

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

AMPUTACION  
DEL  
CUELLO DEL ÚTERO

---

TESIS INAUGURAL



Para optar al grado de Doctor en Medicina

POR

**DOMINGO RIVARA**

Ex-interno por oposición de los Hospitales Rawson y Rivadavia

10875



BUENOS AIRES

4140 - IMP., LIT. Y ENC. MARIANO MORENO, CORRIENTES, 829

1894

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

## **Decano**

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.

## **Vicedecano**

DR. D. EUFEMIO UBALLES.

## **Académicos Honorarios**

DR. D. SANTIAGO LARROSA.  
» » ERNESTO ABERG.  
» » PABLO MARENGO.  
» » EDUARDO WILDE  
» » IGNACIO PIROVANO.  
» » MARTÍN SPUCH.

## **Académicos Titulares**

DR. D. MAURICIO GONZÁLEZ CATÁN.  
» » LEOPOLDO MONTES DE OCA.  
» » JOSÉ T. BACA.  
» » RAFAEL HERRERA VEGAS.  
» » PEDRO MALLO.  
» » JOSÉ M. ASTIGUETA.  
» » JACOB DE T. PINTO.  
» » EUFEMIO UBALLES.  
» » JUAN R. FERNÁNDEZ.  
» » ENRIQUE E. DEL ARCA.  
» » PEDRO N. ARATA.  
» » MANUEL BLANCAS.  
» » ROBERTO WERNICKE.  
» » PEDRO LAGLEYZE.  
» » JOSÉ PENNA.

## **Secretario Titular**

DR. D. LUIS M. ACUÑA.

# ESCUELA DE MEDICINA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Anatomía Descriptiva . . . . .	Doctor <i>Juan José Naon.</i>
Anatomía Topográfica. . . . .	" <i>Mauricio González Catán</i>
Histología teórico-práctica . . . . .	" <i>Andrés F. Llobet.</i>
Fisiología General y Humana . . . . .	" <i>José M. Astigueta.</i>
Higiene Pública y Privada. . . . .	" <i>Melitón González del Solar.</i>
Patología General y Ejercicios clínicos . . . . .	" <i>Roberto Wernicke.</i>
Materia Médica y Terapéutica. . . . .	" <i>Justiniano Ledesma</i>
Patología Externa. . . . .	" <i>Guillermo Udaondo.</i>
Patología Interna . . . . .	" <i>José Penna.</i>
Anatomía Patológica . . . . .	" <i>Telémaco Susini.</i>
Medicina Operatoria . . . . .	" <i>Adalberto Ramaugé.</i>
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica.	" <i>Jacob de T. Pinto.</i>
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica . . . . .	" <i>Manuel Blancas.</i>
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica.	" <i>Pedro Lagleyze.</i>
Enfermedades nerviosas y su clínica . . . . .	" <i>José M. Ramos Mejía.</i>
Enfermedades mentales y clínica respectiva. . . . .	" <i>Domingo Cabred.</i>
Clinica Quirúrgica . . . . .	Dres. { <i>Ignacio Pirovano.</i> <i>Julián Aguilar.</i>
Clinica Médica. . . . .	Dres. { <i>Eufemio Uballes.</i> <i>Gregorio N. Chaves.</i>
Obstetricia y clínica respectiva . . . . .	Doctor <i>Samuel A. Molina.</i>
Medicina Legal y Toxicología . . . . .	" <i>Eduardo M. Pérez.</i>
Química aplicada a la Medicina. . . . .	Dres. { <i>Pedro N. Arata.</i> <i>Atanasio Quiroga.</i>
Física Médica. . . . .	Doctor <i>Jaime R. Costa.</i>
Historia Natural Médica . . . . .	" <i>Eliseo Cantón</i>
Fisio-patología experimental . . . . .	" <i>Juan B. Señorans.</i>
Enfermedades venéreas y dermatología . . . . .	" <i>Baldomero Sommer.</i>
Laringología, otología y rinología. . . . .	" <i>Eduardo Obejero.</i>
Farmacia y Práctica farmacéutica . . . . .	" <i>Juan A. Boeri.</i>
Obstetricia para alumnas parteras . . . . .	" <i>Juan R. Fernández.</i>
Odontología . . . . .	" <i>Nicasio Etchepareborda</i>

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Anatomía Descriptiva. . . . .	Doctor <i>Juan D. Piñero.</i>
Anatomía Topográfica. . . . .	Dres. { <i>Juvencio Z. Arce.</i> <i>Avelino Gutiérrez.</i>
Histología teórico-práctica. . . . .	Doctor <i>Rodolfo de Gainza (en ejer.)</i>
Fisiología General y Humana. . . . .	<i>Vacante.</i>
Higiene Pública y Privada . . . . .	" <i>Enrique Revilla.</i>
Patología General y Ejercicios clínicos . . . . .	" <i>Gregorio Araoz Alfaro.</i>
Materia Médica y Terapéutica. . . . .	Dres. { <i>Enrique E. del Arca.</i> <i>Angel M. Centeno.</i>
Patología Externa. . . . .	Dres. { <i>Obdulio Hernández.</i> <i>Pascual Palma (en ejer.)</i>
Patología Interna . . . . .	Doctor <i>Marcial V. Quiroga.</i>
Anatomía Patológica . . . . .	" <i>Carlos Malbrán.</i>
Medicina Operatoria. . . . .	" <i>Diógenes Decoud.</i>
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica.	Dres. { <i>Enrique Bazterrica (en ejer.)</i> <i>Alfredo Lagarde.</i>
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica . . . . .	Dres. { <i>Antonio F. Piñero.</i> <i>Facundo Larguía.</i>
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica.	Dres. { <i>Francisco Barraza.</i> <i>Teófilo A. Moret.</i>
Enfermedades nerviosas y su clínica . . . . .	" <i>José A. Esteves.</i>
Enfermedades mentales y clínica respectiva. . . . .	<i>Vacante</i>
Clinica Quirúrgica. . . . .	Dres. { <i>Antonio C. Gandolfo.</i> <i>Juan B. Justo.</i> <i>Alejandro Castro (en ejer.)</i>
Clinica Médica. . . . .	Dres. { <i>Abel Ayerza (en ejer.)</i> <i>Julio Méndez.</i> <i>Francisco Sicardi.</i>
Obstetricia y Clínica respectiva . . . . .	Doctor <i>Luis F. Vila.</i>
Medicina Legal y Toxicología . . . . .	" <i>Francisco de Veiga.</i>
Química aplicada a la Medicina . . . . .	" <i>José M. Irizar.</i>
Farmacia y Práctica Farmacéutica . . . . .	<i>Vacante.</i>
Laringología, otología y rinología . . . . .	<i>Vacante.</i>
Enfermedades venéreas y dermatología. . . . .	" <i>M. Aberastury (en ejer.)</i>
Obstetricia para alumnas parteras. . . . .	" <i>Enrique Pietranera.</i>
Odontología . . . . .	" <i>Vacante.</i>

PADRINO DE TESIS

*Académico Dr. José Lenna*

A mis padres

*Gratitud y cariño*

*A mis hermanos*

SEÑORES ACADÉMICOS,

SEÑORES PROFESORES:

El tema que he elegido para cerrar el último eslabón de mi carrera, no es seguramente de aquellos que presentan un vasto campo de investigación; pero habiendo tenido ocasión de intervenir directamente, en varios casos, con resultados halagüeños, me he decidido á presentarlos á la consideración de Vds. para llenar una exigencia del reglamento de la Facultad.

Estoy convencido de que con esta simple operación se pueden curar innumerables enfermas que pasan meses y meses soportando todas las alteraciones que imprime al organismo un proceso mórbido que, aunque de pequeña extensión, tiene gran influencia por obrar sobre un órgano rico en nervios y vasos, y estar en relación por medio de grandes redes vasculares con sus anexos, haciéndole participar de sus alteraciones y funciones.

Antes de descender de esta tribuna, quiero hacer público mi agradecimiento, á mi maestro y distinguido cirujano doctor Bozetti.

## Indicaciones

---

En la estenosis, cuando se han ensayado los diferentes tratamientos, sin resultado; por ejemplo, dilatación lenta con los tallos de laminaria, ó dilatación inmediata progresiva con las bugías graduadas de Hegar, y otros procedimientos, hay lugar á intervenir haciendo la amputación del cuello del útero; los síntomas de dolor que acompañan á las reglas en estos casos toman caracteres de agudeza que son insoportables para la enferma y las mujeres están amenazadas con la esterilidad.

Una estenosis del orificio interno ó externo puede ser causa de la esterilidad, por acumularse en la estrechez una gran cantidad de *mucus*, no permitiendo el paso á los espermatozoarios; la amputación viene á remediar este inconveniente.

En las metritis cervicales crónicas dolorosas, está muy justificada la amputación en esta afección; los tratamientos más distintos han caído; todos los ginecologistas están de acuerdo en que solamente una intervención quirúrgica, puede curar dicha enfermedad. Se puede preguntar, cuál es la razón no conociéndose diferencia histológica del cuerpo

y del cuello, y la diferencia de lesión que produce la inflamación en ambas partes por la que el racleaje en el cuerpo da servicios positivos y en el cuello negativos. Seguramente el curetaje del cuerpo quita toda la mucosa enferma, mientras que en el cuello no alcanza á las numerosas glándulas que se abren en el canal cervical y en su fondo de saco y al tejido músculo-fibroso que está afectado.

La mucosa cervical inflamada, el tejido conjuntivo submucoso é intersticial é idénticamente hinchado y espeso, producen ectropión de los labios del cuello; éste se desgarrá más ó menos profundamente, se forman lesiones diseminadas, todo el tejido de la mucosa interna se cubre de erosiones, granulaciones y quistes granularios ó huevos de Naboth, de ulceraciones y verdaderas vegetaciones.

La hipertrofia que sufren los labios le da el aspecto de cuello llamado tapiroide; cuando se hipertrofia en todo su diámetro, se asemeja á un badajo de campana, los orificios á veces ampliamente abiertos, otras veces presentando estenosis.

Un mucus espeso viscoso sale constantemente; he aquí que la amputación da resultados maravillosos.

Sería muy largo pasar revista á todos los medios que se han empleado para curar las metritis cervicales; si algunos de ellos pueden hacer cesar la inflamación del cuello, es solamente cuando es

aguda; siendo crónica, el único tratamiento es la amputación.

ULCERACIÓN. — Antes de emprender la operación en esta afección, hay que examinar si se trata de una ulceración sifilítica, donde el tratamiento específico es de una gran utilidad, ó de una ulceración tuberculosa que el estado de la enferma ó el microscopio nos pondrá en el buen camino; las de origen herpético ó septicémicas son excepcionales.

Las ulceraciones que existen sin metritis concomitantes, son aquellas producidas á consecuencia de parto ó aborto y aplicaciones de forcep; y aquí echaremos mano á la sección del cuello.

DESVIACIONES UTERINAS. — Las desviaciones uterinas son acompañadas generalmente por las metritis, ectropión, dislaceraciones del cuello. La amputación obra sobre esta alteración y no en las desviaciones mismas; pero, amputando el cuello, suturándolo á las paredes vaginales, se procura mantener el útero enderezado; quien ha preconizado é ideado un método operatorio, ha sido Sims para la ántero-versión, método que hoy casi solamente se usa en estos casos.

Las intervenciones en el cuello en las retro-desviaciones son más frecuentes. En los prolapsos útero-vaginales hay que tener en cuenta si son completos ó incompletos; siendo incompletos, casi siempre van acompañados de retro-desviación, estará indicado el método de Richelof Biford ó el de Nicolettis.

Cuando hay descenso é hipertrofia del útero, que viene á constituir los prolapsos mixtos, según el grado será elegida la sección-supra ó infra-vaginal.

La intervención quirúrgica en el cuello uterino para las desviaciones, es con el objeto de mantener en una buena posición á la matriz; en ántero y retro-versión, la sutura de una de las paredes vaginales hace vascular en sentido inverso la desviación.

Con la amputación se suprime una parte del cuello, se aminora el peso del órgano y sufre una descongestión que es muy útil.

En caso de cuerpo fibroso del útero en estado de preñez, Cazin ha obtenido halagadores resultados con la amputación supra-vaginal del cuello, en el séptimo mes del embarazo, y la cree más ventajosa que la operación cesárea.

CÁNCER. — Á propósito de esta afección, pasaremos por alto las largas discusiones que han habido y quizás por mucho tiempo seguirán antes que la ciencia pueda aclarar punto tan obscuro.

Sea como dice Schroeder, que hay una diferencia entre el cancroide del hocico de Tenca, con las otras variedades de cáncer; que la primera es una afección local, mientras que la segunda se propaga destruyendo, infestando los tejidos próximos, ó sea lo que dice Pozzi, que el cáncer cuando está situado en el cuello, al principio hay probabilidad que no contamine á los linfáticos, es la razón por la cual las recidivas son más tardías, cuando se

hace la amputación supra-vaginal, mientras que la histerectomía se hace casi siempre que el cuerpo está invadido.

Sin entrar en discusiones que ocuparían un trabajo muy largo, que no es lo que me propongo, en apoyo á la estadística publicada por Verneuil, Schroeder y Byrne, y el caso operado por mí, voy á dar una ojeada á las últimas publicaciones al respecto.

En una comunicación hecha en el *Royal Medical and Chirurgical Society* de Londres, sobre la amputación supra-vaginal del cuello en caso de cáncer, Lewes ha hecho notar lo siguiente:

- 1º. Las indicaciones y contraindicaciones.
- 2º. Sobre la mortalidad.
- 3º. El resultado bajo el punto de vista de las recidivas.
- 4º. Los detalles de los casos operados por él, en los cuales las recidivas no se han presentado, sino después de dos años.

Esta comunicación, basada sobre diez y nueve observaciones propias, saca las conclusiones siguientes que contesta á las preguntas antedichas.

En cuanto á la primera, Lewes estima, que antes de operar se haga un examen bajo cloroformo para darse cuenta de los límites del mal. Respecto á la segunda, la mortalidad fué nula. En la tercera, la recidiva no se produjo sino después de dos años, teniendo en cuenta que el examen microscópico afirmó que en estos casos se trataba de cáncer.

Lewes, demostró con sus operadas, que hay necesidad de amputar todo el cuello para obtener buenos resultados, que no corre gran peligro el abrir el fondo de saco posterior. En cuanto á la operación, prefiere el termo-cauterio al bisturí para desprender el cuello.

Gessett, ha presentado una estadística deseando probar que los beneficios dados por la amputación supra-vaginal, son mejores que aquellos de la histerectomía. Desde el año 1889 al 1891, ha practicado 24 veces la amputación del cuello; el resultado ha sido: en 15 veces no ha habido recidiva, y en 5 veces la hubo. Tres enfermas fueron perdidas de vista, una murió. La estadística de la histerectomía arroja una mortalidad de 16 %; él cree que en la amputación supra-vaginal es ventajoso seccionar una parte del cuerpo del útero, en lugar de hacer una escisión directamente en la unión del cuerpo con el cuello; hay que tener presente que la candidata haya llegado á la edad de la menopausia, sino podrá sufrir mucho después de la operación, en el momento de su regla. Opina lo mismo que Lewes, que no hay ningún daño en abrir el saco de Douglas; pero para seccionar los tejidos prefiere el bisturí ó tijera al termo-cauterio, objetando que cuando los tejidos han sido cauterizados, no es posible ver si toda la parte enferma ha sido quitada.

Hudebre, sostiene que el cáncer una vez que haya avanzado al útero, no se puede recurrir á la am-

putación y poco se puede esperar de la histerec-  
tomía. Raitt, llama la atención, recordando un  
caso observado por él de una enferma atacada de  
un neoplasma del cuello uterino, que había sido  
mirado por un caso de cáncer inoperable. El mi-  
croscopio enseña que no es un epitelioma, pero  
sí un adenoma; las partes enfermas fueron saca-  
das y no hubo recidivas; teniendo esto presente  
siempre será muy útil antes de emprender una  
operación por cáncer del cuello, hacer un examen  
histológico.

No ve ninguna utilidad en amputar una parte  
del cuerpo del útero. Lewes, como quiere Gessett,  
dice que cuando uno se ve en la obligación de  
seccionar una parte del cuerpo, lo más aceptable  
en la histerec-  
tomía

Munod, ha publicado en los *Anales de la Poli-  
clinica* de Burdeos, un interesante trabajo sobre  
este asunto tan debatido, de la operación y trata-  
miento del cáncer del cuello.

En los casos que el neoplasma ocupe un pequeño  
circuito en el cuello, la operación es aceptable y  
puede ser radical.

Esta operación será siempre preferida á la his-  
tere-  
c-  
tomía, si los resultados terapéuticos son com-  
parados.

Munod, ha redactado casos que parecen demos-  
trar que al principio del proceso, la operación  
parcial puede ser una operación de elección.

El primer caso es una mujer de 33 años que tenía una hemorragia. Como después de tres meses el cirujano la examina, encuentra un aumento de volumen del cuello, con abolladuras desiguales de naturaleza epitelial que fué demostrada por consecuencia.

Debido á que el cuello estaba poco invadido, se hace la ablación intra-vaginal adelante y supra-vaginal atrás.

Examinada trece meses después de la operación, la enferma no tiene ninguna recidiva; el apetito y regla normales. En el segundo caso se trata de una mujer de 36 años de edad, casi en las mismas condiciones que la anterior; el cuello está igualmente transformado en una masa dura y lobulada; el cuerpo, al parecer, sano.

Se hace una histerectomía vaginal que termina por la curación. La enferma vuelve completamente á la salud; un mes y medio después la escena cambia, la recidiva se produce.

Para aliviar á las pobres enfermas que están condenadas á una vida cruel, se obtiene un gran beneficio con la operación parcial; en esos casos que el tumor se ha extendido al útero y sus alrededores, los dolores y las hemorragias acompañadas de un olor fétido que aniquilan á las enfermas, produciendo una especie de pánico á las personas que las rodean, encuentran un gran alivio con dicha operación. Munod, habla de una mujer que

fué operada parcialmente en 10 años cinco veces y goza relativamente de una buena salud; yo he visto varios casos en los hospitales que vienen á corroborar al anterior.

Al emprender una operación en el cuello del útero por epiteloma, es necesario asegurarse que no está propagado al órgano; puede suceder, aunque raro, esté uno en presencia de dos focos simultáneos situado uno en el cuello y el otro en el cuerpo. Según Pharmenuiell, una mujer de 56 años que había pasado á la edad crítica, después de nueve meses, estuvo sujeta á hemorragias que fueron tan abundantes que arrastraron á la enferma á un estado anémico.

El cuello es cilíndrico y voluminoso; sus dimensiones, consistencia, aumentadas de volumen.

El canal es libre al acceso de la última falange del dedo y forma un anillo duro y rígido: el cuerpo es poco aumentado de volumen, duro, móvil, en anteflexión. Los anexos normales. En la pared posterior del cuello, un poco á la izquierda, se siente al tacto una nudosidad del volumen de una nuez dura, sensible y sangrienta.

Hecha la extirpación del útero, la enferma se restablece y la pieza anatómica demuestra que se trataba de dos focos simultáneos, uno en la cavidad y el más voluminoso en el cuello; este último sirvió para diagnóstico.

Concluy, dice que hay que tener mucho cuida-

do en la operación del cáncer, que puede á veces estar constituido de dos focos simultáneos. Un diagnóstico hecho á la ligera é indicada la amputación supra-vaginal en este caso, hubiera sido negativo el resultado.

## Preparación de la enferma

---

Un día antes tomará un baño de limpieza, un purgante que descongestione el útero y pone en buenas condiciones el tubo digestivo. Dos días antes se le hará dos inyecciones vaginales, una por la mañana y otra por la noche, de bicloruro de mercurio al 1 ‰; en el día de la víspera, al dar la inyección, se recorre con los dedos los fondos de saco para desprender toda mucosidad que esté adherida y poder hacer una buena asepsia, colocando una tira de gasa yodoformada. Si se le va á suministrar cloroformo, se le tendrá á dieta; hay muchos cirujanos que para esta operación suprimen la anestesia general, valiéndose para operar de la anestesia local por medio de inyecciones de cocaína.

Los partidarios de la anestesia general objetan que cuando se destruye profundamente la mucosa, es muy dolorosa; ¿se debe sin embargo administrar el cloroformo? Es verdad que al incidir el cuello del útero y al pasar la aguja, lo mismo que al raspar, las enfermas sufren, pero es un dolor

que lo soportan bien. En cambio se evitan todos esos trastornos que trae el anestésico.

Se use ó no el cloroformo, las enfermas son colocadas en la posición dorso-sacra, los ayudantes separan las piernas de la enferma, sujetando las rodillas con el axila; de este modo quedarán con las manos libres; uno de ellos sujeta una valva de Sims para deprimir la horquilla de la vulva, el otro se encargará de irrigar continuamente el campo operatorio.

Se lava la vulva con jabón y cepillo y con bicloruro de mercurio al 2 ‰; hecho esto, se toma el cuello con una pinza erina, se atrae hacia la vulva, se dilata el cuello por medio del dilatador de Ellinger, ó bujía de Hegar, y se procede á hacer una inyección intra-uterina.

La mayor parte de los cirujanos emplean en la sutura de las partes operadas, la seda ó el hilo de plata, que presenta la ventaja de poder dejarlo todo el tiempo necesario, pero impone la necesidad de sacarlo uno á uno; como la reunión se hace rápidamente á excepción de algunos casos, se prefiere el *catgut* que se reabsorbe y da buenos resultados, á condición que se cierren bien los nudos; muchos ginecólogos usan la crín de Florencia.

---

## Métodos operatorios

---

Podemos amputar el cuello debajo de la inserción vaginal ó sobre ella; esto da origen á dos clases de métodos, el *infra-vaginal* y el *supra-vaginal*.

**MÉTODOS INFRA-VAGINALES.** — Si recorremos al través del tiempo, encontraremos que la amputación del cuello del útero es de reciente data (1783). Los antiguos lo ignoraron; al partir de 1807, se vuelve una operación corriente, pero la hemorragia que se producía, en los casos de carcinoma, fué causa para que se colocara esta sencilla operación, entre una de las más dañosas; hoy en día, que contamos con medios hemostáticos, esta operación es de las más inofensivas; tenemos muchos procedimientos operatorios, de los cuales unos presentan sus ventajas en ciertas condiciones, sobre los otros. Pasémosle una revista rápida:

1º. *Métodos antiguos.* — En éstos, al principio se hacía con un simple bisturí la amputación del cuello, pero como la hemorragia era peligrosa, los cirujanos empezaron á tener sus temores. Entonces

apareció el constrictor de Chassaignac. En el primer momento fué una gran conquista que pronto se desvaneció. Dicho instrumento presenta un buen número de inconvenientes, que fueron lo suficiente para que se abandonara; entre ellos podemos observar que es frecuente la herida de la vejiga y del fondo de saco de Douglas, aunque el asa del constrictor no se lleve profundamente; pero aun tenemos lesiones de mayor consideración, que son debidas á la mortificación de los tejidos vecinos, que sufren según la resistencia que opongan. La porción vaginal, que es rica en fibras conectivas, se quiebran y se rompen fácilmente con la cadena del constrictor; con la mucosa no sucede lo mismo, debido á que está recorrida de numerosas fibras elásticas. El conducto vaginal y las partes que lo rodean oponen mayor resistencia, pero el inconveniente mayor es la cicatrización consecutiva al estrangulamiento, que da lugar á retracciones y á estenosis del cuello. El asa galvanocáustica no presenta ventajas sobre el constrictor de Chassaignac.

En la amputación circular, la superficie puesta al descubierto, tocada por cáusticos que cura por granulaciones, fué abandonada; lo mismo ha pasado con el método de Sims, que se diferencia del anterior en que se sutura la mucosa vaginal formando el manguito como en un miembro.

2º. *Métodos modernos.* —Entre los que están más

en boga tenemos en primera línea el de Schroeder, Simón, Martín, Simpson y Hegar.

Haré una descripción rápida de cada uno de ellos para poder hacer luego |consideraciones del valor que nos presenta en los distintos procesos mórbidos del cuello del útero y en cuáles de las afecciones debemos elegir el método.

*Métodos de Schroeder.*—Para esta operación se procede de la manera siguiente: se toma con dos pinzas Musseaux el útero por su labio anterior y posterior, se atrae hacia el orificio vaginal, después se incinde el cuello en ambos lados hasta los fondos de saco, luego se separa uno del otro; de esta manera se puede observar toda la mucosa del canal cervical hasta el orificio interno.

Se practica sobre la mucosa un corte trasversal lo más arriba que sea posible, teniendo presente que el bisturí penetre en el parénquima del cuello; en seguida se le lleva hacia el vértice del labio y se practica el segundo corte que vaya á reunirse con el anterior por incisiones laterales, permitiendo incindir la mucosa con una parte del tejido subyacente; resulta de esto un largo colgajo privado de mucosa; hecho esto, se toma el colgajo por sus extremos y se lleva hacia arriba hasta ponerlo en contacto con la primera incisión y se fija por medio de suturas. Con el segundo labio, el procedimiento es el mismo, y se concluye la operación suturando lo que aun reste de las incisiones laterales primitivas.

Las desgarraduras del cuello no alteran este método; se prolongan las desgarraduras hacia arriba, se incinde la mucosa á mayor altura, se unen los cortes trasversales á los laterales y se suturan teniendo presente los casos; los labios incindidos con los cortes laterales, resulta de esto un cuello más corto, tapizado en su interior con epitelio vaginal y reunidas las desgarraduras laterales. Si los labios están separados por las desgarraduras por encima de los fondos de saco y no se unen sino por un pliegue delgado de la mucosa, la incisión de ésta se asocia á la operación de Emmet.

En este método, así como en todos los otros, el cuidado consecutivo á la operación presenta mucha semejanza; así tenemos que, una vez efectuada ésta y la cura consiguiente con gasa yodoformada estará la enferma en cama y al tercer día se retira la curación y se hará dos inyecciones de bicloruro al 2 ‰; á los ocho días se extrairán los hilos, á los diez días puede ya la enferma levantarse.

*Método de Simón.* — Con una pinza erina se toma el cuello y se tira hacia abajo, otra pinza es colocada en la parte más saliente del labio posterior. Con un bisturí de hoja estrecha, el operador divide lateralmente el hocico de Tenca, hasta el nivel de la inserción de la vagina, después se ataca el labio posterior á una distancia conveniente de la mucosa cervical.

El corte tendrá una extensión de uno á dos centímetros, y esto depende del grado de desarrollo del cuello, llegará de un lado al otro; la segunda incisión es hecha próxima al límite de la superficie post-inferior de la porción vaginal y va como la anterior de una comisura á la otra, yendo oblicuamente para encontrarse en la profundidad. Con esta incisión se limita un trozo de cuello de una forma conoide; la sutura será aplicada con una aguja tamaño medio, tomando toda la superficie de la herida, los hilos pueden colocarse en la mucosa cervical, pero es mejor que los hilos se encuentren inmediatamente en el límite que separa el epitelio pavimentoso del cilíndrico y se sutura la pérdida de sustancia creada por el segmento incindido; el corte del labio inferior se opera por un procedimiento idéntico, la incisión irá de una comisura á la otra paralelamente á la mucosa cervical y se encontrará con una incisión que partiendo de la superficie infero-anterior de la porción vaginal, se une por medio de *catgut* toda la superficie sangrienta y coaptación exacta de las heridas laterales.

*Método de Martin.*— Tomando el útero con una pinza, se tira lo más abajo que sea posible, se incinden los labios del cuello hasta la inserción del nivel de la vagina.

En la línea de contacto de la mucosa enferma con la sana, se da un corte perpendicular al eje del cuello, se extrae valiéndose de una incisión de afuera adentro, una porción del labio posterior

teniendo una extensión según los casos; se sutura en seguida, poniendo los hilos lo más lejos para ensanchar el orificio externo; se opera lo mismo para el labio anterior, teniendo cuidado de colocar las pinzas en la posición declive, es decir, en el pliegue de transición cérvico-vaginal.

Concluído esto, se procede á la reunión de las comisuras laterales, se saca del fondo de saco anterior las pinzas que no son necesarias; los hilos que han sido aplicados son suficientes para inmovilizar el cuello.

Aprovechando estos hilos, se puede atraer uno de los lados del cuello para concluir con la sutura en la línea media; las suturas deben abrazar toda la parte sangrienta y estar próximas para impedir las hemorragias que son muy abundantes en este nivel.

Lo mismo se practica con la comisura del lado contrario, por lo regular de 8 á 10 hilos; son bastantes para cada labio, de 3 ó 4 para las comisuras, habiendo hecho la hemostasia y habiendo reunido los labios de la mucosa vaginal y cervical se corta los hilos previo lavaje, se repone la matriz en su lugar y la enferma es trasportada á su lecho.

*Método de Simpson.* — La paciente en la posición dorso-sacra, el cuello es tomado por una pinza erina, un anillo de *catgut* se hace deslizar de manera que abrace el cuello y quede colocado en los fondos de saco vaginales; entonces el cuello es atravesado en la línea mediana, con una aguja estrecha, sir-

viéndose de un porta-agujas. Una aguja recta pasa con mayor facilidad en el tejido del cuello, pero si éste no se puede bajar lo suficiente, el empleo de la aguja recta se rechaza y se sirve de una curva; se introduce la aguja al través del cuello del útero y se engancha un hilo metálico largo, tirando hacia abajo el hilo, recorriendo el camino que había hecho la aguja al ser introducida; otros hilos semejantes pasan dos á cada lado de la línea media, de suerte que el canal es atravesado por tres largas suturas, una mediana y las otras laterales.

Hecho esto, se toma el bisturí, se incinde horizontalmente el cuello; también uno se puede servir de la tijera, dividiendo el labio anterior y posterior; este corte horizontal es llevado hasta que se aperciban en el fondo de la herida los hilos.

Desde el momento que uno ve los hilos, se toma un ganchito ó un instrumento que permita atraer los hilos del fondo de la incisión, formando éstos varias asas; cortando estas tres asas se tiene seis hilos, tres para cada labio. Se da un corte siguiendo una línea algo curva, con la concavidad hacia adelante que venga á terminar un poco antes del extremo superior de la primera incisión y se separa el fragmento del cuello, de lo cual resulta un pequeño colgajo; en el labio inferior, el punto de partida es la mucosa cervical. Los hilos son cerrados de manera de coaptar los labios de la herida; igualmente se ejecuta con el labio posterior.

Con suturas suplementarias se cierran los lados del cuello del útero, para formar sus fondos.

El espesor del cuello indica si se debe pasar las suturas laterales; cuando es poco grueso se puede suprimir dichas suturas.

*Método de Hegar.* — Se ataca el cuello, después de haber atraído el útero todo lo posible hacia la vulva; poniéndolo lo más próximo facilita la operación. Se penetra con el bisturí por los fondos laterales del hocico de Tenca hasta el nivel de las inserciones vaginales, se incinde el labio posterior partiendo del límite de la mucosa cervical una porción cónica más ó menos considerable según los casos; la sutura se hace tomando los hilos toda la superficie sangrienta, de modo que las cicatrices estén situadas cerca del nivel del muñón del labio posterior. Lo mismo se procede para el labio anterior: se ponen en contacto los bordes laterales por medio de suturas profundas; esta oclusión se puede hacer reuniendo directamente ó por medio de un revestimiento de la mucosa.

*Método de Verneuil.* — Esta operación ha dado muy buenos resultados á su autor en los casos de cáncer; este método para ser practicado se divide en tres tiempos: 1º. Se agarra el cuello con una pinza de Musseaux, introduciendo el índice en el saco de Douglas para que nos sirva de guía y deslizando sobre él un trócar, para ser introducido en el tejido uterino en sentido vertical al eje del cuello. Se saca la valva del espéculo, transpor-

tando el índice al fondo de saco anterior, teniendo cuidado por donde va á salir el extremo del trócar, mientras que un ayudante tirará el cuello hacia abajo. Cuando la cánula del trócar sobresalga un centímetro, se retira el punzón; en su lugar se pone una pequeña bugía uretral; el extremo saliente, es cogido con una pinza en el fondo de saco anterior y se conduce hacia la vulva. La cánula del trócar es retirada, en uno de los extremos de la bugía se hace pasar dos hilos muy fuertes, de una longitud de unos 50 centímetros; tirando de la bugía por el otro cabo, se retira dejando colocados los dos hilos que han atravesado el cuello, cuyos hilos son conducidos fuera de la vulva. Uno de ellos nos servirá para pasar la primera cadena, el otro para atraer el útero hacia abajo. Los demás instrumentos son retirados; á falta de un trócar, se puede perforar el cuello con una sonda acanalada llamada de Broca, se le imprime una curvatura, adecuada y semejante á la de la aguja de Cooper, del pabellon se hará de manera que venga á reemplazar un mango sólido, después que la punta haya pasado al través del cuello, se desliza por la hendidura un estilete flexible, dispuesto en forma de aguja, que nos servirá para pasar los hilos; 2º. En este tiempo se coloca la cadena, se debe tener presente, que el lado cóncavo de la cadena, se dirige contra el cuello. Puesta el asa metálica, antes de apretar, hay que asegurarse que esté sobre el nivel del mal, por los lados en caso que el proceso se extienda

próximo á los fondos de saco laterales, dirigiendo todo lo posible la cadena verticalmente al eje del cuello. Un ayudante por medio del otro hilo, tira el otro hacia abajo y al lado opuesto. El cirujano introduce hacia lo alto el tallo rígido del constrictor, manteniendo el anillo con la uña del índice izquierdo, hasta haber trazado un surco en el cuello. Si se tiene dos constrictores curvos se abrevia la operación, colocando la segunda cadena siguiendo las mismas reglas que la primera; haciendo funcionar juntos los dos constrictores se hace más rápida la amputación. Si se cuenta con uno solo, antes de concluir la primera sección, con el segundo hilo se ligará la otra mitad del cuello, perpendicularmente á su eje, de manera de formar un surco; terminada la primera sección, se coloca nuevamente en el surco formado por el hilo y terminando la operación, los dos extremos de estos hilos servirán para atraer el útero hacia abajo; 3º. Este tiempo debe hacerse con mucha lentitud, para que no se produzca hemorragia, estando la cadena constriñida se percibe la resistencia de los tejidos, la operación debe hacerse muy paulatinamente y no se avanza más que una *muesca* cada 30 segundos; si se produce un crujido anunciando que el tejido se desgarró, se da 10 segundos más de intervalo entre cada golpe; esta marcha debe observarse hasta el último diente de la cremallera para evitar derrames de sangre en los dos ó tres últimos minutos de la sección.

*Cuidados consecutivos á esta operación.*—Terminada la operación, se examinará el trozo extraído con mucho cuidado para darse cuenta si el corte ha sido en el tejido enfermo ó ha pasado más allá y si se ha herido el fondo de saco post-peritoneal.

Si el peritoneo no tiene ninguna lesión bastará inyectar agua fenicada al 2 %, con suavidad en la vagina, hasta obtener un líquido incoloro ó ligeramente teñido.

Puede resultar que el peritoneo haya sido lesionado, se aplicará unos puntos de sutura aunque muchas veces la naturaleza se encarga de la oclusión, si sucede que la extirpación no ha sido completa y se tiene la probabilidad de llevarla á cabo, el Dr. Verneuil aconseja que se aplique el espéculo de Lisfranc ó el macizo de Boj, hacer todo lo posible para destruir los últimos restos del neoplasma, con la cucharilla cortante ó con el termo-cauterio; el apósito según Verneuil, consiste en aplicar contra la vulva una compresa de gasa antiséptica.

*MÉTODOS SUPRA-VAGINALES.—Método de Schroeder.*  
—Con las pinzas de Musseaux es tomado el cuello del útero y atraído á la entrada de la vulva; hecho esto, se pasa un hilo sólido al través y por encima de cada uno de los fondos de saco laterales.

Estos hilos sirven para hacer descender las partes laterales, siendo útiles para comprimir las arterias uterinas y sus ramas, y constituir después de la in-

cisión suturas sólidas ; en el extremo de los fondos de saco puede en rigor prescindirse de ellos.

La pared posterior de la vejiga se separa fácilmente de la pared anterior de la vagina y de la del cuello, con dislacerar el tejido laxo que hay interpuesto.

Tirando hacia arriba las pinzas de Musseaux tendremos el fondo de saco posterior al descubierto, se procede con éste como con el anterior ; en este punto la dificultad es mayor á causa que el peritoneo, es difícil de separar. Cuando la invasión del neoplasma es muy alta, hay que llevar muy arriba la incisión, en el fondo de saco posterior, y se corre el riesgo de herir el peritoneo ; si esto se llega á evitar, podría acontecer que se raje en varios puntos la serosa al quererla desprender del tejido vaginal.

Se puede reconocer el peritoneo antes de ser lesionado, por su color azulado y transparente ; si á pesar de todo la serosa ha sido abierta aunque no hay que temer, cuando se opera antisépticamente, se pasará una ó varias suturas, cerrando las degarraduras ó las heridas y cortando muy corto los extremos de los hilos. Dividida la vagina por su parte anterior y posterior se prolongarán las incisiones de cada lado hasta encontrarse, con esto quedará libre el cuello en todo su alrededor ; se continúa desprendiendo por medio del dedo todas sus conexiones conjuntivas y se concluyen de desprender las partes laterales, y rechazándola hacia

los lados. Por los lados, es difícil por ser más firme el tejido celuloso; es por donde entra la arteria al útero. Ligadas estas arterias, se cortan y si hay desconfianza, se pasa una nueva ligadura, cuando uno calcula que el cuello está suficientemente desprendido, se ataca por su pared anterior con el bisturí hasta el canal cervical. Se sutura pasando los hilos al través del fondo de saco anterior y á lo largo de la pared posterior de la vejiga, penetrando por la pared anterior y saliendo por el canal cervical; al ligar los hilos se tiene en cuenta la superficie de sección de la pared vaginal anterior que coincida con la superficie de sección de la mucosa cervical; los hilos se hacen pasar profundamente para cerrar la herida del tejido conjuntivo; hecho esto, se divide la pared posterior del útero, esta sutura impide que el muñón se escape hacia arriba; con la pared posterior se procede lo mismo que con la anterior y se agrega algunas suturas laterales para reunir toda la superficie sangrienta.

---

## Consideraciones generales sobre los métodos operatorios

---

Demos una mirada ligera á los diferentes métodos, para ver sus buenas ó malas cualidades.

El método de Schroeder tiene la ventaja de quitar la mucosa degenerada, destruir lo que llama zona perniciosa, albergue de una cantidad innumerable de bacterios que una vez que invaden la cavidad uterina dan lugar á inflamaciones y origen á las autoinfecciones. Pero tiene el inconveniente que la sutura es difícil y que las agujas se rompen fácilmente.

Con el procedimiento de Simon extraemos una porción de tejido parenquimatoso, pero dejamos la mucosa enferma; es de una práctica operatoria muy sencilla.

El de Simpson, aunque presenta algunas ventajas, según Hart y Barbour, los autores más modernos lo van dejando, los citados autores lo recomiendan como método muy sencillo y se expresan más ó menos así.

Este método operatorio tiene la ventaja de poner los hilos antes de empezar la operación. La facilidad de pasar las agujas en el tejido denso del cuello

cuando está fijo por medio de las pinzas; con los hilos se ejerce atracción sobre el órgano después de haber incindido la porción cervical sobre la cual estaban colocadas las pinzas; la sutura de los colgajos se hace en seguida que los labios han sido amputados, impidiendo la hemorragia. Este método es preferible en los casos de prolapsus uterinos, las suturas metálicas son muy convenientes para todas las operaciones del cuello y vagina, ellas se quitan con la mayor facilidad, se pueden torcer ó ligar, teniendo cuidado que las extremidades tengan un largo suficiente para que sobresalgan de la vulva los cabos, los dos extremos de la misma sutura, son torcidos juntos para no confundirlos con los demás; por último, todos ellos son envueltos en un pedazo de gasa yodoformada ó algodón hidrófilo.

Los métodos de Martin, Hegar y Sims, van quedando en el olvido por ser menos útiles que los anteriores, á excepción del de Sims, que se usa todavía en la ante-versión.

Con el método de Sims en la ante-versión se procede de la manera siguiente: se hace un avivamiento profundo y transversal sobre el lado inferior del cuello, y otro avivamiento en la pared anterior de la vagina, se reúnen estas superficies cruentas por medio de suturas, teniendo cuidado de enderezar antes el útero.

En los prolapsos vagino-uterino, el método que se emplea es aquel preconizado por Huguier.

En los pseudo prolapsos se puede aplicar varios

procedimientos, la amputación bicóncava es el de elección.

Pozzi siempre aconseja que el raclaje se deje para el último, basándose que la sangre que sale de la cavidad uterina, incomoda para la amputación; opiniones autorizadas aconsejan que se haga primero, argumentando que los hilos se aflojan con el raspado.

El muñón que resulta de la amputación del útero por estos diversos métodos, queda mejor cuando se deja la sutura de los colgajos, para el último, es decir, el avivamiento se hace primero en los dos colgajos dándose cuenta exacta de si las suturas serán simétricas; se obtiene de esta manera un muñón del cuello, uniforme, mientras que si se procede separadamente, puede dar lugar á desigualdades ó irregularidades después de la curación.

Ciertos autores como von Richelot Byford, en los casos de retro-desviaciones uterinas, proponen el método que á continuación detallamos: el labio anterior del cuello es avivado; una vez el útero en su lugar, se afrontan estas superficies á la pared anterior de la vagina, que ha sido puesta en las mismas condiciones que la posición del cuello: de esta manera impiden que bascule el útero hacia atrás. Nicolettis, á su vez hace la amputación supra-vaginal, y fija las dos paredes vaginales á la parte anterior del labio superior. El orificio uterino para que sea impermeable se une á la pared vaginal y se suturan estas paredes al cuello por los lados.

Para destruir algunas dificultades que tiene el procedimiento Schroeder en la sutura, M. Gannet de Toulouse, ha propuesto lo siguiente:

El cuello es amputado de la manera ordinaria, los colgajos que resultan tienen un borde libre y una base, ó mejor dicho, de esta sección resulta un colgajo con un borde libre y otro adherente á la base ó próximo al orificio interno. Á la misma altura de este orificio, al través del espesor de la base, uno de los colgajos es atravesado por una aguja, partiendo de la porción vaginal, enhebrada con *catgut*, y saliendo por la herida introduciéndola á una buena distancia de la mucosa del orificio interno; con esto tenemos la base del colgajo traspasada con un hilo.

Pínchase nuevamente con la aguja, siguiendo un plano vertical, la parte sangrienta del colgajo á un centímetro y medio sobre el borde libre, saliendo al través de la mucosa del lado vaginal, á medio ó á un centímetro del borde de la herida. Con esto tenemos un colgajo atravesado en su base y en su borde por una asa de hilo cuya porción libre responda á la superficie sangrienta; uno de los extremos del hilo está en la base y el otro en el borde por la cara de la mucosa vaginal.

Se fija en el extremo del hilo de la base por medio de una pinza para que no se escape; con

la misma aguja se procede exactamente igual con el otro colgajo, pero á la inversa se introduce la aguja en el borde libre del colgajo anterior por su cara vaginal, se hace salir por la parte cruenta entrando con la aguja por la base de manera de tomar una porción de la mucosa uterina del orificio interno para venir á sacarla por la cara vaginal del colgajo.

De lo cual resulta, que los bordes libres están atravesados por una misma asa de hilo, cuyos dos extremos atraviesan la base mordiendo en el orificio interno á la mucosa uterina para aparecer por la cara vaginal. Tirando por estos cabos se hace desaparecer el asa hasta suprimirla.

Necesariamente los labios de la herida con los labios de los bordes libres enganchados, serán puestos en contacto, la base del colgajo que se replegará sobre sí misma y la mucosa vaginal será afrontada con la mucosa cervical.

De manera que esta adaptación de los colgajos está asegurada y se concluye por anudar los cabos delante de los colgajos.

Si colocamos una sutura mediana tomando la mucosa uterina del orificio interno y dos laterales solamente musculares, y algunos puntos simples por los lados, para la reunión de los ángulos tendremos un buen afrontamiento, un cuello presen-

table y quizá mejor fijado que por el procedimiento ordinario de Schroeder.

Toda intervención que se haga en el cuello para remediar cualquiera alteración, debe ser precedida por un raspado y una absoluta antisepsia.

## Contra - Indicaciones

---

La menor intervención en el cuello en ciertos casos puede traer complicaciones muy graves.

1°. Cuando se trata de intervenir en un período inflamatorio agudo, es exponer á la enferma; está absolutamente contraindicada en estos casos.

2°. Habiendo una colección líquida serosa, purulenta ó sanguínea en las trompas ó en el ovario, podría acarrear un peligro muy serio, á más un *poussé* inflamatorio á los órganos ya atacados que se puede propagar al peritoneo; también está expuesto á una ruptura de la bolsa.

3°. Está contraindicado á lo menos momentáneamente, cuando hay afecciones concomitantes agudas del útero ó de sus anexos, ó cuando hay inflamación del peritoneo pelviano ó el tejido celular que lo rodea; sin embargo, se puede intervenir en la metritis cervical que se repiten sucesivamente á período agudo con ó sin metritis puerperal y sin alteraciones de los anexos y del peritoneo.

4°. Las alteraciones vulvo-vaginales de marcha aguda con lesiones del cuello.

Indudablemente, si se interviene en el cuello en

estas condiciones, es abrir una puerta de entrada á los diversos organismos que pululan en estos focos; es necesario curar primeramente toda alteración vulvo-vaginal para destruir toda complicación post-operatoria.

5°. Es imprudente emprender una intervención en la enferma cuyo organismo está debilitado ó en estado febril.

6°. Todas las operaciones sobre el cuello uterino son muy benignas si se observan estrictamente todas las reglas antisépticas.

7°. Por último, en los casos de diabetes la menor intervención quirúrgica es acompañada de accidentes mortales; por lo general en estos casos, se tendrá cuidado de examinar siempre la orina.

## Observación I

---

M. N., 22 años de edad, italiana, ingresa al Hospital Rivadavia en el servicio del doctor Bozetti, el 15 de Noviembre de 1893.

*Antecedentes hereditarios.*—La madre murió de fiebre puerperal, el padre goza de perfecta salud.

*Antecedentes individuales.*—Menstruó á los 17 años. Á la edad de 7 años tuvo sarampión; á los 10 años pulmonía al pulmón izquierdo; después de esta última enfermedad quedó muy débil. Desde muy joven empezó á trabajar cargando grandes atados de ropa en la cabeza, pasando varias horas á la orilla del río lavando; sentía por intervalos dolores fuertes en la cintura, que muchas veces le impedían enderezarse.

Á los 18 años le contagiaron una blenorragia que le duró más ó menos un año. Esta última enfermedad dió lugar á que la menstruación no se presentase regularmente, aunque antes se producía en pequeñas cantidades, pero á intervalos casi iguales.

Á los 20 años se casó; al año y medio entra al Hospital.

*Estado actual.* — El estado general es regular, sufre de dolores de cintura y dismenorrea; durante el coito sufre de dolores fuertes, al caminar siente un peso en el bajo vientre.

Por medio del tacto se descubre que el cuello avanza hacia la vagina; colocando el dedo en el fondo de saco posterior, se comprueba que el fondo de la matriz guarda su posición; introducido el histerómetro marca 7 1/2 centímetros; diagnosticada una hipertrofia del cuello, el doctor Bozetti tuvo la amabilidad de dejarme operar como en los casos subsiguientes.

Hice la amputación del cuello precedida de un raspado; á los 22 días sale de alta para venir al consultorio; á los 7 meses se presenta otra vez al Hospital con síntomas de embarazo.

---

## Observación II

---

N. N., 19 años de edad, argentina, costurera, casada, entra al Hospital al servicio del doctor Bozetti, el 15 de Mayo.

*Antecedentes hereditarios.*— Los ignora.

*Antecedentes individuales.*— Menstruó á los 15 años, á los 10 tuvo escarlatina, á los 14 bronquitis; quedó en cama bastante tiempo; dos ó tres días antes de la menstruación tenía que guardar cama, sufría de dolores fuertes en la región lumbar, cansancio en las piernas, sin apetito, nerviosa, tenía flores blancas, sobre todo algunos días antes de la regla; se casó á los 17 años, no ha tenido familia, entró al Hospital buscando alivio á sus sufrimientos.

*Estado actual.*— Introducido el dedo en la vagina, en su posición normal se encuentra el útero, el cuello alargado, de forma cónica; colocado el espéculo, se confirma esto. El cateterismo se hace difícilmente, pasa una sonda fina; diagnosticada una estenosis del cuello, se procede á la amputación siguiendo el consejo del doctor Pozzi, ha-

ciendo dos colgajos en el labio anterior y uno solo en el posterior, previo raspado; curación; abandona el Hospital; á los 10 meses se presenta al consultorio por una enfermedad del tubo digestivo y está muy mejorada de su antigua afección.

### Observación III

---

N. N., 28 años de edad, española, planchadora, ingresa al Hospital al servicio Dr. Bozetti, el 8 de Septiembre de 1894.

*Antecedentes hereditarios.*—El padre murió de tuberculosis; la madre lo ignora.

*Antecedentes individuales.*—Menstruó á los 15 años; á los 12 años tuvo fiebre tífus, curó; fracturóse una pierna á los 15 años.

Á la edad de 22 años contrae matrimonio; tiene dos hijos; al tercer embarazo aborta á los 5 meses, atribuyéndolo á un choque sobre el vientre; más ó menos en esta época empieza á sentir dolores en el bajo vientre; la menstruación siguiente no viene normal; cuando soltera padeció de dismenorrea; después de pasada esta dolencia desapareció para volver al poco tiempo acompañada de leucorrea, dolores á la cintura, siente cansancio en las piernas al caminar ó estar parada; cansada de andar por los consultorios donde había sido sujeta á varios tratamientos sin resultado, entra al Hospital.

*Estado actual.*—Constitución general regular

con poca diferencia ; padece de los mismos síntomas anteriormente dichos.

*Signos físicos.* — Por medio del tacto combinado, encontramos al útero en retro-flexión, grande, con ectropión del labio anterior del cuello ; metido el espéculo, el cuello no sólo está hipertrofiado sino que presenta una pequeña úlcera. El histerómetro nos enseña que la matriz mide 8 centímetros.

Procedí después del raspado á la amputación del cuello, sacando un colgajo de 1 1/2 centímetro. Curación ; salió del hospital para concurrir al consultorio, y cesó de venir por algún tiempo, cuando aparece á los 10 meses nuevamente. Hecho el cateterismo, se nota que el útero tiene 5 1/2 centímetros ; excuso decir que la mayor parte de los síntomas de su enfermedad desaparecieron.

---

## Observación IV

---

N. N., española, de 38 años, cocinera, ingresa al Hospital, al servicio del Dr. Bozetti, el 9 de Julio de 1894.

*Antecedentes hereditarios.*—Los padres son sanos.

*Antecedentes individuales.*—No ha tenido enfermedad digna de consideración; se casó á los 25 años, tuvo ocho hijos; en el último, según datos que da la enferma, hubo necesidad de aplicar el forcep. Una vez dada de alta siguió trabajando; cuando volvieron las reglas, sintió dolores en la región lumbar, que antes no había sufrido; como no eran muy fuertes no se puso en tratamiento, pero llegó un día que estos dolores eran intensos y las reglas á intervalos diferentes se presentaban; entonces resuelve entrar al Hospital.

*Estado actual.*—Anémica con síntomas de histerismo; muy nerviosa, sin apetito, dilatación de estómago, dolores á la presión en la región ovárica izquierda, padece de leucorrea, el tacto combinado da cuenta de un cuello hipertrofiado, alargado, el

cuerpo del útero descendido y algo en retro-versión, el hysterómetro mide 8 centímetros.

Diagnóstico: hipertrofia del cuello con metritis.

Hecha la amputación del cuello con previo raspado, al salir del Hospital sale muy mejorada.

## Observación V

---

N. N., 42 años de edad, francesa, casada, planchadora, ingresa al Hospital en el servicio del Dr. Bozetti, el 2 de Agosto de 1894.

*Antecedentes hereditarios.* — El padre murió de fiebre amarilla; la madre lo ignora; menstruó á los 15 años.

*Antecedentes individuales.* — Cuando pequeña, enfermó de pulmonía: hace 2 dos años, tuvo la influenza; se casó á los 28 años, el primer embarazo abortó; luego tuvo tres hijos, después otro aborto para tener cuatro hijos más. Ha tenido casi siempre flujo con dolores á la cintura y pesadez en las piernas; hace como 6 meses tiene metrorragia; la leucorrea ha aumentado como los demás síntomas, acompañada de olores feos como dice la enferma; en este estado entra al Hospital. El tacto nos enseña que el útero está aumentado de volumen, descendido en retro-versión; el cuello ulcerado, duro; por medio del espéculo se nota vegetaciones en coliflor.

Diagnóstico: epiteloma. Estando limitado al cuello se ensaya la amputación supra-vaginal del cuello, procedimiento de Schroeder. La enferma sale del Hospital habiendo desaparecido todos los síntomas que la molestaban.

---

## Conclusiones

---

1°. La amputación del cuello, es un medio terapéutico capaz de dar en un lapso de tiempo relativamente corto, una curación radical de las alteraciones avanzadas del cuello con ó sin metritis concomitantes.

2°. Sea indirectamente ó directamente, como operación principal ó secundaria presta reales servicios, en las siguientes afecciones: en la metritis del cuello, cualquiera que sea su naturaleza ó su grado; en las desviaciones uterinas ántero ó retro-desviación; los prolapsos con ó sin hipertrofia.

3°. Se encuentra indicada en las desgarraduras del cuello, producidas por la intervención obstétrica ó quirúrgica.

4°. Los mejores métodos en la amputación del cuello, son los de Simón y Schroeder, que se pueden combinar en ciertos casos con el de Huguier.

5°. Las enfermas en los partos ulteriores á esta operación no corren ningún peligro con los métodos de elección; la amputación del cuello del útero debe ser precedida de un raspado.

Buenos Aires, Noviembre 14 de 1894.

DOMINGO RIVARA

## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

En la metritis cervical crónica, el mejor tratamiento es la amputación.

### II

En el pio-salpin, el tratamiento radical es su extirpación.

### III

En la uretrotomía interna no es necesario dejar la sonda permanentemente.

### IV

En toda uretritis crónica, para su diagnóstico de clasificación, debe hacerse un examen bacteriológico de los filamentos y del flujo.

Buenos Aires, Noviembre 20 de 1894.

Sírvanse informar respecto de la admisibilidad de este trabajo, los Señores Académico Dr. Juan R. Fernández y Profesores Suplentes Dr. Enrique Bazterrica y Dr. Alfredo Lagarde.

LEOPOLDO MONTES DE OCA

*Luis M. Acuña*

Secretario.

---

Buenos Aires, Noviembre 29 de 1894.

La presente tesis llena las condiciones reglamentarias.

*J. R. Fernández*

*E. Bazterrica*

*Alfredo Lagarde*

---

Buenos Aires, Diciembre 4 de 1894.

En vista del informe que antecede, entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida en acto público.

LEOPOLDO MONTES DE OCA

*Luis M. Acuña*

Secretario.