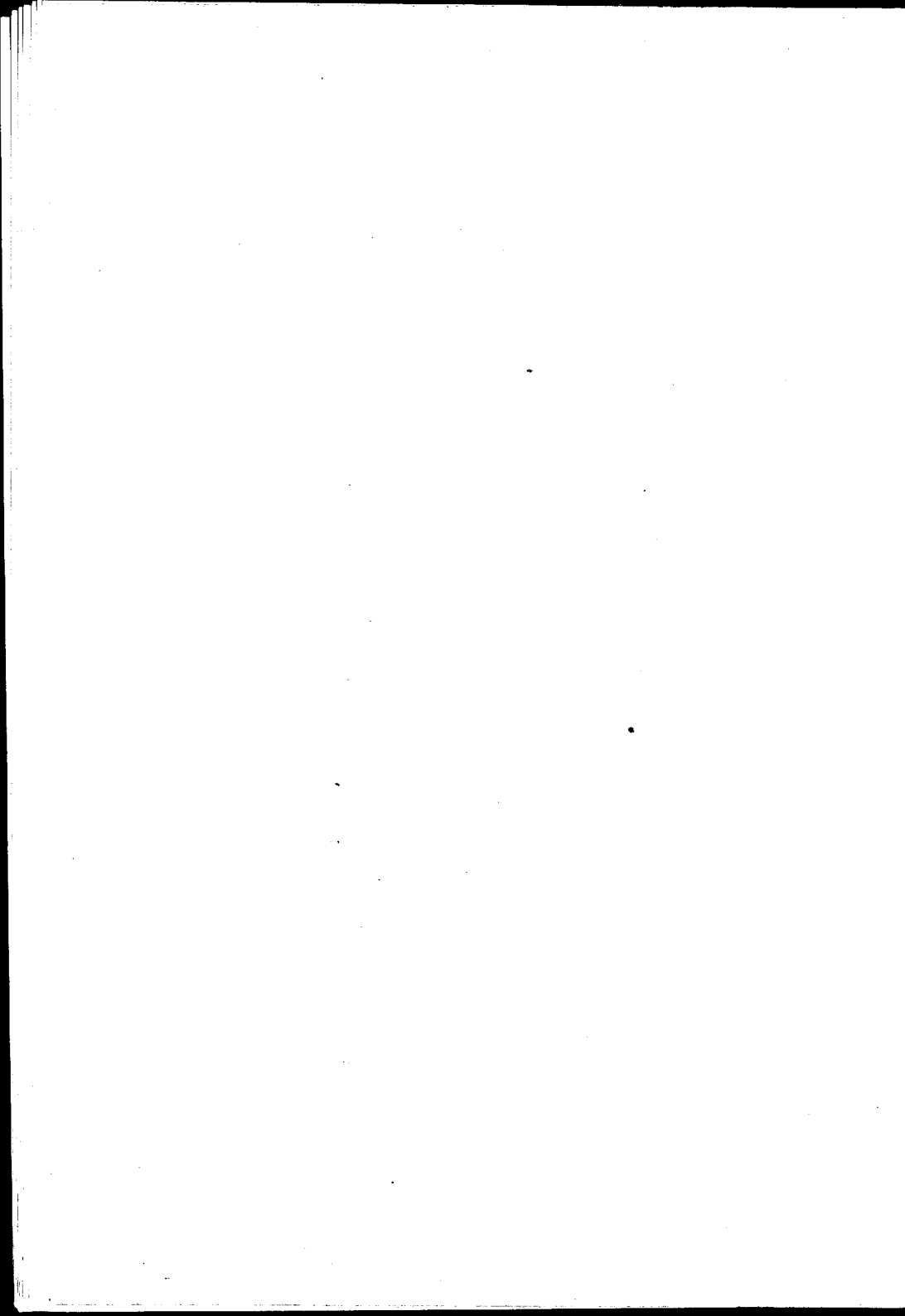
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» JOSÉ ARCE (interino)
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU (interino)
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

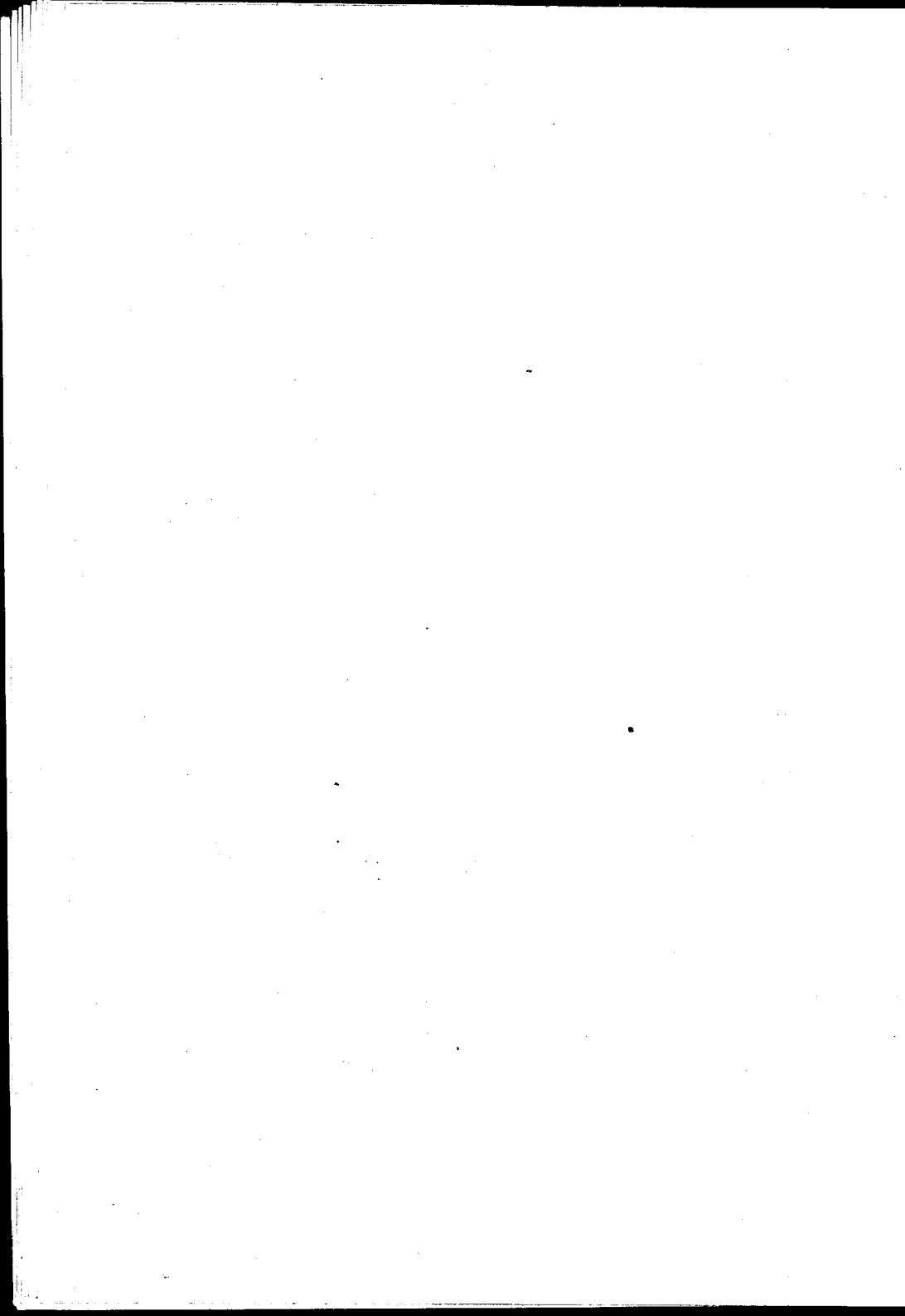
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	Dr. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	} » JUAN CARLOS DELFINO
	} » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADIA
Clinica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clinica Dermato-sifilográfica.....	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Neurológica.....	} » JOSÉ R. SEMPRÚN
	} » MARIANO ALURRALDE
Clinica Psiquiátrica.....	} » BENJAMÍN T. SOLARI
	} » JOSÉ T. BORDA
Clinica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clinica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLÓN
Clinica oto-rino-laringológica.....	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica.....	Dr. GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	» PEDRO BELOU (en ejercicio)
Botánica Médica.....	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Fisiología.....	» FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	» FELIPE JUSTO
Semiología y ejercicios clínicos.....	» MANUEL V. CARBONELL
Anatomía Topográfica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anatomía Patológica.....	» ROBERTO SOLE
Materia Médica y Terapéutica.....	» CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Patología externa.....	» JOSÉ MORENO
» Dermato-sifilográfica.....	» PEDRO CHUTRO
» Genito-urinaria.....	» CARLOS ROBERTSON
Clínica Epidemiológica.....	» NICOLAS V. GRECO
Patología interna.....	» PEDRO L. BALINA
Clínica Oftalmológica.....	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Oto-rino-laringológica.....	» JOAQUÍN NIN POSADAS
Clínica Quirúrgica.....	» FERNANDO R. TORRES
	» PEDRO LARAQUI
	» JORGE L. FACIO
	» ENRIQUE B. DEMARIA
	» ADOLFO NOCETTI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» JOSÉ M. JORGE (hijo)
	» MIGUEL SUSSINI
	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO MORSALINE
	» RAFAEL BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» MANUEL A. SANTAS
	» MARTO ACUNÁ
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ (en ejercicio)
	» ALBERTO PERALTA RAMOS »
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	» JOAQUÍN V. GNILCO
Medicina legal.....	



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada.....
 Botánica y Mineralogía.....
 Química inorgánica aplicada.....
 Química orgánica aplicada.....
 Farmacognosia y posología razonadas.....
 Física Farmacéutica.....
 Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....
 Técnica farmacéutica.....
 Química Analítica y Toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas).....
 Higiene, legislación y ética farmacéuticas..

Catedráticos titulares

DR. ANGEL GALLARDO
 » ADOLFO MUJICA
 » MIGUEL PUIGGARI
 » FRANCISCO C. BARRAZA
 » OSCAR MIALOCK (Interino)
 » JULIO J. GATTI

 » FRANCISCO P. LAVALLE
 » J. MANUEL IRIZAR

 » FRANCISCO P. LAVALLE
 » RICARDO SCHATZ

Asignatura

Farmacognosia.....

Catedrático extraordinario

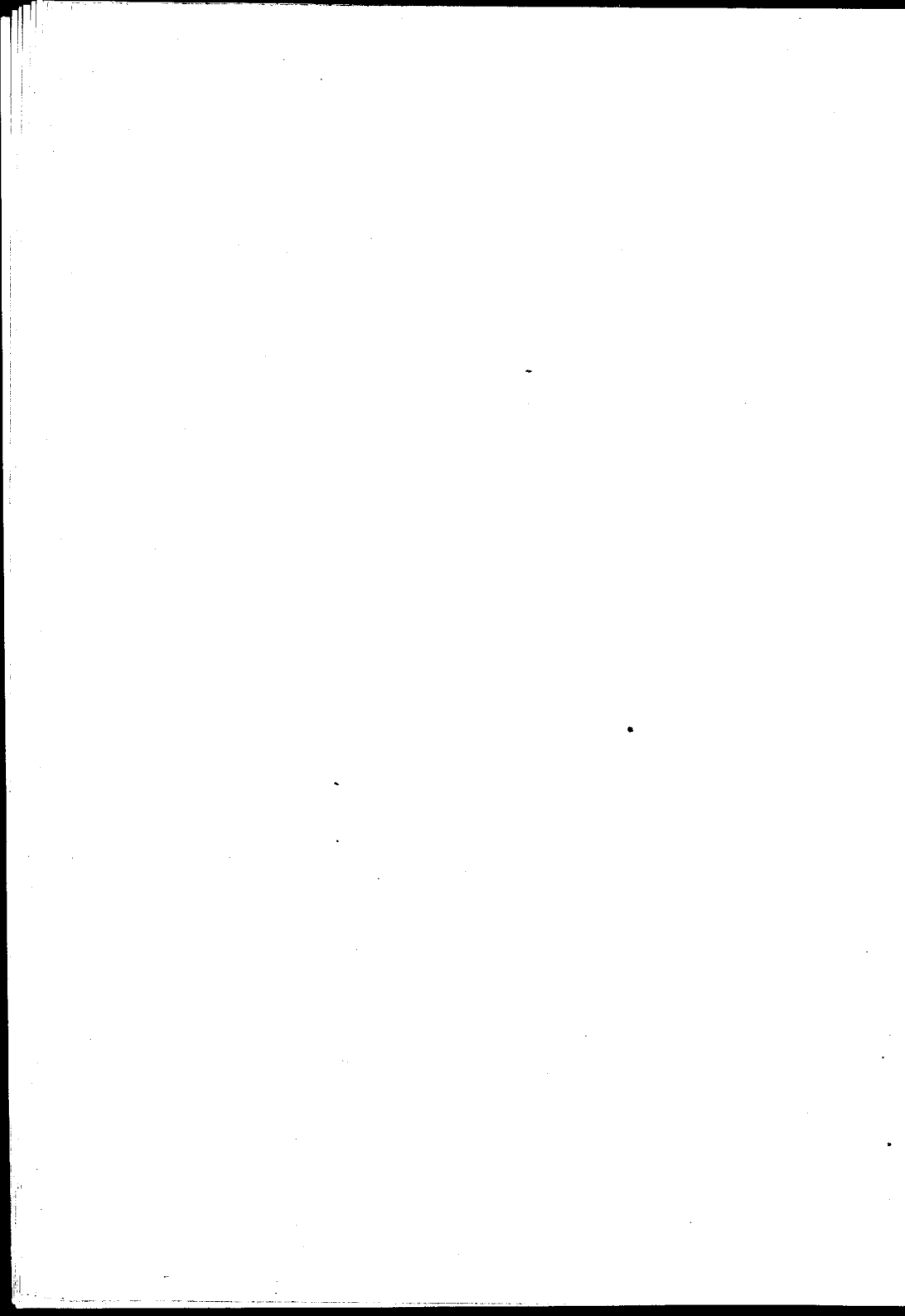
SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Asignaturas

Técnica farmacéutica.....
 Farmacognosia y posología razonadas.....
 Física farmacéutica.....
 Química orgánica.....
 Química analítica.....
 Química inorgánica.....

Catedráticos sustitutos

{ SR. PASCUAL CORTI
 » RICARDO ROCCATAGLIATA
 » OSCAR MIALOCK (en ejercicio)
 DR. TOMAS J. RUMI
 SR. PEDRO J. MESIGOS
 » JUAN A. SANCHEZ
 DR. ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

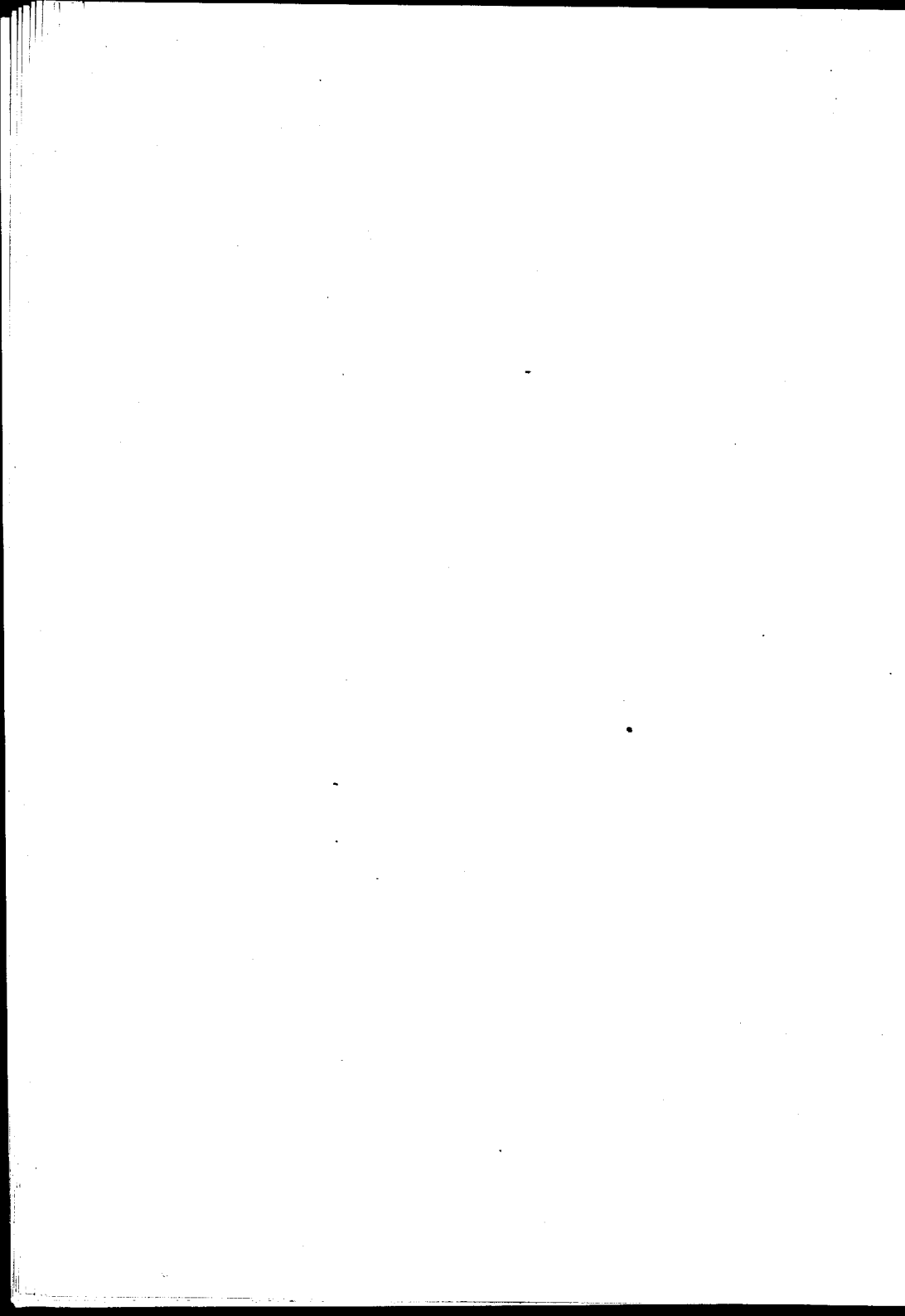
Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	» FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2do. »	» LEÓN PEREYRA
3er. »	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO J. GUARDO (interino)

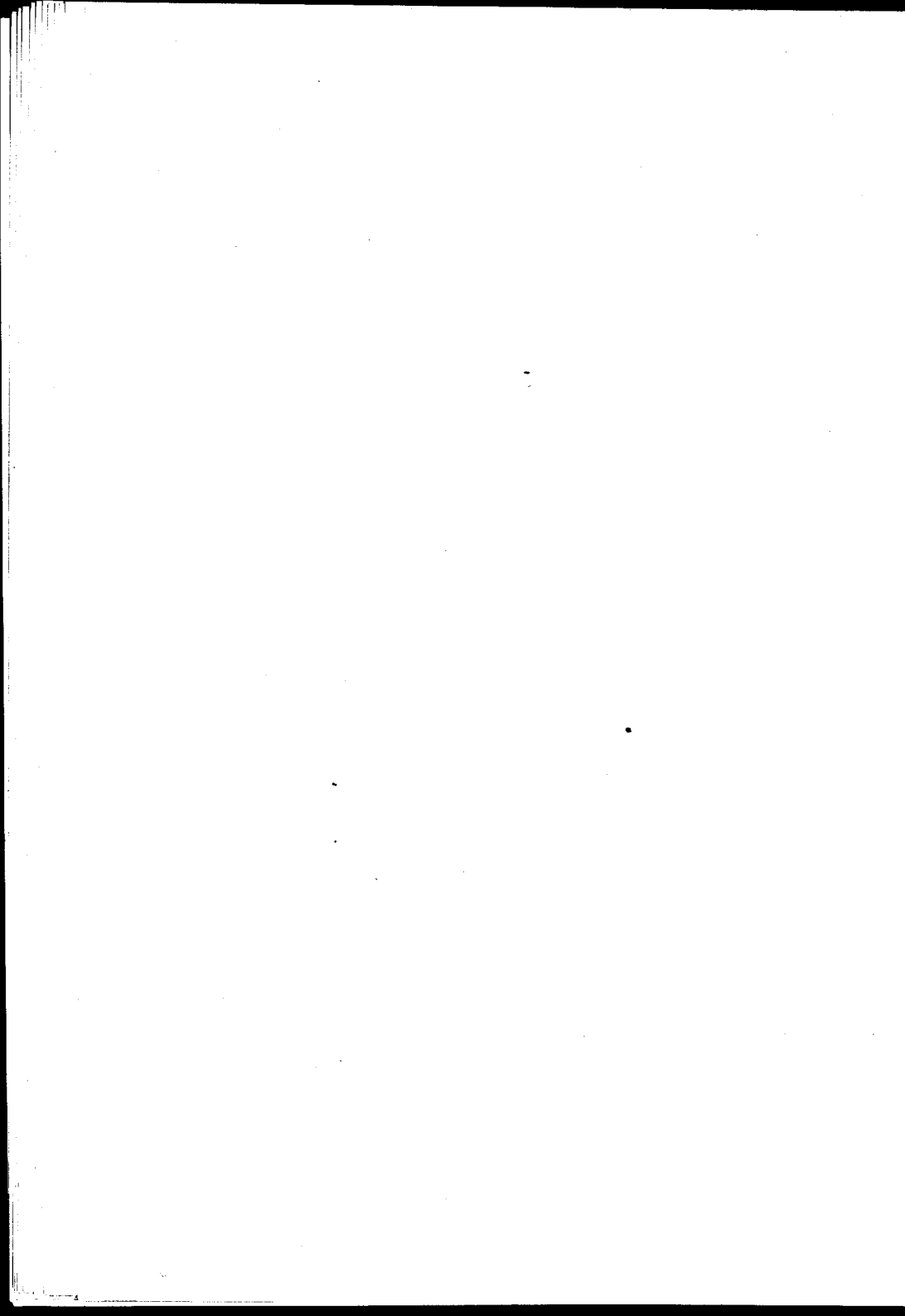
Catedrático sustituto
DR. ALEJANDRO CABANNE



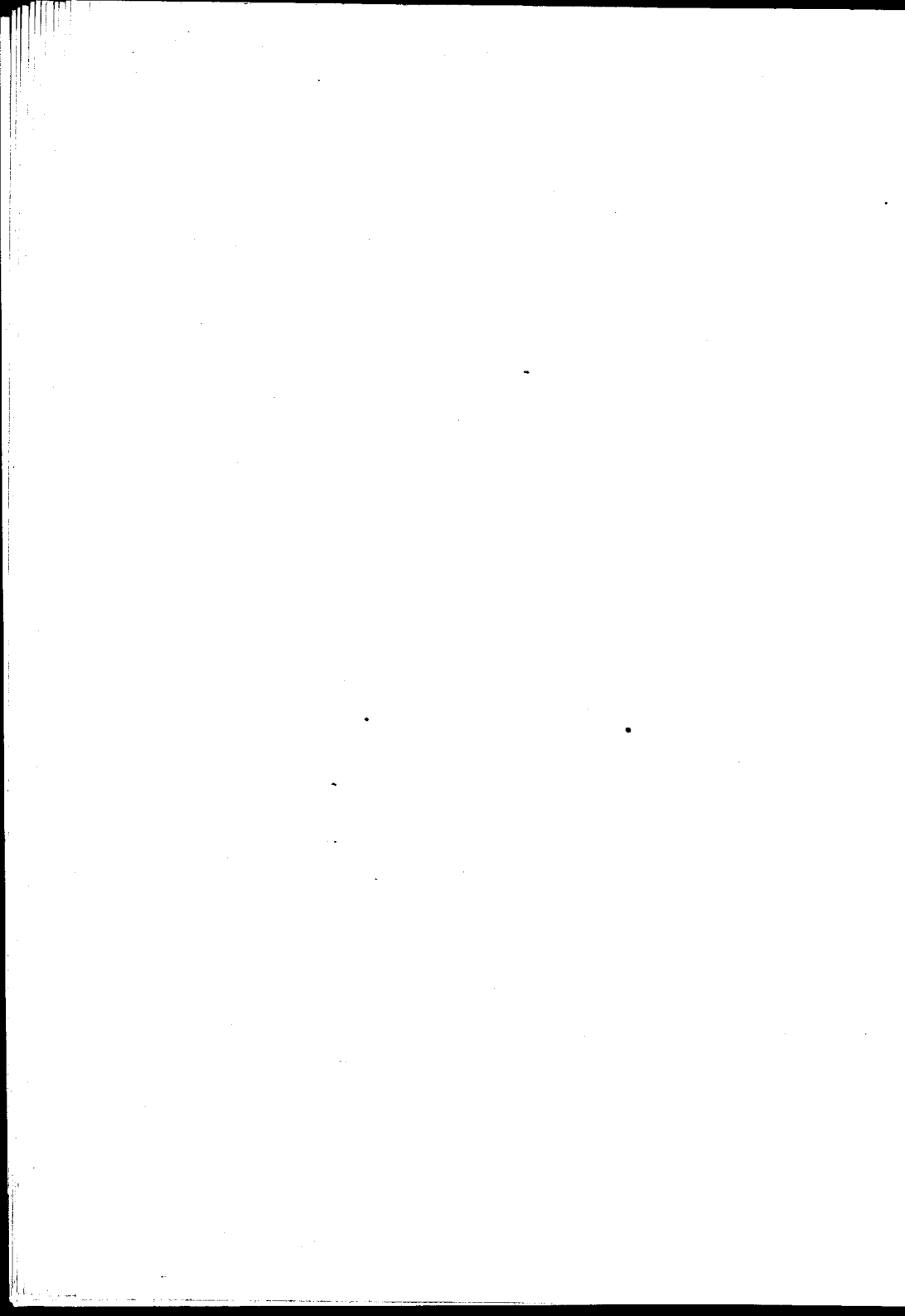
PADRINO DE TESIS:

DOCTOR JORGE LAURE

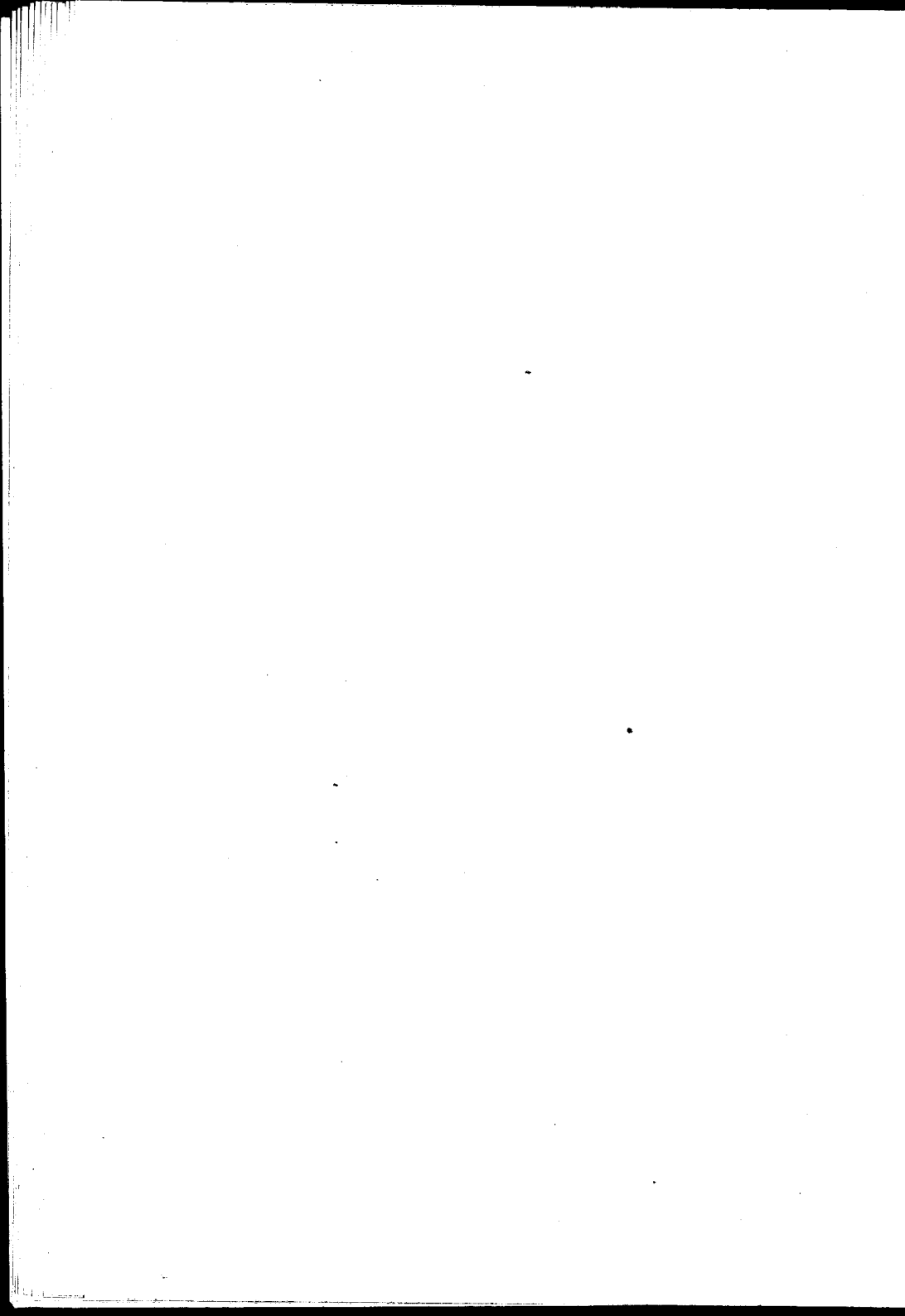
Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Francés.



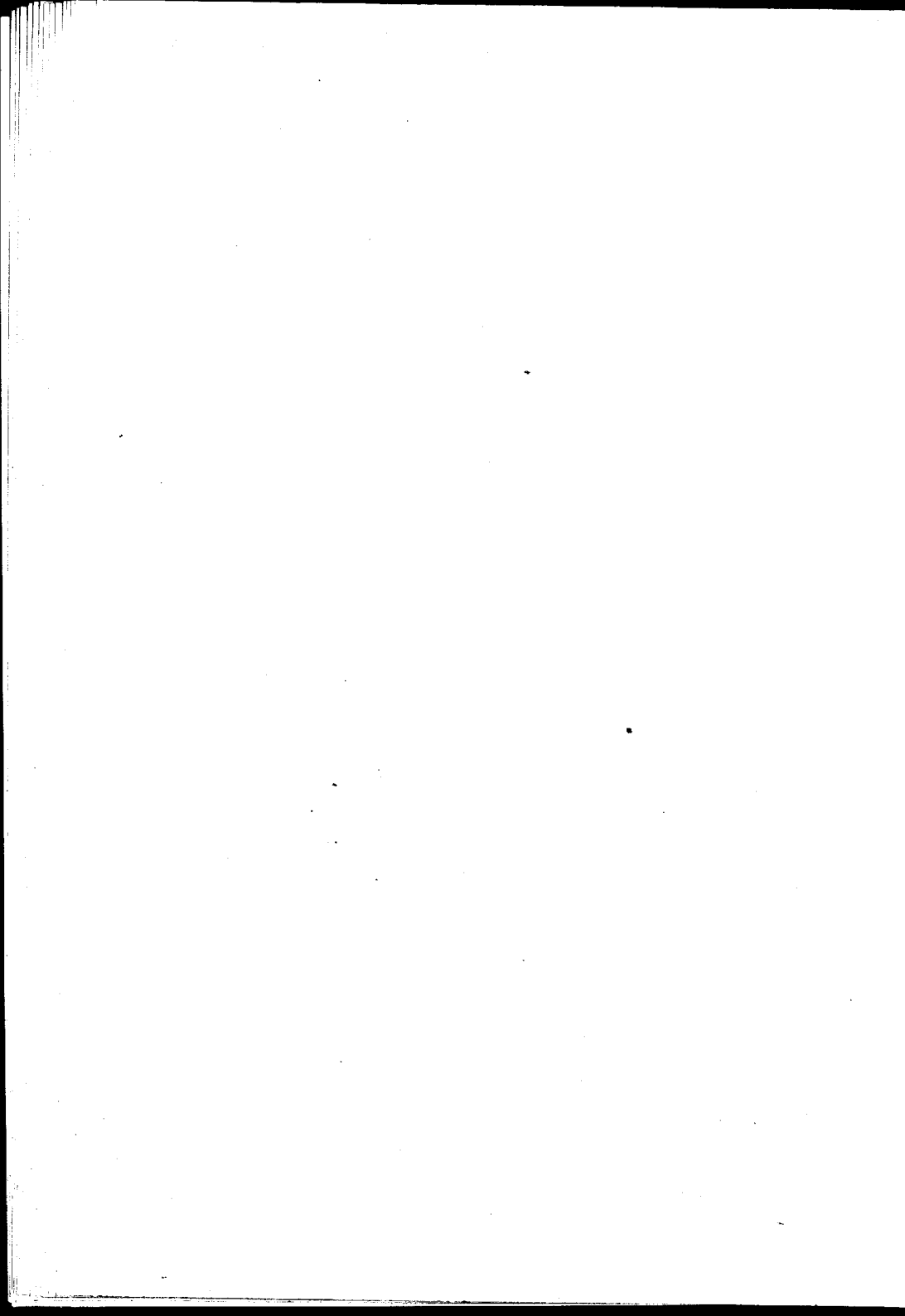
A MIS PADRES.



A MI TÍA RAMONA G. DE BURINIGO.

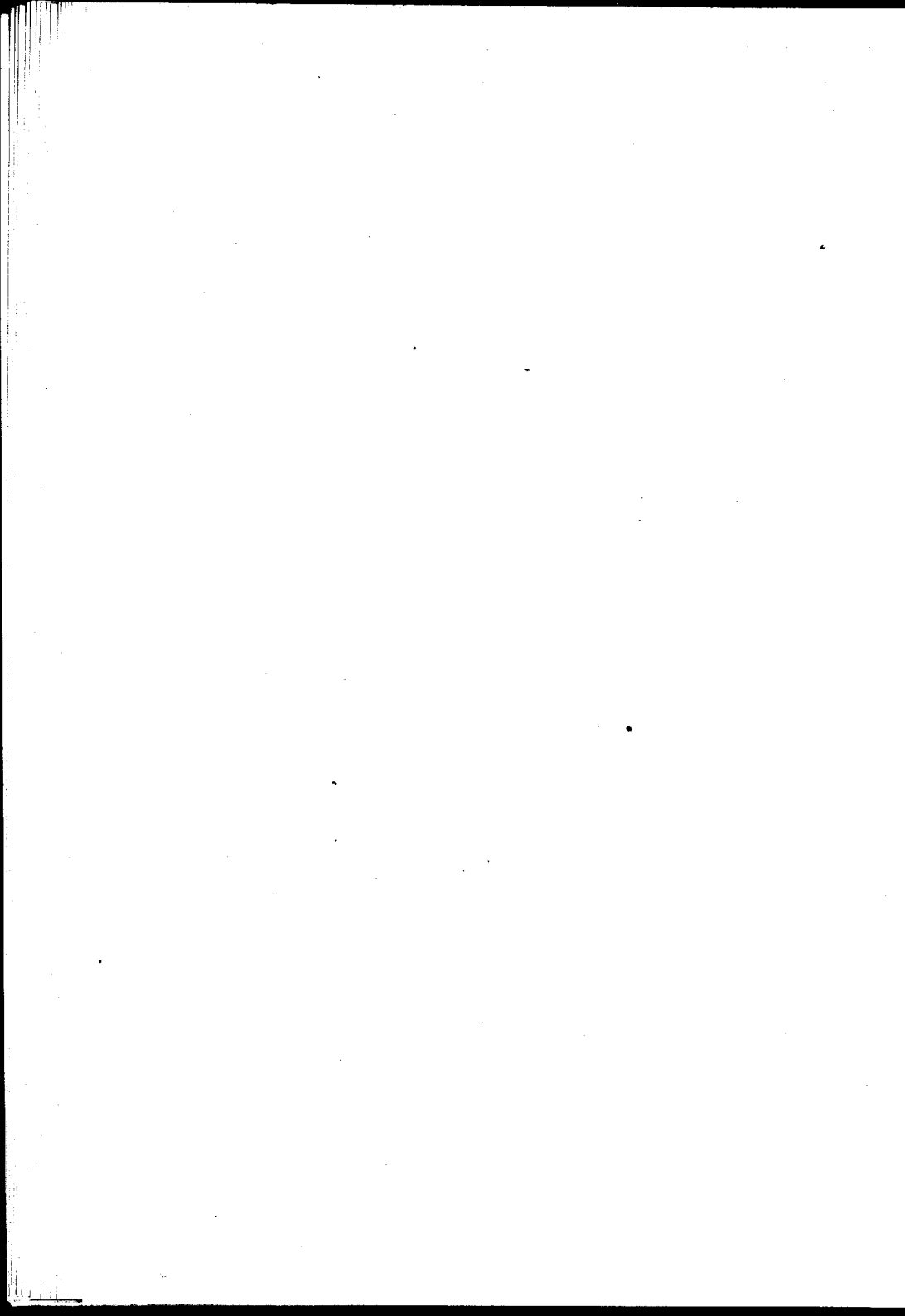


A LOS MIOS.



A LOS DOCTORES

PROF. CARLOS MALBRAN
PROF. JUAN CARLOS DELFINO
ZENON AGUILAR.



SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Existe una disposición anatómica del cuello de la matriz, que va acompañada de dos grandes síntomas: Dismenorrea y Esterilidad, me refiero a la estenosis congénita del cuello de la matriz.

De estos síntomas, el uno es un sufrimiento físico. El otro puede llegar a ser en algunas enfermas un verdadero sufrimiento moral.

Los buenos resultados, que he tenido ocasión de observar, por el tratamiento quirúrgico (estomatoplastia) me han inducido a hacer de ellos el tema de mi tesis.

De todos aquellos casos que he tenido ocasión de ver tratar quirúrgicamente, los resultados que se han obtenido mejorando la dismenorrea, son concluyentes. En cuanto a los resultados que se obtienen curando la

esterilidad es más difícil suministrar datos exactos, porque las enfermas en el espacio de tiempo que hay que esperar para conocer este resultado, pueden cambiar de residencia o como suele suceder no siempre vuelven a la clínica donde han sido operadas, a pesar de las recomendaciones que se les haga en ese sentido.

Antes de entrar en el estudio de la estenosis del cuello de la matriz, quiero dejar constancia de mi agradecimiento para los que fueron mis Maestros en la Facultad.

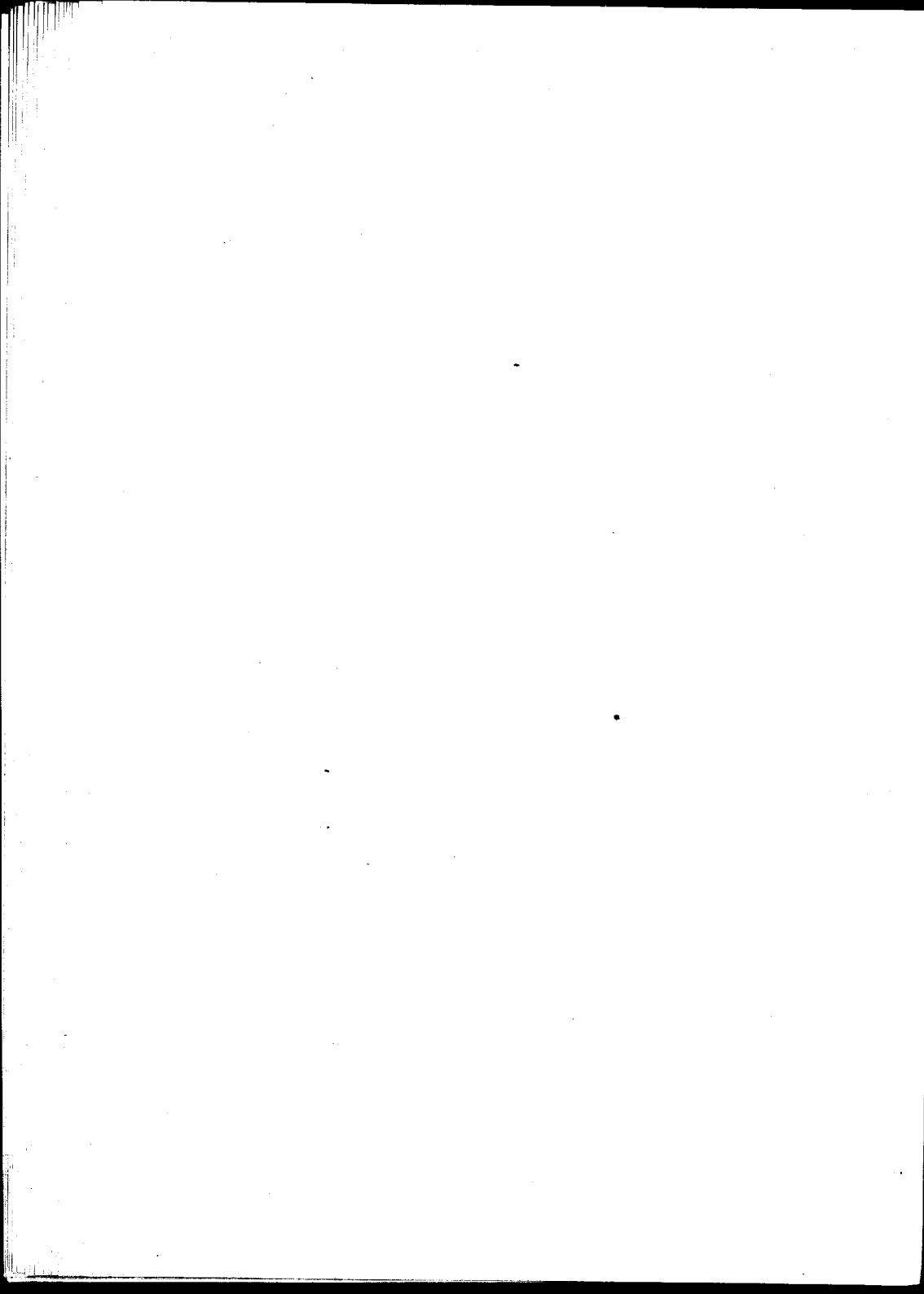
Al doctor Jorge Laure, que me honra acompañándome como padrino de tesis, y cuyos sabios consejos y enseñanzas prácticas he podido aprovechar durante mi permanencia de dos años como interno en su servicio de Ginecología, del Hospital Francés, mi más sincero agradecimiento.

A la gentileza del profesor Bazterrica, debo la publicación en esta tesis, de su operación de Estomato-plastia, como también las historias clínicas de las enfermas operadas en su servicio del Hospital Nacional de Clínicas, lo que agradezco muchísimo, como también al doctor Carlos A. Castaño, jefe de clínica del mismo servicio, por los datos que ha tenido a bien facilitarme.

Al cuerpo médico del Hospital mi agradecimiento, y en especial al doctor Luis M. Oliveri, jefe de clínica

del servicio de Ginecología, por sus enseñanzas y por la confianza que en todo momento me ha demostrado.

A mis compañeros de internado en el hospital, mi cariñoso recuerdo.



ESTENOSIS DEL CUELLO DE LA MATRIZ

Se da el nombre de estenosis, a la estrechez del orificio del cuello de la matriz. La estrechez puede ser solamente del orificio externo que es lo que más se observa, del orificio interno o de todo el canal cervical.

La estrechez puede ser congénita o adquirida.

La estrechez adquirida puede sobrevenir en pleno período de actividad genital, ya sea a consecuencia de un parto habiendo llevado perturbaciones profundas en la nutrición del útero después de una infección puerperal, o ya sea a consecuencia de infecciones periuterinas, fuera del parto.

La estenosis puede ser determinada por la castración, sabemos que el ovario tiene una influencia sobre el estado histológico del útero. Sabemos que después de la menopausia el útero sufre todo entero una atrofia senil y sin que este estado, ocasione a la mujer serios trastornos.

La estenosis adquirida puede ser consecutiva a cauterizaciones hechas en exceso en el cuello del útero,

o a cicatrices debidas a desgarraduras en el momento del parto, o debidas a intervenciones quirúrgicas, como tendremos ocasión de ver, cuando se hable de las intervenciones que se pueden hacer sobre el cuello del útero.

De paso quiero citar las estrecheces espasmódicas que se producen al nivel del istmo y que se pueden comparar a las estrecheces espasmódicas del cuello vesical.

El diagnóstico podrá hacerse fácilmente por el cateterismo.

La estenosis congénita del cuello de la matriz se caracteriza por la estrechez del orificio externo del cuello y la forma cónica de la porción vaginal del cuello.

Agréguese a ello la longitud mayor que en los cuellos normales, y el desarrollo del labio anterior del cuello sobre el posterior, disposición que se encuentra en los cuellos normales de las vírgenes (Testut), lo que lo hace semejante a una trompa y a lo que Pozzi ha llamado cuello tapiroíde.

La frecuencia de la hipertrofia del cuello, que se observa en los casos de estenosis, está a veces en razón inversa con el desarrollo del cuerpo del útero.

Cabe aquí hablar de otra causa de estenosis congénita, es la atrofia congénita del útero, debida a un desarrollo del útero todo entero que queda infantil, entre

tanto que en la pubertad el resto del organismo se desarrolla normalmente.

Coincide a menudo con la estenosis del cuello, la anteflexión de la matriz, disposición que como se comprende, contribuye en la sintomatología de esta afección.

Nigoul (Tesis de París 1912) dice:

“Es necesario saber lo que conviene llamar estenosis del cuello del útero, para poder ensayar una definición”.

Normalmente el orificio externo de la matriz, es en las nulíparas de 4 a 6 milímetros (Testut). En su tesis de París (1908) Chabry dice que la estrechez del orificio varía desde los últimos límites del orificio normal, de 2 a 4 milímetros, hasta el orificio capilar y en ciertos casos raros, pero que existen, hasta la invisibilidad a ojo desnudo. Pajot piensa que el orificio está estenosado, cuando su diámetro es inferior a 2 milímetros, y Préastléé cuando el diámetro del orificio es menor que 4 milímetros. Nigoul agrega:

“Nosotros diremos, el orificio normal en una nulípara es de 2 a 4 milímetros; hay estenosis cuando el orificio no alcanza estas dimensiones”.

Esta disposición anatómica, trae como resultado la dificultad de la evacuación del mucus cervical, el es-

tancamiento de las secreciones uterinas, favorece la infección de la mucosa, la secreción aumenta, el obstáculo debido a la estenosis acumula dichas secreciones en el canal cervical, y éste que normalmente tiene sus caras anterior y posterior adosadas y sus bordes ligeramente cóncavos, se dilata y toma una forma en barril.

La infección de la cavidad cervical en estos casos es producida, ya sea por el gonococo de Neisser, ya sea por microbios saprofitos y es a esta lesión que Pozzi ha dado el nombre de Metritis cervical estenósica.

La estrechez del orificio interno no es frecuente, y si con el cateterismo muchas veces no se llega a franquearlo, no debemos afirmar su estrechez, pues la ante-flexión de la matriz que ya hemos dicho es frecuente en la estenosis del cuello, puede ser también un obstáculo al paso del histerómetro.

SINTOMALOGIA

Dos síntomas caracterizan la estenosis del cuello de la matriz: dismenorrea y esterilidad.

Desde aquellas mujeres para las cuales el período menstrual pasara inadvertido, si no fuera la pérdida periódica de sangre, hasta aquellas que ven llegar dicha época con temor por los dolores y las molestias que les ocasiona, se encuentran todos los grados intermedios.

Aquellas cuyo período menstrual pasa como acabo de decir, inadvertido, son las menos. Lo general, lo normal es que la mujer sienta ya antes de sus reglas, tiempo que es variable, cierto malestar que se acentúa durante el período menstrual, malestar que se acompaña de dolores vagos y una cierta irritabilidad del carácter, pero con ello sin que llegue a constituir una molestia.

Estos fenómenos desaparecen conjuntamente con las reglas.

Cuando estos síntomas aumentan de intensidad y



la menstruación se hace con dificultad, hay dismenorrea.

Ella puede tener diversas causas, que no nos detendremos a estudiar, para hablar solamente de la dismenorrea producida por el obstáculo puesto a la salida del flujo menstrual por el orificio estenosado del cuello de la matriz.

Conviene recordar aquí lo que ya hemos dicho en el capítulo anterior, la frecuencia de la coexistencia de la anteflexión de la matriz con la estenosis del cuello.

Esta disposición de la matriz, hace adosar entre sí las dos caras del canal uterino en el sitio de la flexión y es como se comprende un obstáculo más al pasaje de la sangre menstrual. La presencia de una anteflexión de la matriz complica entonces la dismenorrea producida por el cuello estrecho.

Sin embargo la dismenorrea puede faltar, como he tenido ocasión de ver, en casos típicos de estenosis del cuello.

La localización del dolor durante las reglas se hace en las regiones lumbar, sacra e ilíaca.

La estrechez del orificio del cuello poniendo un obstáculo al libre drenaje del flujo menstrual, hace que éste se acumule en la cavidad uterina y ensanche esa cavidad. La matriz contrayéndose expulsa con dificul-

tad su contenido, acompañando el acto, dolores con caracteres de cólicos. Estos dolores son intermitentes, como lo es la expulsión de la sangre que los origina.

La permanencia de la sangre en esa cavidad uterina facilita la producción de coágulos, y como se comprende éstos pueden ser una causa más de dismenorrea, obturando, accidentalmente, el orificio estrecho del cuello.

Después de la expulsión de la sangre, la enferma siente una sensación de alivio que puede ser interrumpida por nuevos dolores producidos por el mecanismo que he mencionado.

Estos dolores pueden aumentar de intensidad, hasta el extremo de producir en la paciente verdaderas crisis nerviosas que pueden llegar hasta el síncope, y que dejan a la enferma, cuando ellos pasan, en un verdadero estado de postración.

Hay que distinguir bajo el punto de vista de la sintomología, la estenosis congénita por falta del desarrollo del útero todo entero, útero infantil.

En este caso la dismenorrea puede existir, las reglas son poco abundantes sin que haya retención. Estas enfermas reglan tardíamente, a veces las reglas pueden faltar. Cuando se examina estas enfermas, se observa una atrofia general de los órganos genitales y aún de la pelvis.

Se observa también a veces una falta de desarrollo de los órganos genitales externos y de los senos. Así también se ve un escaso desarrollo de los folículos pilosos de la región pubiana, o su ausencia completa. En cuanto al estado general de estas enfermas, ha sufrido también. Son generalmente neuróticas de inteligencia escasa y se ha notado con frecuencia en ellas ataques de histeria y epilepsia.

La esterilidad es el síntoma que con la dismenorrea caracterizan la estenosis del cuello.

En el 85 por ciento de los casos de esterilidad, se encuentra un cuello cónico con estrechez del orificio externo (Sims).

Veamos lo que decía Pajot en una lección publicada en el año 1889:

“Entre los más frecuentes obstáculos que se oponen a la fecundación, es necesario notar la estrechez del orificio externo, y se debe agregar no solamente esta estrechez, sino la forma particular del cuello.

“En las mujeres que tienen un orificio extremadamente estrecho, no es raro encontrar el cuello de una conicidad excepcional. Este cuello cónico muy puntiagudo ha recibido el nombre de cuello en trompo. Estos son cuellos un poco más largos que lo habitual y teniendo en el vértice del cono un orificio más o menos

estrecho, a veces, aún, excesivamente estrecho. Hay todavía en estos cuellos algo importante respecto a nuestro tema y ese es el punto menos conocido.

“Estos cuellos puntiagudos con el orificio pequeño tienen a veces este orificio como hecho con un sacabocados. Figuraos el pasaje brusco a través de un papel de un instrumento puntiagudo que va a hacer simplemente una abertura a circunferencia muy neta.

“Por el contrario, en otros casos, el orificio es precedido, o más claramente, él está en el fondo de una pequeña cúpula, que se parece a la impresión que dejaría una lenteja en la arcilla o en la cera blanda.

“En el fondo de esta depresión está el orificio externo de la matriz. Hay cuellos que presentan esta disposición de una manera muy pronunciada. Yo digo que hay allí una distinción importante a establecer, porque los cuellos cónicos puntiagudos pertenecen casi siempre (por lo menos yo no he visto nunca lo contrario) a mujeres que quedan estériles. Por el contrario cuando el orificio externo está en el fondo de esta pequeña cúpula, la fecundación puede tener lugar”.

Vemos, pues, que se le da mucha importancia a la estenosis del cuello y a la forma de éste como causas de esterilidad en la mujer. Sin embargo, sabemos que por estrecho que sea el orificio del cuello, siempre per-

mitirá el pasaje de los espermatozoides y Pozzi dice que es más bien a lo que él llama *l'engouement muqueux* de la cavidad cervical que se debe atribuir la esterilidad.

Para explicarnos mejor, de qué manera el tapón mucoso cervical es un obstáculo a la entrada del espermatozoide en la cavidad cervical pasemos rápidamente en revista, algunas de las teorías que se han enunciado para explicar el pasaje del espermatozoide de la vagina a la cavidad uterina.

Se ha dicho que para que la fecundación se llevara a cabo, era necesario que la eyaculación se hiciera sobre el cuello del útero, sabemos que en la posición normal, el orificio del cuello mira hacia atrás, de manera que la eyaculación se hace sobre la parte externa y anterior del hocico de tenca.

También se creía que el glande actuaría como una cuña, separando los dos labios del cuello y echaría el esperma en el canal cervical. Esta suposición es completamente inexacta.

El músculo constrictor de la vulva, como opinaba Sims, contrayéndose durante el coito aplicaría el glande sobre el cuello, pero debemos dar tal vez la mayor participación a los movimientos propios de los espermatozoides, sin admitir por eso, que estos movimientos

sean dirigidos hacia el ovario, por una especie de instinto. Los espermatozoides se dirigen en todos sentidos y se calcula que un espermatozoide recorre una distancia de 3 milímetros en un minuto.

El mecanismo de la entrada de los espermatozoides en el canal cervical, no depende únicamente del movimiento de los espermatozoides y Rouget pensaba que normalmente en el coito, el cuello entra en erección y expulsa su contenido a la vagina.

El orificio del cuello queda entonces libre, y el esperma penetraría en la cavidad cervical; pero, ¿cuál es el mecanismo de la entrada del esperma en la cavidad cervical? No se conoce exactamente, parece que hay una especie de aspiración por la desaparición de la erección del cuello o sino por simple fenómeno de capilaridad.

Ahora se comprende que con un orificio estenosado, el tapón mucoso que lo obstruye, no pueda destacarse, el canal cervical está ingurgitado, según la expresión de Pozzi, y ofrece entonces una barrera infranqueable para el esperma fecundante. La teoría de Pozzi es actualmente la más aceptada.

Voy a terminar el capítulo de la sintomatología de la estenosis del cuello hablando rápidamente sobre su diagnóstico.

El interrogatorio con sus dos grandes síntomas: dismenorrea y esterilidad, nos hace suponer ya de qué se trata.

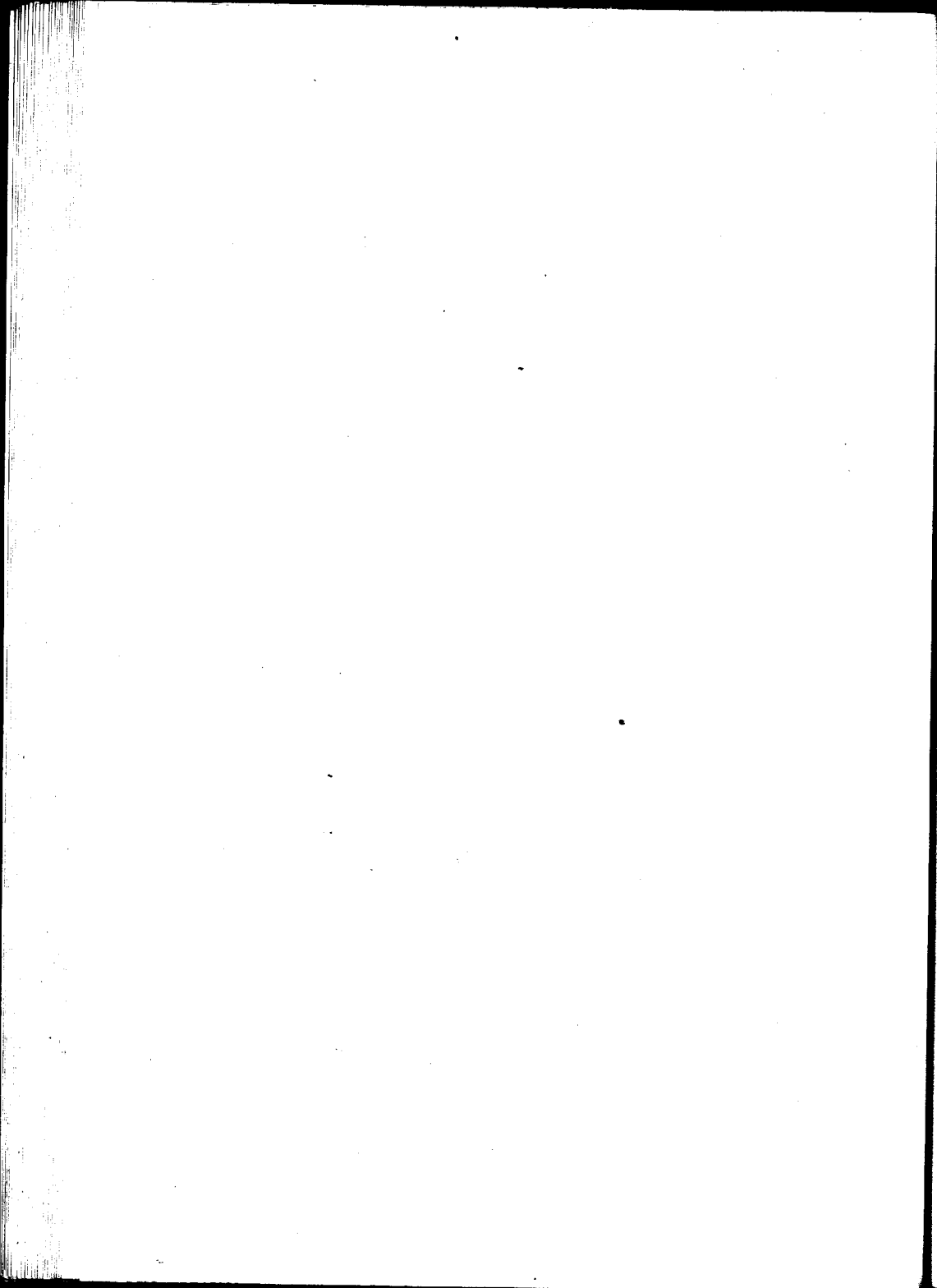
No hablaré sobre lo que ya he dicho de dismenorrea, pero sí voy a agregar que este solo síntoma nos permite pensar antes del matrimonio ya, que la enferma va a sufrir probablemente de esterilidad.

El examen de la enferma nos muestra el cuello largo y puntiagudo, cónico, la estrechez del orificio externo, la prominencia del labio anterior sobre el posterior. La presencia del tapón mucoso, que se puede poner bien en evidencia, apretando el cuello entre las valvas del espéculo y haciendo expresión se ve entonces salir un grueso tapón de mucus.

La histerometría presenta a veces verdaderas dificultades, ya hemos hablado de los grados de estrechez del orificio. Si se consigue franquear el orificio externo con el histerómetro, se siente que la punta del instrumento se encuentra en una cavidad, es la dilatación ampular del canal cervical.

La estrechez del orificio interno es rara, y se diagnostica por el cateterismo, pero no siempre que encontramos un obstáculo al pasaje de la sonda debemos afirmar que existe una estrechez del orificio interno, pues conviene siempre tener muy en cuenta la anteflexión de

la matriz que suele acompañar a veces la estenosis del cuello. Para evitar el error por las desviaciones de la matriz debemos tratar de franquear el orificio interno, ya sea bajando el mango del instrumento hacia la horquilla de la vulva, ya amoldándolo a la dirección de la cavidad uterina o haciendo tracción sobre el labio anterior del cuello si se trata de una anteflexión o sobre el labio posterior si se trata de una retroflexión.



EVOLUCION

La estenosis del cuello de la matriz, es una disposición que queda estacionaria pero conviene recordar que el embarazo y el parto, por los cambios que imprimen a la estructura del útero, según Pozzi, pueden atenuarla y aún hacerla desaparecer, como también la anteflexión de la matriz cuando ella existe, pero también sabemos que la fecundación en los casos de estenosis es muy rara.

La dismenorrea, puede aumentar de intensidad y el mecanismo de la retención, sobre el cual ya hemos insistido suficientemente, favorecen la infección ascendente de los órganos genitales, y así nos dan metritis, parametritis, y aun lesiones anexiales que son ya de un pronóstico serio.

La esterilidad puede tener una influencia moral muy marcada sobre la mujer, y que se debe tener muy en cuenta.

Los procedimientos de estómato-plastia, que más adelante describo, traen como resultados post-operato-

rio, cambios en la estructura de la matriz; así la ante-
flexión de la matriz desaparece, aumenta el cuerpo del
útero, etc., de manera tal que el médico, que trata la es-
tenosis del cuello puede esperar que la naturaleza com-
plete la obra empezada por él.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la estenosis del cuello, debe tener por objeto dilatar el cuello y mantener esta dilatación.

Los métodos que se han seguido para obtener este resultado son numerosos y se pueden clasificar: en procedimientos de dilatación del cuello que pueden ser a su vez rápida o lenta y procedimientos quirúrgicos.

Los procedimientos de dilatación rápida, tenemos el procedimiento de Ducke, en el cual se hace dilatación forzada y se deja un pesario metálico que mantiene la dilatación. El pesario se deja 3 meses o más.

Gibb hace dilatación forzada y curetaje.

Pajot hace dilatación rápida pero en varias secciones. Todos estos métodos se han abandonado, tienen el peligro de las desgarraduras y con ellas las hemorragias, y además la estenosis se forma nuevamente.

El procedimiento de dilatación lenta y progresiva, ha sido aconsejado por Pozzi en las estenosis que no son muy marcadas. Este tratamiento puede ser útil a

la vez que dilatando el cuello del útero excitando la vitalidad de la matriz, que son más o menos infantiles y llegando a producir un aumento de volumen del órgano.

El procedimiento de dilatación lenta y progresiva, se hace con laminarias y con las bujías de Hegar. El mejor tratamiento es combinando las laminarias que actuarían reblandeciendo la matriz y facilitando la dilatación que se hace progresivamente con las bujías de Hegar.

El tratamiento por la electrólisis también se ha ensayado y parece haber dado buen resultado. El inconveniente que tiene es de requerir un instrumental que no siempre puede estar al alcance del médico práctico.

Los procedimientos quirúrgicos que voy a citar rápidamente han sido abandonados porque tienen los peligros de la hemorragia, de la infección que hoy con la asepsia en que se opera no es una verdadera contraindicación, pero sí, el peligro que la estrechez se forme de nuevo debido a cicatrices o que si no se forma nuevamente la estrechez las cicatrices, pueden ser causa de distocia en el parto.

Así tenemos la operación de Fritsch, que consiste en hacer dos incisiones en forma de cruz en el cuello,

levantar a tijera cuatro colgajos, hacer después un taponamiento con gasa iodoformada.

Mundé hace dos incisiones laterales o cruciales, con el objeto de cortar las fibras circulares del orificio externo, cauteriza con iodo y deja un tapón de algodón para evitar que se forme nuevamente la estrechez.

Simpson, había inventado un instrumento, al que dió el nombre de metrótomo.

Introducido el instrumento en el canal cervical, llegando hasta el orificio interno hacía salir una lámina, de manera tal que retirando el instrumento, la lámina, hace una incisión de un lado del cuello. Se hacía lo mismo del lado opuesto y se dejaba un taponamiento de gasa iodoformada.

Greenhal, modificó el metrótomo de Simpson agregándole otra lámina.

Sims operaba sus enfermas 4 ó 5 días después de las reglas, hacía una incisión lateral doble a tijera y completaba las insiciones con un bisturí a lámina fina con el objeto de alcanzar el orificio interno. Dejaba entre las valvas del cuello taponos con percloruro de hierro, hacía después taponamiento vaginal y colocaba las enfermas en decúbito dorsal, durante varios días. Los taponos hemostáticos se retiraban tres o cuatro días después de la operación. La cicatrización se hacía a los doce días.

Voy a citar a Borissowycz, Lwof, Seelmann Livet, Bouilly, que también han tratado la estenosis congénita del cuello, por procedimientos propios; no vuelvo a repetir lo que ya he dicho al empezar a hablar de este tratamiento.

La amputación del cuello, ya sea el procedimiento de Simón Markwald o ya sea el de Schroeder, no está indicada en los casos de estenosis.

Llegamos al tratamiento de las estenosis del cuello por las operaciones auto plásticas; los casos que presento en esta tesis son tratados, unos por la estomatoplastía, procedimiento del profesor Pozzi, y otros por el procedimiento del profesor Bazterrica.

El profesor Pozzi ha ideado una operación auto plástica sobre el cuello estenosado del útero, que él ha llamado "estomatoplastía por váciamiento comisural del cuello".

"Esta operación no actúa solamente, como se podría creer, sobre la constitución del orificio externo. Por las modificaciones profundas de la vitalidad, que ella produce en el cuello, la parte superior de este canal se hace, como yo lo he constatado, más permeable. Ella actúa también destruyendo la flexión cérvico-corporal, cuyo espolón da a menudo la ilusión de una estrechez superior. Se podrá reconocer, más tarde, que

este obstáculo ha desaparecido; si él existe todavía se podrá hacer la dilatación progresiva por las bujías de Hegar”, S. Pozzi. *Traité de Gynecologie*. T. 1, p. 757.

El primer tiempo de la operación de Pozzi es el primer tiempo de la operación de Sims, que consiste en seccionar lateralmente el cuello de la matriz de manera tal que queden dos valvas, una superior y otra inferior; se toman con pinzas de dos dientes cada una de las valvas en que ha quedado dividido el cuello y se procede a dilatar la cavidad uterina con bujías de Hegar; después de la dilatación se hace un curetaje, que algunas veces no es sino explorador, pero que en otras es el tratamiento oportuno, de la metritis concomitante de la estenosis del cuello y de la cual ya hemos hablado. Después del curetaje, Pozzi emplea la solución de percloruro de hierro a 30° Baumé, que actuaría como hemostático, y que facilitaría los otros tiempos de la operación.

Cada valva del cuello de la matriz presenta dos superficies triangulares: las de sección, limitadas hacia adentro por la mucosa cervical y hacia afuera por la mucosa vaginal, y uniéndose por las bases en la comisura de las valvas a las superficies opuestas.

En cada una de las superficies de sección se levanta a histurí un colgajo en forma de cuña limitado

por dos insiciones longitudinales y por una transversal.

Las insiciones longitudinales son: una paralela a la mucosa cervical y la otra a la mucosa vaginal y convergen en la profundidad; la tercera sección es paralela a la comisura de las valvas y completa así la cuña que se levanta y que tiene una forma prismática triangular.

En el tercer tiempo se procede a suturar las cuatro superficies que han quedado a descubierto. Se colocan primeramente dos puntos comisurales, que cuando la hemorragia producida por la sección del cuello es abundante, dichos puntos juegan el papel de hemostáticos. El objeto que se desea es reunir la mucosa cervical a la mucosa vaginal, que limitan cada una de las goteras que han quedado después que se han levantado las cuñas. Dos puntos son suficiente, generalmente, para unir la mucosa cervical a la mucosa vaginal en cada una de las goteras, lo cual nos daría cinco puntos de sutura para cada lado, o sea 10 puntos de sutura después de terminada la operación.

Pozzi aconseja para hacer estos puntos de sutura los hilos de plata. En el caso de usar hilos metálicos es conveniente colocar por presión en la extremidad

de cada nudo una bolita de plomo para evitar que las puntas de los hilos lastimen la mucosa vaginal. Además, servirían como punto de reparo para cuando llegara el momento de sacar los puntos.

Se puede hacer también la sutura con catgut, lo cual ahorra tiempo, como he tenido ocasión de ver.

Se hace un taponamiento con gasa yodoformada que se cambia día por medio, y a los diez o doce días los hilos metálicos se pueden sacar.

Los resultados inmediatos de la operación dejan el cuello de la matriz semejante a un pico de pato abierto; poco a poco se opera el retraimiento de las dos valvas, el aspecto primitivo del cuello se modifica, y después de un tiempo, el cuello de la matriz es semejante al cuello de una mujer que hubiera tenido un parto normal.

El procedimiento de estomatoplastia del profesor Bazterrica, en su primer tiempo, es como el anterior; la sección lateral del cuello de la operación de Sims.

En el segundo tiempo se toman las valvas en que ha quedado dividido el cuello, con pinzas de dos dientes, y el ayudante, separando las dos valvas del cuello, expone las comisuras al operador.

Con un bisturí bien afilado se tallan en las comisuras un pequeño cono de un centímetro más o menos

de profundidad, cuya base no llega hasta la mucosa vaginal ni hasta la mucosa cervical.

El tercer tiempo consiste en reunir la mucosa cervical a la mucosa vaginal del lado correspondiente. Para ello se ponen dos puntos de seda gruesa de cada lado. Si hubiera hemorragia después de estas suturas, se podrá poner un tercer punto de sutura en las comisuras. Se hace un taponamiento con gasa iodoformada que se renueva cada cuarenta y ocho horas.

El aspecto del cuello después de terminada la operación, es semejante al aspecto que presenta el cuello en el procedimiento de Pozzi. Con el tiempo las valvas en que ha quedado dividido el cuello se retraen, las cuatro superficies que quedan al descubierto se cicatrizan, y el resultado definitivo es el aspecto del cuello de la matriz de una mujer que ha tenido familia, y cuyo cuello no ha sufrido desgarraduras. Estas operaciones de estomatoplastia tiene dos contraindicaciones formales: los úteros francamente infantiles y las lesiones anexiales.

CONCLUSIONES

Los resultados que se obtienen con las dos operaciones de estómato plastía que he descrito, como curación de la dismenorrea, son inmejorables. Desde la primera menstruación después de la operación ya sienten las enfermas la mejoría.

En cuanto a la esterilidad, yo presento en esta tesis cinco casos operados por el procedimiento del profesor Pozzi, cuatro de ellos con embarazos y partos perfectamente normales y uno de embarazo seguido de un aborto de 3 meses.

En cuanto al procedimiento del profesor Bazterrica no he podido conseguir los mismos resultados en ese sentido, y la causa es, como decía al empezar esta tesis, la falta de constancia, de parte de las enfermas, en volver a donde han sido operadas; porque si con el procedimiento del profesor Bazterrica se cura la dismenorrea, como lo atestiguan las historias clínicas de las enfermas y el cuello queda en perfectas condicio-

nes de permeabilidad, justo es suponer que la fecundación pueda hacerse. Además, la operación del profesor Bazterrica, es de una técnica muy sencilla y que está al alcance de cualquier médico práctico y se puede hacer en un espacio de tiempo muy corto.

OBSERVACIONES CLINICAS

De la Tesis del doctor E. F. Guzmán. Año 1911.
Hospital Francés. Servicio del doctor Jorge Laure.

M. L. S. — P. B. núm. 10. — 24 años. Uruguay.

Ingresó al servicio el 6 de Marzo de 1910.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Padres sanos.

Antecedentes personales. — A la edad de 8 años ha tenido sarampión.

Regló por primera vez a los 16 años y no fué dolorosa. Ha reglado después regularmente, mucha cantidad de sangre clara y sin coágulos, de tres a cuatro días de duración.

Continuó en esta forma hasta el cuarto mes, en que ya empezó a sufrir, sobre todo el primer día, a tal punto que se veía obligada a guardar cama.

No ha tenido hijos ni abortos.

Se casó a los 21 años y desde entonces las reglas se hicieron más dolorosas, debiendo quedar en cama durante los tres días o cuatro que tenía el período.

Gran cantidad de flujo durante los intervalos de la menstruación.

Un año después de casada, y en atención a la mayor gravedad de sus sufrimientos, entra en el Hospital Rivadavia, donde se le hace un curetaje.

Cuenta la enferma que las primeras reglas fueron indoloras, no así las siguientes, que fueron como antes.

Hace cinco meses le hicieron dilataciones con bujías de Hegar, consiguiendo algún alivio a sus males, pero muy pasajero.

Convencida de la inutilidad de estos tratamientos ingresa al Hospital Francés dispuesta a hacerse operar.

Estado actual.—Organos genitales externos normales. Por la palpación bi manual se comprueba una ligera anteflexión de su matriz de tamaño normal. Anexos normales.

Al espéculo, cuello cónico, con orificio obstruido con un tapón de mucus viscoso.

Operación.—Estomatoplastia. Procedimiento del doctor Pozzi.

Operador doctor Jorge Laure. Se intervino el 12 de Mayo bajo anestesia clorofórmica. 48 horas después se saca la gasa iodoformada, que se renueva

cada dos días. Al décimo día se sacan los puntos metálicos y es dada de alta diez y ocho días después de la operación.

He vuelto a ver a esta enferma en el mes de Octubre, 5 meses después, y está completamente curada de su dismenorrea y con un cuello perfectamente cicatrizado y en muy buenas condiciones.

Esta enferma se presenta en el consultorio del Hospital el 15 de Febrero de 1914, con un embarazo de ocho meses y medio. En los primeros días de Marzo se produce el parto en perfectas condiciones.

Hospital Francés. Servicio del doctor Jorge Laure:

N. C. — P. B. — No. 12. — 25 años. Francesa.

Ingresó al Servicio el 26 de Julio de 1913.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Ha tenido sarampión y escarlatina en su infancia. Tuvo sus primeras reglas a los 14 años, duró tres días, poca cantidad, indolora. Después pasó tres meses sin tener nada, hasta que alarmada por esta ausencia vió un médico y la sangre volvió.

Las siguientes menstruaciones fueron irregulares, con retardo de diez y quince días, mucha cantidad, con coágulos, y muy dolorosas durante todo el tiempo, que era ordinariamente de 5 a 6 días.

Se casó a los 21 años. No ha tenido embarazos, ni abortos. Desde esa época ha sufrido siempre de dolores durante sus reglas, lo que la obligó a hacerse ver con un médico, quien le hizo dilataciones con laminarias, consiguiendo alivio por un mes y volviendo como hasta entonces a padecer.

La dismenorrea ha seguido hasta ahora que, decidida a operarse, ingresa al Hospital Francés.

Estado actual. — Organos genitales externos normales. Por el tacto y palpación combinado, se nota un útero normal en ligera ante-flexión, cuello cónico, superficie lisa. Los fondos de saco vaginales están libres y no son dolorosos a la presión. Al espéculo se ve un cuello de superficie lisa sin erosión alguna y con un orificio estrecho; la histerometría da seis centímetros.

Operación. — Estomatoplastía. Procedimiento doctor Pozzi. Operador doctor Laure. Se sigue el mismo tratamiento post operatorio.

Reglas 20 días después completamente normales.
Sale el 5 de Noviembre de 1912.

Tres meses y medio después de la operación queda en cinta. No tuvo ningún accidente durante su embarazo.

Empezó el trabajo del parto a las diez de la noche del 30 de Octubre de 1913 y terminó naturalmente la mañana siguiente a las 4. Tuvo fuertes dolores desde media noche hasta las cuatro. No tuvo ninguna complicación después de su parto. El niño pesaba 3 kilos 800 gramos.

Hospital Francés. — Servicio del doctor Jorge Laure:

E. B. — S. I. — No. 8. — 20 años. Francesa.

Ingresó al Servicio el 15 de Agosto de 1911.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No ha tenido ninguna enfermedad durante su infancia. Regló a los 11 años por primera vez, duración de 3 a 4 días. Doloresas. Sus reglas han sido desde entonces siempre dolorosas. Hace dos años que es casada. No ha tenido hijos ni abortos. Cansada de sufrir de los dolores que le provocan sus reglas, decide entrar al Hospital para hacerse operar.

Estado actual. — Organos genitales externos normales.

Por el tacto y palpación combinada se siente un útero normal, cuello del útero cónico, a superficie lisa orificio estrecho. No se palpan los anexos, los fondos de saco vaginales están libres y no son dolorosos. Al espéculo se ve el cuello cónico con un orificio estrecho. La histerometría da 6 cent. y se nota la estrechez del orificio interno.

Operación. — El 17 de Agosto, bajo anestesia clorofórmica, se opera. Estomatoplastía procedimiento del doctor Pozzi.

Operador, doctor Oliveri.

Se sigue el mismo tratamiento post operatorio.

Sale el 30 de Agosto de 1912. Esta enferma no vió sus reglas; después de su operación quedó embarazada y el embarazo fué normal. El 19 de Mayo de 1912 se produjo el parto, que fué normal. El 17 de Julio de 1913 tiene un segundo parto, que fué también, como el anterior, completamente normal.

He visto esta enferma en estos días, que tiene un embarazo de 5 meses. El examen al espéculo me ha mostrado un cuello sano sin cicatrices; el aspecto del cuello de una múltipara.

Debo a la amabilidad del doctor Jorge Laure, los siguientes datos de la señora de X, operada por el doctor Pozzi el año 1910, con la asistencia de los doctores Wernicke y Laure:

La señora de X hacía nueve años que estaba casada y no había tenido hijos ni abortos; operada por el doctor Pozzi en 1910, en 1911 queda en cinta y aborta de un mes; su segundo embarazo fué en 1912, seguido de un aborto de dos meses, en Montevideo; y finalmente, su tercer embarazo ha sido a fines de 1913, esta vez el embarazo llega a término y el parto se produce en el mes de Mayo del corriente año. Dolores durante 1 1|2 día, hubo que hacer una aplicación de fórceps. Niño de 3500 gramos vivo.

Hospital de Clínicas. Servicio del doctor Bazterrica:

M. O., 27 años, española, casada. Entró el 6 de Noviembre de 1910.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Varicela en la infancia. Regló por primera vez a los 14 años, siendo después regulares, poca cantidad durante cuatro días. In-

doloras. No ha tenido hijos. Tuvo un aborto de 4 meses hace tres años y medio.

Estado actual. — Su enfermedad data desde el aborto, teniendo dolores en las caderas que se irradian hacia adelante y a la fosa iliaca izquierda. Este dolor se acentúa más cuando llegan las reglas. Tiene abundante flujo que se modifica con lavajes y tapones, lo mismo que los dolores que son menores que se limitan al anexo izquierdo.

Enfermedad actual. — Organos genitales externos normales. Por el tacto y la palpación combinada, el cuello es pequeño, el labio superior saliente formando un cuello tapiroide.

En el fondo del saco izquierdo se toca el anexo un poco engrosado y muy doloroso a la presión.

Fondos de saco derecho y posterior libres.

Tratamiento. — Reposo, lavajes y tapones.

El anexo mejora, hay menos dolor y su volumen ha disminuído sensiblemente. En un nuevo examen se nota desaparición absoluta del dolor sobre el anexo que no se palpa bien, por lo que se decide operar su cuello tapiroide, para su estenosis.

Operación. — Procedimiento del doctor Bazterrica. Operador doctor Bello.

Se hace la estomatoplastía por el método ya des-

cripto, y 48 horas después se renueva la gasa intrauterina y la vaginal. Se sigue haciendo curaciones cada dos días. La enferma se levanta al séptimo y se le sacan los puntos al noveno.

Las superficies cruentas van reduciéndose poco a poco, y al irse de alta a los 15 días de operada ya hay un entropión bien marcado.

A los cinco días de operada tiene las reglas sin dolor, que le duran 1 día y 1|2.

Hospital Nacional de Clínicas. — Servicio del doctor Bazterrica:

A. G., 24 años, casada, española. Entró el 18 de Mayo de 1911.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sarampión y viruela en la infancia. Regló por primera vez a los 14 años. Siendo estas reglas no dolorosas, poco abundantes, de 5 a 6 días de duración, periódicas.

Se casó a los 22 años. No ha tenido hijos ni abortos, datando desde esa época su enfermedad actual. Desde la época de su casamiento las reglas empezaron a ser dolorosas, localizándose estos dolores en el

hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, en la cintura y en la parte superior del muslo del mismo lado; también empezaron a adelantarse 7 a 8 días cada mes, durándoles dos o tres días, siendo abundantes. Estuvo en este servicio el año pasado, haciéndose una dilatación, quedando algo mejorada de sus dolores por algunos meses, volviendo después los mismos dolores, causa por la cual ha entrado por segunda vez a este Servicio. Es algo constipada.

Estado actual. — Examen ginecológico.

Organos genitales externos normales. Por el tacto y palpación combinados, se palpa un útero pequeño, en latero versión derecha, el cuerpo es movable, no doloroso. El cuello pequeño, de superficie lisa, dirigido hacia el fondo de saco lateral izquierdo.

No se palpan anexos; los fondos de saco vaginales están libres y no son dolorosos.

Al espéculo se ve el cuello pequeño con un orificio muy estrecho, sin erosión alguna a su alrededor.

Hísterometría. — La hísterometría da 6 cts.

Operación. — Procedimiento del doctor Bazterrica. Operador, profesor Bazterrica. Se hace la estomatóplastia bajo la anestesia clorofórmica y se hace el mismo tratamiento post operatorio que en los casos anteriores.

Tratamiento. — Curación día por medio, lavajes vaginales y tintura de iodo en el cuello y dentro de la cavidad uterina. El 30 de Mayo aparece su menstruación ya sin ningún dolor. Sale de alta teniendo que venir a curarse día por medio.

Hospital de Clínicas. Servicio del doctor Bazterrica:

E. K., 28 años, rusa, casada. Entra el 12 de Julio de 1911.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No ha tenido enfermedad alguna en la infancia. Regló por primera vez a los 14 años. Cuando soltera menstruaba periódicamente, durándole cuatro días, con dolores al comenzar la menstruación, dolores en las caderas y en el bajo vientre. No ha tenido hijos ni abortos. Se casó a los 20 años.

Enfermedad actual. — Desde que se casó, los dolores menstruales han aumentado, hasta el punto que la desesperan, obligándole a guardar cama, pues según la enferma, son horribles. Los dolores se localizan en las caderas y en el bajo vientre y se irradian

a la pierna derecha; la sangre le dura cuatro días, no es muy abundante. Tenía flujo, que actualmente ha desaparecido. Orina bien, no es constipada. Si no fuera por sus dolores periódicos, que tanto la hacen sufrir, sería una mujer perfectamente sana.

Estado actual. — Organos genitales externos normales. Por el tacto y palpación combinados, se nota el útero en antiflexión.

El útero es móvil, no doloroso; el cuello pequeño, cónico, de superficie lisa, orificio bien estrecho, de consistencia blanda. Los fondos de saco vaginales están libres y no son dolorosos a la presión. Al espéculo se ve un cuello de superficie lisa, sin erosión alguna y con un orificio puntiforme. La histerometría da 6 centímetros y medio.

Operación. — El 15 de Julio de 1911. Estomoplastía.

Procedimiento del doctor Bazterrica. Operador, doctor Bello.

Se sigue el mismo tratamiento post-operatorio. La enferma es dada de alta en perfectas condiciones.

JUAN JOSÉ ESPIL.



30609

Buenos Aires, Junio 9 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero doctor Enrique Bazterrica, al profesor titular doctor Lucio Durañona y al profesor suplente doctor Carlos R. Cirio, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4.º de la "Ordenanza sobre exámenes".

L. GÜEMES.

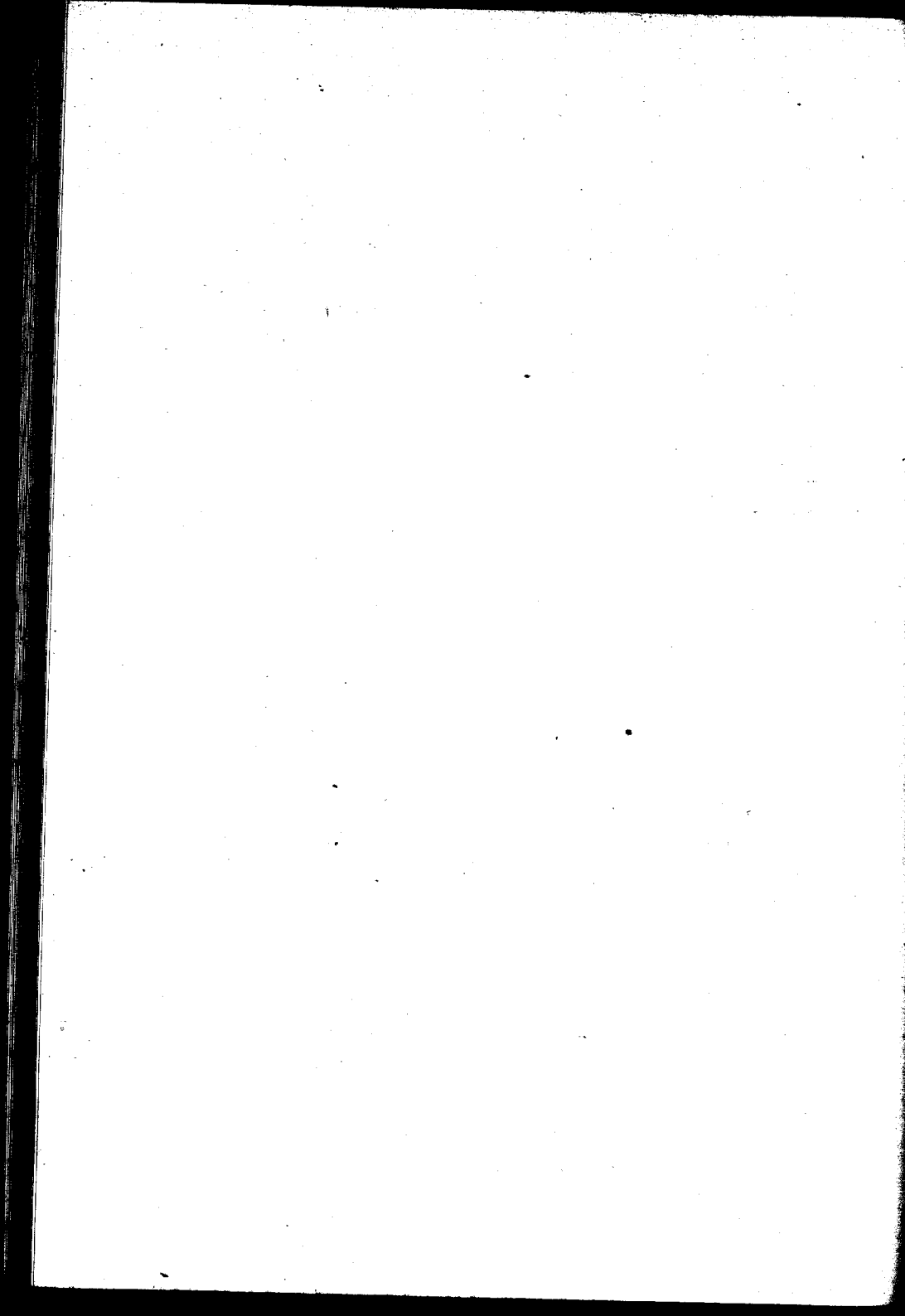
J. A. Gabastou,
Secretario.

Buenos Aires, Junio 22 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta No. 2834 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou,
Secretario.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

1a.—¿Es aplicable el procedimiento de estomatoplastía, de Pozzi, en la elongación vaginal del cuello del útero?

Bazterrica.

2a.—Paralelo entre las dilataciones practicadas con laminaria y con bujías.

Lucio Durañona.

3a.—En los casos de estenosis del cuello con endometritis concomitante, ¿debe practicarse el raspado en la misma sesión que se hace la estomatoplastía?

C. R. Cirio.

