AÑO 1909 N. 1929

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA ESTERILIDAD EN LA MUJER

Estenosis del cuello uterino

Y SU

TRATAMIENTO

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN CARLOS LABAT

Ex-practicante de la Asistencia Pública.—Ex-practicante externo é interno por concurso de exámenes del Hospital Rivadavia.

«LA CIENCIA MÉDICA»

LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES,

1909

La Esterilidad en la Mujer

AÑO 1909 N. 1929

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA ESTERILIDAD EN LA MUJER

Estenosis del cuello uterino

Y SU

TRATAMIENTO

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN CARLOS LABAT

Ex - practicante de la Asistencia Pública. — Ex - practicante externo é interno por concurso de exámenes del Hospital Rivadavia.

«LA CIENCIA MÉDICA»
LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES
1909

La facultad no se hace solidaria de la opiniones vertidas en las tésis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS DE LA ACADEMIA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

1 DR. D. JOSÉ T. BACA
2 » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3 » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4 » » EUFEMIO UBALLES
5 » » PEDRO N. ARATA
6 » » ROBERTO WERNICKE
7 » » PEDRO LAGLEYZE
8 » » JOSÉ PENNA
9 » » LUIS GÜEMES
10 » » ELISEO CANTÓN
11 » » ENRIQUE BAZTERRICA
12 » » ANTONIO C. GANDOLFO
13 » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA

Secretario

DR. D. JACOB DE TEZANOS PINTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÈ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA
» » EUFEMIO UBALLES
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica.	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica.	» JAIME R. COSTA
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina. . .	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos. . .	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana . . .	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica . . .	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica. . . .	» EDUARDO OBEJERO
» Dermatológica y Sifilográfica.	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica.	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-Urinaria	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUAN R. FERNÁNDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedraticos extraordinarios
Fisica Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomia Patológica	» JOSÈ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatol. Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoologia Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histologia	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriologia	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
Patologia externa	» CARLOS ROBERTSON
	» RICARDO S. GÓMEZ
Patologia interna	» RICARDO COLÓN
Clínica oftalmológica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS
	» M. HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE
	» DAVID SPERONI
» Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZÁRATE
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» A. PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL R. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedraticos
Zoologia general, anatomia y fisiologia comparada	*Dr. Angel Gallardo*
Botánica y mineralogia	» *Adolfo Mujica*
Química inorgánica aplicada.	» *Miguel Puiggari*
Química orgánica aplicada	» *Francisco Barraza*
Farmacognósia y posologia razonada .	» *Juan A. Boeri*
Física farmacéutica	» *Julio J. Gatti*
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» *Francisco P. Lavalle*
Técnica Farmacéutica	» *J. Manuel Irizar*
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» *Francisco P. Lavalle*
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» *Ricardo Schatz*

Asignaturas	Catedraticos sustitutos
Farmacognósia y posologia razonadas .	*Dr. Juan A. Dominguez*

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Gated. titulares
Parto Fisiológico y Clínica Obstétrica Parto Distócico y Clínica Obstétrica	*Dr. Fanor Velarde*

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	*Dr. Miguel Z. O'Farrel*
	» *Ubaldo Fernández*
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» *J. C. Llames Massini*

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomia, Fisiologia, Patologia	*Dr. León Pereyra*
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica Terapéutica dentarias, Medicina legal. .	» *N. Etchepareborda*

PADRINO DE TÉSIS

DOCTOR PAULINO FERNANDEZ

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI QUERIDA MADRE

Á MIS HERMANOS

A MIS AMIGOS

Señores Consejeros.

Señores Profesores.

En cumplimiento de una disposición reglamentaria, presento á vuestra consideración la tesis inaugural para optar al título de doctor en medicina.

Este trabajo versa sobre "La esterilidad de la mujer" y "Estenosis del cuello uterino y su tratamiento"; y, aun cuando el tema se presta por su importancia para ser tratado con el mayor detenimiento, al desarrollarlo le he asignado las proporciones más modestas, tratando de poner de relieve especialmente ciertos métodos operatorios cuya bondad y eficacia me atrevo á preconizar después de una observación detenida en la práctica diaria de mi internado del Hospital Rivadavia.

Al abandonar las aulas, no puedo sino tener expresiones de profunda gratitud para mis maestros, cuyas sabias lecciones han influído tanto en mi educación profesional, contribuyendo con su consejo y su palabra erudita á consolidar mi preparación científica.

En consecuencia, quiero mencionar aquí algunos nombres que siempre he de recordar con el mayor reconocimiento; al director del Hospital y mi maestro el Dr. Samuel Molina, á quien le debo estar especialmente grato por las múltiples atenciones que me ha dispensado durante mi internado; al Dr. Enrique del Arca, médico de sala; al distinguido ginecólogo, Dr. José María Caballero; á los doctores Silvio Totti, Eduardu Beláustegui, Escalier, Zabala, Rodolfo Lemos, Juan Carlos Demaría, Adolfo Güemes, F. de la Vega y A. Uballes.

Con todos ellos tendré una insaldable deuda de gratitud, pues á su ciencia reconocida debo muchas é importantes enseñanzas.

No debo terminar sin mencionar al médico interno del Hospital, doctor Roberto Aróztegui, quien, con su invariable gentileza, ha contribuído en buena parte en este trabajo, trazándome el plan á seguir y orientándome en su desarrollo.

Tanto por lo que dejo referido como por las atenciones que ha tenido personalmente conmigo, le quedo eternamente reconocido.

Lo mismo digo con respecto al Dr. Paulino Fernández, mi padrino de tesis, á quien agradezco efusivamənte esta nueva prueba de afecto, no obstante las innumerables y cariñosas demostraciones que de él tengo recibidas.

A mis compañeros de internado un saludo cariñoso.

Breves consideraciones sobre la anatomía de los órganos genitales de la mujer

Antes de entrar en el estudio de las causas de la esterilidad en la mujer, me ha parecido justo hacer algunas consideraciones sobre la anatomia del aparato genital y también sobre la fisiología de la concepción, pudiendo talvez, con esto, aclarar el mecanismo de algunas de las causas y determinar su sitio.

El aparato genital comprende la vulva ó vestíbulo de la vagina, órgano de la sensibilidad, comprendiendo el conjunto de los órganos genitales externos.

La vulva está formada de tres planos, siendo el primero un plano superficial, constituído hacia adelante por el pénil y hacia atrás por los grandes labios; el segundo un plano mediano más profundamente situado, representado por los pequeños

labios y el clítoris, y el tercero, un plano más profundo todavía, al cual pertenece el vestíbulo, el meato urinario, el orificio vaginal y las glándulas que se abren adelante de este orificio.

La vagina es un conducto músculo-membranoso que se extiende desde la vulva hasta el útero; es el órgano principal de la copulación, donde es vertido el liquido fecundante.

Ella se encuentra situada entre la vejiga y el recto y se dirije oblicuamente de abajo á arriba y de adelante á atrás; su largo mediano es, más ó menos, de 10 centímetros; su calibre varía sobre los diferentes puntos, siendo en su entrada más estrecho y ensanchandose progresivamente de abajo hácia arriba.

El útero, ó matríz. es el órgano en el cual el óvulo fecundado se deposita, nutriéndose y desarrollándose hasta el momento en que el nuevo ser pueda ser viable. La matríz es única, de forma globulosa; y es mantenida por los ligamentos que la fijan en esa posición favorable al rol que ella debe desempeñar.

Estos ligamentos son: 1º, los ligamentos anchos, uno de cada lado; 2º, los ligamentos redondos, en número de dos, que la fijan hacía adelante y 3º, los ligamentos útero-sacros, que la mantienen hacia atrás.

Estos últimos ligamentos contribuyen poderosamente á mantener la matríz en el centro de la pélvis, punto importante á conocer, pues los prolaos ó descensos uterinos se encuentran frecuentemente en la esterilidad; tienen, además, un gran rol, pues de su integridad depende la buena posición del útero; adəmás, como veremos más adelante, un gran nùmero de casos de esterilidad reconoce por causa una mala posición de la matríz, una desviación que puede presentar todas las posiciones y todos los grados.

Los ligamentos uterinos son suspensores y fijadores, y deben, al estado normal, mantener la matríz en una posición tal que ella se encuentre en ligera anteversión. Todas las demás posiciones son anormales y producen por consecuencia, en un tiempo variable, perturbaciones las más diversas, de las cuales nos ocuparemos luego.

Los ovarios son los órganos en los cuales se forman los óvulos.

Producen el elemento hembra necesario para la reproducción de la especie y tienen en el aparato genital de la mujer el mismo rango que ocupan los testículos en el aparato genital del hombre. De unos salen los óvulos, de los otros los espermatozoides, cuya unión con los primeros engendra el nuevo ser.

Los ovarios están situados sobre los lados del útero, en su parte más elevada, hacia atrás de las trompas y de los ligamentos redondos y hacia adelante del recto. Estan unidos al útero por un ligamento especial, el ligamento del ovario; gozan de una movilidad relativamente grande y su desplazamiento accidental es causa de una enfermedad frecuente.

Las trompas uterinas, trompas de Falopio, en número de dos, situadas, una á derecha, la otra á izquierda del útero, son los conductos que, en primer lugar, transportan los espermatozoides de la cavidad uterina á la superficie de los ovarios y, luego, recojen los óvulos á su salida de las vesículas ováricas y las transportan hacia el útero.

Se vé de lo que precede el rol tan importante que tienen estos conductos en el acto de la fecundación y se comprende fácilmente que la menor alteración en su intimidad, trae como consecuencia la dificultad del transporte de los espermatozoides hacia las regiones donde los esperan los óvulos.

Unidas de cada lado á la parte más elevada del útero, las trompas participan de todos los desplazamientos que puede sufrir este órgano. Su largo es, más ó menos, de 10 á 12 centímetros y su diámetro va acrecentándose del útero hacia el ovario, teniendo más ó menos, de 4 á 5 mili-

metros en las vecindades del útero, y de 7 á 8 en la otra extremidad; pero, euando ellas están enfermas y en parte obliteradas por las secriones patológicas, pueden sufrir un gran acrecentamiento en el diámetro.

Fisiología de la fecundación

Siendo la fecundación el acto más importante de la generación, para que tenga lugar es indispensable el encuentro del elemento macho (espermatozoides), con el elemento hembra (óvulos), en buenas condiciones de vitalidad y madurez y en un terreno apto para su desarrollo.

Como es la vágina el órgano de la copulación, tiene bajo el punto de vista de la esterilidad, una gran importancia, porque muchas veces las secreciones muy ácidas tienen una acción nociva sobre la vitalidad de los espermatozoides.

Los ovarios están unidos á las trompas por los ligamentos tubo-ováricos; estos ligamentos y los espacios comprendidos entre el ovario y el pabellón se encuentran tapizados de epitelios vibrátiles, cuyo objeto es favorecer la progresión del óvulo hacia la trompa.

En el ovario podemos considerar dos porciones:

una bulbosa, compuesta de fibras musculares lisas, tejido conectivo, vasos y nervios que constituyen casi todo el órgano; y la otra, que es la verdaderamente activa y donde tiene lugar la formación de los óvulos, es de un milímetro de espesor y en su mayor parte está formada por vesículas de Graaf, que contienen en su interior á los óvulos, diferenciándose estos muy poco de una célula común, teniendo dos décimos de milímetro y en su interior, un núcleo y mancha germinativa.

Desarrolladas las vesículas de Graaf se dirigen hacia la superficie del ovario, gracias á la actividad funcional que adquieren, debida á la congestión de la porción bulbosa; crecen por la proliferación celular y la acumulación de líquido en su interior.

Su forma se modifica haciéndose ovalar; el óvulo es rechazado hacia la superficie siguiendo la dirección de su menor diámetro; la distensión continúa, hasta que en un momento dado, llegando á ser démasiado considerable, se rompe y da lugar al fenómeno llamado la *ovulación*.

Simultáneamente con la ovulación tiene lugar la hemorragia periódica, que comienza entre nosotros á los 14 años, término medio, y termina á los 45, durando más ó menos 32 años,

Esta hemorragia se repite casi siempre cada 28 ó 30 días, produciendo un escurrimiento de

sangre cuya cantidad varía entre 50 y 300 gramos, cuyas fuentes principales son las trompas y el útero la mayoría de las veces.

A cada período la mucosa uterina se modifica: se le encuentra plegada, tumefacta y congestionada, haciéndose de esta manera muy apta para la implantación del huevo fecundado entre los repliegues así formados.

Una vez depositado el esperma en la vagina, ¿debido á qué mecanismo llega al útero el espermatozoide?

Antes se admitía que la eyaculación, para ser fecundante, debía hacerse directamente en el cuello del útero; pero sabemos que esto no puede ser así, porque hallándose el útero en situación normal, el orificio mira hacia atrás y la eyaculación se hace sobre la parte externa y anterior del hocico de tenca.

Se ha dicho, también, que el glande peniano, gracias á las contracciones del músculo constrictor de la vagina, obraba á la manera de cuña, separando los labios del cuello y vertiendo así en el canal cervical el licor fecundante. En cuanto al epitelio á cilias vibrátiles de la mucosa, ellas no pueden obrar haciendo progresar los espermatozoides, porque, al contrario, las corrientes que ellas determinan son dirigidas de la extremidad tubaria ha-

cia la vagina, es decir, en sentido inverso de la dirección del útero.

Son en realidad los momentos propios de los espermatozoides que constituyen el principal medio para su progresión. Se sabe que se mueven con una velocidad variable, según los casos y los medios en los cuales se encuentran. Este movimiento de traslación parece ser de 1 milímetro por minuto, termino medio.

Según Rouget, no hay que atribuir únicamente á los movimientos de los espermatozoides la penetración en el útero.

"En el momento del coito, dice, el cuello entraría en verdadera erección, echando en la vagina el mucus que contiene".

El orificio queda entonces libre, suficientemente abierto, y el mucus vaginal mezclado al esperma puede sin dificultad penetrar en el canal cervical.

Pero, ¿por qué mecanismo tiene lugar este fenómeno?

Lo han explicado diciendo que se trataba de una especie de aspiración, resultando de la cesación del eretismo causado por el coito sobre el útero.

La explicación de Rouget, lo mismo que esta última, me parecen inverosímiles, pues, como dice

muy bien Roubaud, "jamás quedarían embarazadas ni una doncella violada, ni una mujer poseida por la fuerza".

Me parece lo más lógico que á los movimientos de los espermatozoides se les una un simple fenómeno de capilaridad.

Encontrándose el espermatozoide en presencia del óvulo, lo cual parece tener lugar en la parte más externa de la trompa ó en el ovario,—Bellard, Coste, Beaunís, Auvard,—penetra en su espesor la cabeza sola, puesto que la cola se destaca bien pronto, habiendo terminado su rol, que es el de la locomoción; ella es enseguida envuelta en una capa mucilaginosa que se encuentra en la periferia del óvulo, separándose completamente de la cabeza.

El óvulo fecundado desciende enseguida hacia el útero, se fija en uno de los repliegues de la mucosa y es en este órgano donde se desarrolla.

Etiología y patogenia de la esterilidad en la mujer

La esterilidad no es, propiamente hablado, una enfermedad particular, sino un estado especial del organismo. Es la consecuencia de una perturbación funcional del aparato genital de la mujer, ó bien los síntomas resultantes de una afección general ó local, de donde resultan las condiciones más diversas.

Es de capital interés hacer una distinción entre la impotencia y la esterilidad, dos estados diferentes que con bastante frecuencia se han confundido y que para el vulgo resultan una misma cosa.

La impotencia *cœundi* es la imposibilidad de cumplir el acto sexual; la esterilidad ó impotencia *generandi* es la imposibilidad de procrear.

Una definición bastante lógica de la esterilidad

es la siguiente: « es un estado mórbido que se opone á la reproducción de la especie, sin que se pueda por esto dejar de efectuar el aproximamiento fisiológico de los dos sexos ».

Cuando la mujer no es fecundada debe haber un motivo que es necesario determinar. Se le encontrará sea en el sistema nervioso local, sea en el sistema circulatorio del órgano, sea en las secreciones que aparentan ser normales, pero que se modifican en ciertas circunstancias, sea, en fin, por otra razón cualquiera difícil de descubrir al principio.

Dividiremos las causas de esterilidad en la siguiente forma:

I—Causas de órden general: clorosis y cloro-anemia, sífilis, obesidad;

II—Causas funcionales: desarrollo genital insuficiente, útero infantil, frigidez, vaginismo, surmenage genital;

III—Causas de órden químico: medicamentos y secreciones;

IV—Causas de órden patológico: atresia del cuello uterino, estenosis, metritis y endometritis, salpingitis y salpingo-ovaritis, bridas y adherencias genitales, desviaciones y prolapso uterino y

V—Perturbaciones circulatorias y nerviosas: amenorrea, dismenorrea, ovaritis y peri-ovaritis, congestión crónica de los ovarios.

Causas de órden general—La clorosis y la cloro-anemia provocan la esterilidad á causa de que producen poco á poco la disminución y aun la desaparición completa del flujo menstrual; es una enfermedad general y por lo tanto repercute en todos los órganos de la economía. Se tratará de modificar, de acelerar y restablecer el flujo menstrual. Muchas jóvenes presentan reglas insuficientes, incoloras, á veces irregulares, aunque su estado general no sea malo. Hay en estas mujeres un estado de anemia local, contra la cual es necesario obrar, so pena de que persista la esterilidad que talvez sea imputable á una anomalía en la circulación.

El tratamiento aquí comprenderá la residencia en el campo, buen aire, y después las alturas. Como medicamentos el fierro, el arsénico y algunas aguas minerales.

La sífilis es una de las enfermedades que no solamente predispone á la esterilidad sino que la provoca; es en el primer y segundo año, que es nefasta por la fecundación.

En los años que siguen la sífilis provocan muy á menudo abortos ó partos prematuros, que sobrevienen en épocas bastante regulares.

El tratamiento mercurial es para la esterilidad de orígen específico, como para todas las otras manifestaciones sifilíticas inmejorable.

La obesidad ha sido mirada desde largo tiempo como una causa de esterilidad, sin que esto signifique que todas las mujeres obesas sean estériles; pero en su mayoría sí lo son debido á esta diátesis.

— Ya Hipócrates decía: «las que tienen una obesidad extraordinaria no conciben; el epiplón aprieta el orificio del útero y no conciben hasta tanto no adelgacen ».

A veces una obesidad ligera es lo suficiente para hacer á una mujer estéril y basta un tratamiento adecuado para hacer cesar esa esterilidad.

Para tener exito con el tratamiento no es necesario llevar demasiado léjos el adelgazamiento á fin de no alterar el estado general.

Se instituirá un régimen conveniente, basado sobre el género de vida de la enferma, sus ocupaciones, el estado de sus órganos digestivos, etc.; y se ordenarán ejercicios regulares y progresivos, sin fatiga.

El masage y la electricidad se pueden usar no solamente para hacer adelgazar sino también para fortificar á la enferma y tonificar su sistema nervioso.

El empleo de ciertos medicamentos que se venden para hacer adelgazar no se debe aconsejar, pues ellos provocan muchas veces accidentes graves

del lado de los riñones y del corazón y debilitan por mucho tiempo la salud general.

Causas funcionales: atrofia uterina, desarrollo incompleto de los órganos genitales.—Debido á ciertas causas, de las que algunas no son conocidas, como la fiebre tifoidea, la escarlatina, las parotiditis y aun la obesidad, que sobrevienen en las niñas antes de la formación completa de los órganos genitales, todos ó parte solamente, de estos órganos pueden quedar detenido en su desarrollo. Al lado de estas causas conocidas puede existir una atrofia uterina, un desarrollo insuficiente de una parte de los órganos genitales sin que se la puedo relacionar con ninguna causa inicial, tanto más cuanto que á veces los demás órganos están completamente desarrollados.

Así, pues, una mujer normalmente constituída puede presentar un útero infantil.

Las consecuencias son graves bajo el punto de vista de la esterilidad, pues si los ovarios están atrofiados la ovulación será imposible.

El tratamiento medicamentoso es ineficaz contra la falta de desarrollo. Si estas mujeres, que por lo general reglan tardiamente y en poca cantidad, sufren al mismo tiempo de dismenorrea, el único tratamiento será la dilatación del cuello, mediante la operación del Pr. Pozzi, que describiremos más

adelante, ó por cualquier otro método, pero con el único fin de combatir esta dismenorrea. Los reconstituyentes generales, el masage y la electricidad dan á veces buenos resultados.

Frigidez. Interesandonos bajo el punto de vista de la esterilidad la frigidez ó ausencia de sensaciones voluptuosas que la mujer debe normalmente experimentar en el momento del coito, veamos qué influencia puede tener en la fecundación.

Podríamos afirmar, de una manera general, que ninguna, pues existen embarazos sobrevenidos como consecuencia de violaciones, lo mismo que en mujeres cuya frigidez es manifiesta.

Pero si es cierto que la mujer puede concebir sin placer en el momento del coito, no por esto se deja de reconocer que la excitación uterina no sea necesaria á la marcha de los espermatozoides, ó al menos para ayudar á su progresión gracias á las contracciones de las diferentes partes del sistema genital.

En suma, la fisiologia nos enseña que las sensaciones voluptuosas deben normalmente existir y ayudar á la fecundación.

Vaginismo—Es una afección nerviosa que determina la esterilidad impidiendo las relaciones sexuales de una manera más ó menos completa.

Esta enfermeaad reviste varias formas y varios

grados. Puede simplemente existir dolor en el momento del coito, sin que sea un impedimento para la fecundación, siempre que el esperma sea depositado en la vagina.

Cada aproximamiento despierta sensaciones dolorosas pero soportables. En un grado más avanzado, aumenta la intensidad del dolor haciendose imposible el espasmo final. En las formas graves toda tentativa de aproximación se hace imposible, pudiendo sobrevenir síncopes y convulsiones.

Las causas del vaginismo pueden ser divididas en dos clases, á saber: vaginismo idiopático, es decir, aquel donde no se encuentra ninguna causa visible, ni entra en juego ninguna afección orgánica, residiendo la causa seguramente en el sistema nervioso central; y el vaginismo sintomático, es decir, el resultado de una enfermedad bien definida, genital ó de sus vecindades.

En esta variedad se encuentran como causas predisponentes las inflamaciones vulvares ó vaginales, las ulceraciones ó fisuras vulvares, lo mismo que las malformaciones de esta región, los cuerpos extraños que pueden haber sido introducidos en la vagina y, en fin, todas las afecciones agudas ó crónicas del útero, trompas y ovarios.

Como tratamiento, en el primer caso se tratará el sistema nervioso local y general, comba-

tiendo la contractura; y en el segundo, se tratará separadamente cada enfermedad genital cuando el vaginismo sintomático sea la causa.

Contra la irritación nerviosa se aconsejará la residencia en el campo, léjos de toda vida mundana. Se evitarán las fatigas, así como las excitaciones genitales, pudiendo ser útil la hidroterapia.

Localmente se emplearán los baños, las inyecciones emolientes, almidón, etc.

Se prescribirá á las enfermas los bromuros, la valeriana, los medicamentos anti-espasmódicos, sustancias alimenticias poco exitantes, etc., y al mismo tiempo los tónicos como el hierro, la quina, el arsénico, etc.

El tratamiento local se verificará por medio de inyecciones vaginales tibias, adicionadas con sustancias calmantes como el láudano, el cloral, etc. Se ordenará la aplicación de supositorios vaginales, calmantes, ya sea de cocaína, morfina, belladona, yodoformo, etc.; pero la medicación más importante en este tratamiento, es la que tiende siempre á hacer desaparecer la causa local que forma el punto de partida del reflejo, es decir, la causa etiológica, y entonces se curarán las vulvitis empleando baños de asiento, lociones, pomadas boricadas ó yodoformadas y soluciones de nitrato de plata al 1 por 20 ó 50, combatiendo á la vez las

lesiones herpéticas, fisuras vulvares, leucorreas más ó menos rebeldes, etc. Se pueden usar las corrientes de alta frecuencia y alta tensión con electrodos recubiertos de vidrio,

Tratamiento quirúrgico.—La dilatación brusca es uno de los tratamientos que mayormente se han empleado.

Para proceder se introducen los dos pulgares dorso á dorso en la vagina, luego se separan bruscamente los dos dedos de manera que alcancen á dilatarla fuertemente.

Los procedimientos más practicados son los de Pozzi y Doyen que paso á describir: el del primero, consiste en practicar, además de la dilatación de la vulva y resección del himen, dos incisiones oblicuas del anillo vulvar á cada lado de la horquilla y después de disecar los labios de la herida, reunirlos de modo que la línea de sutura quede cruzada con la primitiva dirección de la incisión.

Esta operación produce un ensanchamiento de la vulva con ligera inversión hacia afuera, de la mucosa vaginal, substrayendo á los frotes del coito la zona de donde antes partían los reflejos.

La operación de Doyen consiste en lo siguiente; una vez aseptisadas vagina y vulva, se introducen el índice y el medio izquierdo en el

ano, incindiendo transversalmente la horquilla sobre un ancho de 30 á 40 m.m. Esta incisión se hace ya con bisturí ó con tijeras rectas. El labio anterior de la herida se toma con una pinza y se desprende la mucosa de los tejidos subyacentes, en una profundidad de 30 m.m., más ó menos.

El constrictor es asi puesto á descubierto y se secciona en la línea mediana, seccionando al mismo tiempo el rafe perineal en una extensión de un centímetro. Introducido el índice derecho en la herida asegura que la sección de las fibras musculares es suficiente y completa, y si no lo es, una presión enérgica la hace. La reunión es hecha transversalmente á puntos separados; el centro de la parte de vagina desprendida es suturado el ángulo inferior de la incisión del rafe y los dos labios laterales de dicha incisión vienen á contribuir al agrandamiento de la circunferencia de la vulva.

La cicatrización se obtiene á los 8 ó 10 dias.

Surmenage genital. — El surmenage genital, es decir la gran frecuencia del coito y no solamente su abuso, puede ser una causa de esterilidad, á la cual se presta poca atención.

Los hábitos ociosos, el onanismo, la prostitución, etc., han sido considerados con justa razón como predisponentes á la esterilidad.

Ciertos matrimonios cuya unión ha quedado

estéril creen posible engendrar haciendo más frecuentes las aproximaciones sexuales, pero se equivocan completamente. Fatigan inútilmente el organismo sexual, pues no ven realizarse sus fines sino cuando la mujer permanece en reposo relativo.

El reposo sexual completo debe ser prescripto durante cierto tiempo; y si el surmenage ha alterado la salud general sería conveniente prescribir buen aire, la calma y la hidroterapia.

Causas de órden químico.—Los medicamentos, sobre todo aquellos que se emplean bajo la forma de óvulos ó de inyecciones, tienen una acción nociva sobre los espermatozoides. En efecto, estos no pueden vivir nada más que en un medio caliente y ligeramente alcalino.

El frío obra de igual manera, cuando las mujeres se dan inyecciones vaginales frías después del coito.

Las secreciones que pueden existir en la vagina en el momento del coito, provienen de la vagina y del útero.

Sabemos que los de la vagina son por lo regular ligeramente ácidos, insuficientes para debilitar la vitalidad de los espermatozóides; pero bajo la influencia de ciertas causas patológicas esta acidez aumenta, el esperma muy alcalino no puede neutralizarla y el resultado final es la muerte de los espermatozóides.

Las secreciones uterinas, que son normalmente alcalinas, pueden hacerse á su vez ácidas cuando existe una afección uterina y vertidas en la vagina en el momento del coito aumentan más la acidez.

El tratamiento consistirá en buscar las causas que pueden provocar esta secreción patológica y en modificarlas, de lo que trataremos más adelante.

Causas de órden patológico.—Metritis y *endometritis.*—La inflamación aguda de la matriz tiene una influencia real sobre la esterilidad.

En algunos casos la fecundación puede existir, pero el huevo no puede desarrollarse en la cavidad uterina.

La metritis crónica, la endometritis, es una enfermedad que causa la esterilidad en un gran número de mujeres. La inflamación puede atacar el cuello ó el cuerpo uterino, lo más amenudo á los dos, pero invade primero la mucosa, después el parénquima uterino.

Los síntomas más frecuentes son las pérdidas amarillas—lencorrea—sobreniniendo de una manera contínua ó solamente después de ciertas fatigas; sobreviniendo bastante amenudo en las regiones lumbares, un dolor sordo, una sensación de pesantez. Puede existir irradiaciones dolorosas de vecidad, simulando otras enfermedades.

Los dolores son irregulares, la salud general se altera en las mayorías de los casos, se asiste á perturbaciones digestivas, nerviosas, gastralgías, palpitaciones, adelgazamiento, etc.

La leucorrea es uno de los signos más constantes, á veces constituye el solo signo de la enfermedad. Las reglas se hacen dolorosas (dismenorrea) y son precedidas por un escurrimiento catarral producido por membranas provenientes de la descamación de la mucosa uterina. «El coito es generalmente doloroso y axaspera los síntomas». (Bouilly).

Tratamiento.—Antes de entrar en el estudio de los tratamientos particulares para cada forma, expondremos el tratamiento común á todas las metritis, diciendo de paso breves palabras sobre la profilaxia, á la que desgraciadamente no se le da la importancia que merece. Se habrá dado un gran paso cuando se haya hecho una convicción la práctica de la asepsia al tratar un parto ó un aborto, que son las causas más frecuentes de las metritis.

El tratamiento común obedecerá á las siguientes indicaciones: 1°. inmovilización del vientre por una faja elástica, reposo variables, segun la intensidad, evitando toda fatiga ó todo esfuerzo violento, las marchas precipitadas y prolongadas, cesación de las relaciones sexuales; causas que mantienen

congestionado al útero y favoren su exacerbación. Se combatirá la constipación por enemas laxantes y régimen apropiado; se instituirá un tratamiento general según sean artriticas, anémicas, nerviosas, etc. La hidroterapia, los baños, las aguas termales, la electricidad y el masage cooperan á la curación.

Los lavajes prestan gran utilidad siempre que se practiquen en las condiciones siguientes: el agua deberá ser lo más caliente posible—45° ó 50°—bien hervida, como también el recipiente; la enferma en decúbito dorsal, con la pelvis levantada, el irrigador no estará á una altura mayor de 50 centímetros y la cantidad de agua debe ser abundante, debiendo repetirse segun la intensidad de la afección.

Según la mayor ó menor infección y teniendo en cuenta el objeto que se busque, podrán ser los lavajes de agua pura ó adicionada con ácido bórico, alumbre, formol, bicloruro de mercurio permanganato de potasio, etc.

Para el tratamiento de las metritis en particular, las consideremos según el sitio atacado, según la forma clásica que adopten, la causa que las origina y según la marcha.

Respecto al sitio, podemos dividirlas en metritis del cuerpo y del cuello del útero. Las metritis del cuerpo pueden atacar la mucosa ó el parenquima,

constituyendo la forma llamada endometritis y metritis parenquimatosa.

La endomatritis se observa solamente al principio de la infección, pues es dificil concebir que quede localizada en la mucosa sin que ataque á la larga el parénquima, constituyendo una forma mixta.

De estas consideraciones se deduce que el tratamiento es más eficáz cuanto más cerca del comienzo de la infección se instituya.

Pasaremos en revista los diferentes tratamientos que se han instituído para la metritis del cuerpo:

El raspado, muy defendido por unos y combatido por otros, no dá indiscutiblemente los mismos resultados que en las metritis hemorrágicas. Su eficacia depende de la poca profundidad de las lesiones, pues si estas se situan en las partes superficiales de la mucosa, el raspado al extirpar esta última cura la metritis; no es lo mismo cuando las partes profundas de la mucosa, los fondos de sacos glandulares y el parénquima están interesados, pues en este caso la cureta no llega á estas regiones.

De cualquier manera, en los casos inveterados donde los tratamientos que mencionamos más adelante, no dan resultado, el raspado presta útiles servicios, á condición siempre de ser seguido por un tratamiento ulterior.

Irrigaciones uterinas: se practican después de

dilatar el orificio del cuello uterino, inyectando 1[2 ó 1 litro de una solución débilmente antiséptica bicloruro de mercurio oxi-cianuro de mercurio, solución yodurada etc.; entra aquí también las instilaciones de pequeña cantidad de soluciones cáusticas, nitrato de plata, cloruro de zinc.

Drenaje: puede ser de vidrio, de caucho, aluminio.

El taponamiento consiste en llenar la cavidad del útero de gasa aséptica ó embebida de un cuerpo antiséptico, formol, yodoformo, fenol; este procedimiento sirve al mismo tiempo de drenaje capilar.

Curaciones intrauterinas: se practican previa dilatación del cuello con un escobillón de Doleris ó un hisopo de algodón al cual se le agrega una solución medicamentosa, formol, ácido pícrico, creosota, guayacol, etc.; debiendo tratar de poner en contacto el tópico con toda la mucosa uterina.

Cauterizaciones intrauterinas: puede usarse cáusticos sólidos, en forma de lápices, aunque es un procedimiento peligroso, pues sus efectos en ciego pueden ocasionar estrecheces cicatriciales. Pueden ser efectuadas por medio de la electricidad y cáusticos líquidos.

Metritis del cuello.—La metritis del cuello es casi siempre mixta, atacando á la vez la mucosa

y el tejido conjuntivo intra-muscular. El cuello en estos casos presenta lesiones muy diversas: huevos de Naboth, erosiones, ulceraciones, extropión, pólipos mucosos, hipertrofias foliculares, desgarraduras.

Antes de someter á la enferma á la intervención, es prudente hacer el tratamiento médico, siempre que no afecte una forma en que sea de urgente necesidad la intervención, como ser los pólipos mucosos, cuando producen grandes hemorragias. Cada 4 ó 5 días se practicarán cauterizaziones con nitrato de plala, formol, ácido pícrico, tintura de yodo.

En los casos de congestión uterina se practicarán escarificaciones, que alivian por la descongestión que producen.

Cuando existan huevos de Naboth serán puncionados y exprimidos.

La glicerina adicionada con un antiséptico como el ictiol, al par que desinfecta la vagina produce una descongestión sensible.

En el caso de que la enfermedad sea rebelde por la profundidad de las lesiones se recurrirá á la amputación del cuello por el procedimiento de Schroeder.

Según las formas clínicas que asuma la metritis podemos dividirla en metritis aguda, hemorrágica, catarral y dolorosa.

La metritis inflamatoria *aguda* requiere el reposo absoluto y se combatirá la inflamación por el hielo al vientre, grandes lavajes calientes antisépticos y repetidos, instituyendo la dieta láctea; se combatirá activamente la constipación, tratando, además, de calmar los dolores que produce por morfina, supositorios, inyecciones, belladona, cloral, etc.

En la metritis *hemorrágica* el único tratamiento cuya acción es verdaderamente eficaz es el raspado.

La metritis *catarral* es pasible del tratamiento enunciado al hablar de la metritis del cuerpo.

La metritis *dolorosa* crónica es la forma más rebelde, en la que fracasan la mayor parte de los tratamientos, recomendando como muy eficaz en esta forma el masaje, las escarificaciones y el reposo.

Según las causas podemos dividirlas en metritis puerperales, blenorrágicas. tuberculosas, sifilíticas, etc., siendo su tratamiento segñn la enfermedad que las ha originado; y atendiendo á la marcha, podemos dividirlas en agudas y crónicas, habiendo descrito más arriba el tratamiento que se refiere á unas y otras.

Desviaciones uterinas y prolapsos—Las desviaciones uterinas, lo mismo que los prolapsos, son

producidas por las diferentes causas que pueden aumentar el peso del útero, debilitar los medios de fijeza ó estableccr tracciones sobre este órgano.

Las alteraciones del tejido uterino, causadas por la metritis crónica, predisponen á las desviaciones uterinas.

En algunos casos todas estas causas se combinan para producir un desplazamiento definitivo. Un gran número de mujeres jóvenes, son atacadas de desviaciones uterinas sin que estas posiciones viciosas determinen en ellas ninguna molestia, solamente una esterilidad desesperante; otras al contrario, presentan perturbaciones que llaman enseguida la atención.

Entre las numerosas perturbaciones citaremos los dolores abdominales, lumbares y sacros, el impedimento y el dolor en la marcha, una sensación de pesantez en el bajo vientre, fenómenos diversos en los órganos digestivos, digestiones difíciles, constipación, perturbaciones nerviosas, vesícales, neurálgicas, etc.

Es de interés reconocer si el útero está en buena posición, puesto que todo tratamiento dirijido contra cualquiera de estos síntomas fracasaría si no se lleva el útero á una buena posición.

Las desviaciones uterinas revisten varias formas:

I. Las versiones, que se subdividen en ante-versión y retro-versión;

II. Las fiexiones, ante-flexión y retro-flexión;

III. Las desviaciones laterales, y

IV. Los descensos uterinos ó prolapsos.

Estas desviaciones cuando son acentuadas, producen siempre la esterilidad, pueden ser indoloras y pasar desapercibidas; pero otras veces determinan verdaderas perturbaciones genitales.

Entre las desviaciones uterinas las que más nos interesan son las ante-flexiones y las retro-posiciones. En las flexiones, tanto anteriores como posteriores, debemos tratar el codo brusco que forma el útero al nivel de la flexión; en las ante-flexiones, trataremos de enderezarlo por el masaje y la dilatación, recordando de paso que existen varios tratamientos quirúrgicos sobre el cuello y sobre el cuerpo.

En las retro-posiciones, si el masaje y las maniobras de reducción no dan resultado, lo que sucede casi siempre, se llevará á su posición normal por una intervención, siendo preferible la vía abdominal, recomendando el procedimiento del doctor Caballero, que practica la neo-inserción de los ligamientos redondos; como casi siempre las desviaciones son acompañadas de metritis, se tratará ésta de paso.

En cuanto á los prolapsos, se tratarán por colpoperineorafias, histeropepsia, etc.

Salpingitis y salpingo-ovaritis.—La inflamación de los anexos del útero puede localizarse en las trompas (salpingitis), ó en los ovarios (ovaritis); pero como la distancia entre el ovario y la trompa es mínima resulta que generalmente se combinan y se tiene una salpingo-ovaritis.

Esta puede ser aguda ó crónica, pero es en general crónica *d'emblée* y provoca de tiempo en tiempo, bajo la influencia de las fatigas ó de cualquier excitación, *poussées* agudas.

La salpingo-ovaritis es una afección de la vida genital de la mujer; las causas son muy variadas, siendo las mismas que producen las metritis, ocupando la blenorragia el primer puesto.

La salpingo-ovaritis puede empezar por una *poussée* aguda con fiebre, pelvi-peritonitis; después los fenómenos agudos se aminoran y la enferma se restablece completamente, quedando solo de tiempo en tiempo la *poussée* dolorosa, ocasionada por la menor causa.

Otras veces la salpingo-ovaritis se establece silenciosamente, sin que la enferma se aperciba de una manera bien neta y cuando los síntomas serios aparecen ya la enfermedad está instalada desde hace tiempo.

La mayoría de las enfermas sienten dolores de un solo lado, pues la enfermedad afecta generalmente uno solo, el izquierdo por lo regular.

Estos dolores, cuyo asiento está en la región del ovario, son fuertes, lancinantes; la menor presión despierta una crísis aguda. Se observan fenómenos de dispepsia flatulenta, gastralgías, dilatación del estómago, timpanismo, dolores epigástricos y constipación.

En estas enfermas á veces se desarrolla un estado neurasténico, sin motivo; el carácter cambia, se hacen caprichosas y á menudo se ponen tristes.

La salpingo-ovarístis es una enfermedad grave; impide completamente la fecundación, poniendo las trompas en la imposibilidad de recibir los espermatozóides.

Respecto al tratamiento de la salpingo-ovaritis, el quirúrgico es preferible y debemos ser conservadores siempre que las lesiones no hayan destruído completamente los órganos.

Bridas y adherencias genitales. Las adherencias sobrevienen como consecuencia de la inflamación aguda de los órganos genitales y del peritoneo que se encuentra en la pequeña pélvis.

Hay por lo general, pues, una pelvi-peritonitis que no nos Interesa aquí. La forma crónica sucede á la forma aguda ó se establece *d'emblée* insidiosamente, traduciéndose por fenómenos funcionales.

Pueden poner obstáculo á la concepción por las desviaciones del útero y de las trompas que éllas provocan. Siente la mujer vivos dolores que sobrevienen cada vez que hace ciertos movimientos, marcha, equitación, etc.

Tratamiento—El tratamiento consiste en desprender las bridas y adherencias, para combatir principalmente el síntoma dolor.

PERTURBACIONES CIRCULATORIAS Y NERVIOSAS

Amenorrea—La supresión completa de la menstruación produce fatalmente la esterilidad, sin que un escurrimiento escaso deje de producirla. Entre las causas que pueden provocar la amenorrea, unas provienen de los órganos genitales, ciertas afecciones que atacan las trompas y los ovarios, la atrofia y la congestión de éstos mismos órganos y muy amenudo su desarrollo incompleto é insuficiente, constituyendo el útero infantil.

Todas las enfermedades que deprimen el estado general, que lo anemizan, pueden suprimir el escurrimiento menstrual por el hecho de una pobreza fisiológica.

El sistema nervioso puede también ser incriminado. Se conocen casos en que las reglas han

cesado á continuación de un susto, de una desgracia ó de una emoción viva.

En conclusión, la ausencia de las reglas denota siempre un mal estado general ó una afección local.

El tratamiento se dirijirá á la causa, ya sea general ó local; se fortificará el organismo mediante ejercicios, gimnasia, baños de mar, buen aire, etc. Como tratamiento local se puede usar el masage y la electricidad, para modificar la circulación local.

La dismenorrea, que significa reglas dolorosas, es una afección muy frecuente en las niñas y no siendo ella sino un síntoma que se encuentra en muchas afecciones genitales como ser, por atresia del cuello uterino, por las desviaciones uterinas, la dismeaorrea de orígen nervioso que se encuentra en personas cuyo aparato genital es normal, pero alterato ó excitato de una manera general su sistema nervioso.

Como tratamiento se aconsejará, cuando sea producida por atresia del cuello, su dilatación, lo mismo que la colocación del útero en buena posición cuando esté caído y los baños cuando el sistema nervioso sea la causa.

Congestión crónica de los ovarios. Ovaritis y peri-ovaritis.—Siendo rara vez una afección primitiva la congestión de los ovarios, produce un au-

mento de volúmen de los ovarios que puede tener una influencia notable sobre la *ponte* ocular. Cuando se constate en una mujer un aumento de volúmen de los ovarios, cuando haya tenido antes *poussées* congestivas y si el estado uterino parece bueno, la hipertrofia talvez será la única causa de la esterilidad; las congestiones agudas de los ovarios que sobrevienen al principio de los períodos menstruales y que provocan dolores obligando frecuentemente al reposo, cuando son olvidadas, se hacen á la larga crónicas y alteran en definitiva las funciones de estos órganos.

La inflamación de los ovarios puede extenderse á la vecindad, produciéndose así una peri-ovaritis que impide la dehisencia de las vesículas de Graaf, no dejando por lo tanto salir al óvulo.

El tratamiento será aquí el masage, la gimnasia y ciertas formas de hidroterapia.

La atresia del cuello uterino será tema del capítulo siguiente:

Estenosis del cuello uterino

PATOGENIA Y TRATAMIENTO

Siendo la atresia del cuello uterino una de las causas más frecuentes de la esterilidad, puesto que, según Sims, en el 85 por ciento de los casos de esterilidad natural se encuentra un cuello cónico con estreches del orificio externo, he creído conveniente reservarle un capítulo especial, aconsejando, al mismo tiempo, como intervención, la operación del Dr. Pozzi, que creo ser la mejor de las tantas que se practican con este fin.

Antes de empezar, me parece conveniente explicar qué se entiende por estenosis del cuello del útero y trataré de dar una definición.

Para Chabry, la estrechez del orificio externo varía desde los últimos límites del orificio normal de 2 á 4 milimetros hasta el orificio capilar y, en ciertos casos raros, pero que existen, hasta la invisibilidad al ojo desnudo.

Pajot piensa que el orificio externo es considerado como estenosado, cuando su diámetro es inferior á 2 milímetros y Preastlée, cuando este orificio es inferior á 4 milimetros. Diremos, con Nigoul que, variando el diámetro del orificio normal en una nulípara entre 2 y 4 milímetros, habrá estenosis cuando el orificio externo no llegue á estas dimensiones.

La disminución de calibre puede encontrarse en los diversos puntos de la cavidad cervical. En la forma congénita, asientan sobre todo el largo del canal; el hocico de tenca es cónico, puntiagudo, indurado; el orificio externo es pequeño y, á veces, apenas reconocible, gracias á una gotta de mucus que de él sale.

Otras veces el orificio está cubierto por el labio anterior, más saliente que el posterior; el estrechamiento puede observarse en uno de los dos orificios interno ó externo, pero, generalmente, este último es el estrechado.

¿Cuál es la causa de la estenosis del cuello uterino?

La estenosis cervical es frecuentemente congénita. Sin embargo, se la encuentra en mujeres multiparas. Tiene por causa que, á consecuencia del parto, ya sea por intervenciones hechas con el fin de extraer el feto ó aplicaciones de forceps antes

de la dilatación completa, basiotripsias, embriotomías, etc., se producen soluciones de continuidad que solo se restauran por cicatrices viciosas.

La estenosis adquirida es debida, también, á cauterizaciones intempestivas, á operaciones quirúrgicas anteriores, practicadas con el fin de combatírla. También se ha señalado como causantes la gangrena, las ulceraciones, la blenorragia y la sífilis.

Hay otra causa de estenosis cervical: es la atrofia congénita del útero, que queda infantil debido á un desarrollo incompleto, mientras que en la pubertad el organismo se desarrolla normalmente. Lo mismo pasa con la atrofia senil, pero no trae ninguna perturbación seria.

Veamos, ahora, como se produce la estenosis congénita.

Según Landowsky, la estenosis congénita vendría, sin ninguna duda, de que los cordones de Muller no se ahuecan en el punto del canal cervical.

Según W. Nagel, se trataría de un desarrollo muy rápido de los órganos genitales y, tal vez, de una ulceración sobrevenida después del nacimiento.

En el primer caso, resultaría el frote de un canal de Muller contra el otro, produciéndose, por este lijero traumatismo, una pequeña herida cuya

cicatrización obstruiría una parte de la luz del canal.

En el segundo caso, se produciría, poco tiempo después del nacimiento, una ulceración debida al contacto de los dos labios del cuello y la cicatrización de esta pérdida de sustancia determinaría lo estenosis.

SINTOMATOLOGÍA

El dolor, bajo forma de cólico, con irradiaciones al hipogastrio y á la región lumbar, aparece en el momento de las reglas, constituyendo la dismenorrea; precediendo su aparición en algunos casos, para hacerse intermitente cuando éstas están en su apogeo.

La metritis cervical que tanto molesta á las enfermas y que es, como ya hemos dicho; efecto y no causa de la estenosis.

Examinando el cuello aparece pequeño, deformado, ó ausente. En el primer caso, el orificio es fácil encontrarlo; el histerómetro se encaja, pero es pronto detenido, no siendo necesario concluir en un estrechamiento, sinó se repiten las observaciones, pues muy bien puede haber sido detenido por un repliegue de la pared ó una inflexión del cuerpo del útero.

En el segundo caso, cuando el cuello falta, no se vé en el fondo de la vagina sino una cicatriz deprimida y retráctil, en la cual es difícil encontrar el orificio.

No se debe confundir, bajo el punto de vista sintomático, la estenosis congénita ó adquirida del cuello, con la atrofia congénita del cuello que se observa cuando el útero queda infantil. En estos casos las reglas pueden ser dolorosas, pero no son abundantes; á veces faltan y lo habitual es que las mujeres reglen tardíamente. Se observa, también, una atrofía general de los órganos genitales, lo mismo del útero y la pelvís. Otro tanto sucede con los órganos genitales externos y los senos son rudimentarios.

Lo capital para hacer el diagnóstico es practicar el sondaje, teniendo presente que todo cuello que no deje pasar una sonda de 4 milímetros debe ser considerado como estenosado.

PRONÓSTICO

En cuanto al pronóstico, hay que distinguir la estenosis congénita de la adquirída. La primera, ligada á la anteflexión con la fecundación y el parto desaparece y, según Pozzi, esto es debido á los cambios de estructura que el embarazo imprime al

útero entero, pero á condición de que haya embarazo, siendo esto algo difícil, puesto que, generalmente, trae una inaptitud para la fecundación.

En cuanto á la estenosis adquirida, aquellas que son debidas á tejido cicatricial de nueva formación, por cauterizaciones intempestivas, ó por operaciones anteriores, serán de un pronóstico más reservado en cuanto al parto, puesto que de nada vale que se haya reconstruído el canal si todos los tejidos vecinos están fibrosos y seguramente se presentaría un parto laborioso por insuficiencia de dilatación del cuello.

TRATAMIENTO

Todos los tratamientos de la estenosis del cuello del útero tienen por fin la dilatación del canal y el mantenimiento de esta dilatación. Como dice el profesor Pozzi, «los esfuerzos del cirujano deben tener por fin favorecer la fecundación, dando al cuello la forma más apta para la producción de este fenómeno».

Pasaremos en revista los métodos operatorios, deteniéndonos en aquellos que han sido y son más empleados actualmente.

1.º *Dilatación no sangrante.*

Entre los partidarios de la sola dilatación, unos

prefieren la dilatación rápida ó forzada, con ó sin cloroformo; otros la dilatación lenta, con lo cual han obtenido mejores resultados.

Dilatación rápida.

Duecke hace la dilatación forzada bajo el cloroformo y, para mantener esta dilatación, coloca un pesario metálico, que lo deja tres meses, por lo menos.

Sebb hace la dilatación forzada bajo el cloroformo, pero añade el curetaje á esta operación

Pajot hace la dilatación rápida sin cloroformo, pero en varias secciones, por medio de un dilatador de ramas paralelas, no pasando la primera sección de 2 ó 3 minutos. Él considera que la manera de dilatar tiene su importancia y quiere obtener, así como el procede, un orificio externo con la forma que se observa en las multíparas, con dos labios bien distintos, con el solo objeto de favorecer la retención de una pequeña cantidad de licor fecundante.

Dolerís hace también así la dilatación forzada, que para él sería análoga á una elongación nerviosa.

Resultados.—La dilatación así obtenida no persiste largo tiempo, al mismo grado. Se observa, sin embargo, que el orificio externo no vuelve á las dimensiones primitivas; pero, para que suceda esto,

es necesario que la dilatación haya sido llevada lo más léjos posible y en esta manera de proceder deben temerse las hemorragias, que no carecen de importancia.

Dilatación progresiva—Cleveland recomienda la gasa yodoformada. Joff emplea la dilatación progresiva y si hay necesidad la cureta y la gasa jodoformada. Dirner, de Budapest, recomienda la laminaria y la usa de la siguiente manera: introduce un espéculum, fija por una erina el labio anterior del cuello y mide el largo del útero para no introducir una laminaria muy larga. Esta se encurva ligeramente, reblandeciéndola antes por medio del agua caliente. Se la toma con una pinza por la extremidad que lleva una ansa de seda, se la introduce suavemente hasta que la extremidad vulvar llegue al orificio externo del cuello, quedando el ansa de seda en la vagina. Se le pone un poco de gara yodoformada concluyendo por llenar la vagina con gasa aséptica.

La enferma es colocada enseguida en la posición horizontal, y cuando la laminaria ha sufrido el máximum de distensión, se la retira, tirando del ansa, se la reemplaza por una de mayores dimensiones y así se sigue hasta que se haya obtenido las dimensiones deseadas.

El método usado por el Dr. Pozzi cuando la

estenosis no es muy avanzada, es el siguiente: comienza por la dilatación por la laminaria y acaba con las bujías de Hégar y sí cuesta mucho introducir la laminaria debrida préviamente con un tenótomo.

Resultados—Los que se obtienen por la dilatación lenta ó progresiva en las estenosis ligeras son buenos, pero á condición de usar una buena asepsia, porque es de temer la peritonítis.

Dilatación sangrante—Son numerosos los procedimientos. Hé aquí los principales:

Operación de Simpson—Simpson usaba un metrótomo ideado por él; lo introducía hasta más allá del orificio interno y en este momento hacía salir la cuchilla que al retirar el metrótomo hacía una incisión lateral. Otro tanto sucedía del otro lado.

Operación de Sims (*1865*)—Colocada préviamente la mujer en decúbito lateral, se introduce un espéculum, se fija el labio anterior del cuello con una pinza que se dirije hacia adelante. Se introduce entonces una de las hojas de una tijera curva en el canal cervical hasta que la hoja libre quede al nivel de la inserción de la vagina con el cuello. De un golpe de tijera se corta el cuello, repitiéndose la misma operación del otro lado. Luego se trata de seccionar la porción de cuello que ha quedado hacia el útero y que la tijera no ha podido

seccionar; para lo cual se utiliza un bisturí romo, de lámina estrecha. Después se hace la hemostasia taponando el cuello con gasa.

Resultados.—Pozzi en la «Revista de ginecolalogía y cirujía abdominal» (1900) juzga así la operación de Sims: «El debridamiento bilateral es insuficiente y no exento de peligros. Insuficiente, pues su acción no es de una duración segura, la cicatrización angular de las dos heridas comisurales puede aumentar más ó ménos rápidamente la estemosis primitiva. Además, la infección de estas heridas puede producirse y propagarse por los linfáticos, al parometrio y á los anexos. Yo he visto varios casos de este género, donde la operación de Sims se había hecho contra la dismenorrea y contra la esterilidad, ocasionada por una estenosis del cuello complicada con catarro; el resultado fué, porlinfangitis. una seria inflamación de los ligamentos anchos y de las trompas que en definitiva estableció la esterilidad que la operación tenía por fin combatir ».

Estos accidentes se explican por el hecho de que, con este procedimiento, se debe incindir el orificio interno, á una profundidad suficiente, lo que aumenta necesariamente los peligros de intección.

Además, la operación de Sims no es lógicamente indicada como operación para combatir la

esterilidad, porque para este objeto no es necesario atacar el orificio interno, desde que la causa es, generalmente, la estensis del orificio externo. El inconveniente principal de estas intervenciones es la tendencia del canal cervical á estrecharse de nuevo, después de la intervención.

Operación de Preastlée—En ésta operación, el procedimiento es casi idéntico al de la de Simpson y conduce á los mismos resultados é inconvenientes.

Operación de Seelmann—Seelmann se vale, para producir la dilatación, de un instrumento ideado por él, que tiene la forma de un cono provisto de doce cuchillas colocadas en espiral de la base al vértice. Este cono, especie de fresa, se coloca sobre un mango y se usa á manera de barreno. Se introducen sucesivamente varias fresas de diferente tamaño, comenzando por la más hequeña.

Resultados—Parece ser esta operación poco dolorosa y daría talvez buenos resultados; pero, desgraciadamente, carecemos de observaciones y su autor es á este respecto poco explícito.

Operación de Guillermo Servet—Esta operación se practica de la siguiente manera: se empieza por dilatar el cuello por medio de laminaria, después se sigue con las bujías de Hégar; se divide entonces el canal cervical por cuatro incisiones en

cruz y se saca con precaución las cuatro pirámides así circunscriptas y disecando se obtiene así una cavidad cónica cuyo vértice mira hacía el orificio interno.

Resultados—Es una operación larga y delicada de muy difícil hemostasia, y fácilmente se comprende que, dada la gran solución de continuidad, la menor falta de antisepsia puede hacerse nefasta.

Procedimiento de Bouilly.—Bouilly introduce directamente el bisturí en el labio anterior del cuello y saca de un solo golpe una pirámide cónica; hace lo mismo con el labio posterior, pero se cuida de no tocar las partes laterales, evitando lesionar los troncos vasculares de las uterinas y de las útero-ováricas.

Resultados.—Pozzi dice que, con este procedimiento, se puede herir la vejiga ó el recto. Además, él no ataca la estenosis, puesto que no basta disminuir más ó menos los labios sino que hay que asegurar la dilatación.

La estomaloplastia consiste en la amputación del cuello, para lo cual hay dos métodos:

1º. El sub-vaginal;

2º. El supra-vaginal.

Procedimiento de Simon Marckwald.—Se toma el cuello con una pinza, se tira hacia abajo y

se le divide á derecha é izquierda hasta la vecindad de las inserciones vaginales; se incinde en cuña, al bisturí, todo el labio anterior por dos incisiones paralelas que converjan entre ellas en la profundidad de los tejidos; se hace la hemostasia reuniendo los dos colgajos mucosos por una doble serie de puntos profundos y superficiales. Se incinde de la misma manera el labio posterior y se suturan los dos nuevos colgajos de mucosa; enseguida se sutura las comisuras derecha é izquierda del nuevo orificio uterino.

Amputación supra-vaginal. — Procedimiento de Schroeder.—Se toma el cuello con una pinza, se incinde la mucosa vaginal al rededor del cuello, se libra éste hacia adelante y hacia atrás por desprendimiento; con una aguja de Deschamps; se liga en masa y en dos planos las bandas más ó menos espesas que forman el tejido de los dos parametrios y que comprenden, hacia abajo, la rama inferior de la arteria uterina, y hacia arriba, la arteria uterina. Enseguida se secciona con tijera los tejidos peramétricos hacia adentro de los dos planos de ligaduras. Cuando el cuello ha sido librado á la altura requerida, se incinde su pared anterior hasta el canal cervical y se coloca una ó varias ansas profundas que abracen la pared vaginal y el cuello en su parte superior. Finalmen-

te, se reune la mucosa vaginal á la mucosa uterina y se llevan los hilos de las ligaduras laterales á los ángulos derecho é izquierdo de la línea de reunión.

Resultados—Chalot dice, tratando de los resultados de ésta operación: «Cuando se practica la operación de Marckwald con el solo fin de agrandar el orificio uterino externo, no es necesario confiar demasiado sobre la estabilidad perfecta de los resultados inmediatos, que son, ciertamente, muy satisfactorios».

Ducasse llega á las conclusiones siguientes; «después de la amputación del cuello mediante el bisturí, el embarazo sigue generalmente su curso normal y la dilatación se hace bien á condición que durante la intervención se hayan adaptado bien las superficies mucosas y que haya cerrado por primera intención, puesto que sino se forma tejido cicatricial escleroso é inextensible que pone obstáculo á la dilatación y que corre el riesgo de romperse en extensión variable.

Audebert, en un artículo publicado en los Anales de Ginecología (1898), cita 16 observaciones de mujeres que habían abortado después de una amputación de cuello y dice; «al leer estas observaciones sorprenderá la proporción enorme de los abortos ó partos prematuros, pues sobre 16 muje-

res qun después de la amputación del cuello han tenido 22 embarazos, se encuentran 10 abortos y 9 partos prematuros». Si ahora se compara la marcha de los embarazos que han tenido lugar antes de la amputación del cuello, con la evolución de los que la han seguido, se constata que estas mismas mujeres habían estado 27 veces encinta antes de la operación y que sobre estos 27 embarazos, 22 llegaron á termino y 7 fueron prematuros, ó sea el 81 por ciento. Las mismas mujeres que después de la amputación de cuello se embarazaron, no llegaron á término sino 5 sobre 24, ó sea el 21 %». Según Audebert, la causa es la rotura prematura de las membranas que trae como consecuencia la expulsión del huevo. Guibout llega á las mismas conclusiones.

El profesor Pinard dice en las lecciones publicadas en Enero de 1899: «Múltiples observaciones me han confirmado que las amputaciones altas del cuello uterino provocan de ordinario el parto prematuro».

La estomatoplastia por vaciamiento comisural del cuello.—Operación del profesor Pozzi.—El principio en que se basa el profesor Pozzi es el siguiente: dar al cuello la semejanza de un cuello de multípara, conservando al mismo tiempo la mucosa.

1er. tiempo: dixisión bilateral del cuello.—La vagina es mantenida abierta por dos valvas, el cuello fijado por dos pinzas colocadas sobre cada uno de los labios; el operador toma la pinza anterior, es decir, la que toma el labio anterior del cuello y deja que la pinza posterior caiga por su propio peso. Introduce entonces en la cavidad del cuello una de las ramas de un par de tijeras rectas mantenida abierta y empuja el instrumento hasta que la otra rama llegue al fondo del saco laferal de la vagina; Aproximando ahora las dos ramas se corta de un solo golpe la comisura en toda su altura.

Cuando la estenosis es muy completa se hace muy difícil la introducción de la tijera y es necesario recurrir á un bisturí de lámina estrecha, con el cual se hace el primer debridamiento de ambas comisuras.

Las valvas, que se han vuelto inútiles, se las retira, confiando á un ayudante la pinza anterior; el cirujano baja un poco la pinza posterior; para separar los dos labios del cuello, haciéndose así visible toda la cavidad cervical.

Sobre cada uno de los labios del cuello, se reconoce en el medio una ranura mucosa, representando la mitad del canal cervical y extendiéndose de la extremidad anterior del cuello á un orificio

mediano, que es el orificio profundo en comunicación con la cavidad uterina.

Lateralmente, esta ranura mediana está limitada por dos superficies cruentas de forma triangular. Hay, por consiguiente, cuatro triángulos rectángulos dos sobre cada labio, limitados así; el gran lado del ángulo recto, es el borde de la ranura mucosa del canal cervical; el pequeño lado es el límite de la sección lateral del cuello y va del orificio profundo á la pared vaginal; la hipotenusa, un poco curva y no rectilínea, está constituída por el borde de la mucosa vaginal del cuello.

2º. tiempo: excisión de cuatro pequeños colgajos prismáticos.

Sobre cada uno de los cuatro triángulos cruentos que acaban de ser descriptos, se hace un vaciamiento con el visturí tenido oblícuamente, de manera á sacar un pequeño colgajo en forma prismática. La primera incisión se hace á 2 milímetros más ó menos del borde de la ranura mucosa; la otra incisión sigue la hipotenusa del triángulo; las dos incisiones convergen en la profundidad y seccionan el colgajo prismático, que queda sostenido por su base, que mira hacia arriba. Se concluye de destacarlo por una tercera incisión, costeando el pequeño lado del triángulo ó base. La operación se repite sobre los tres triángulos restantes.

3er. tiempo: suturas:—1° Cada uno de los cuatro avivamientos que acaban de ser hechos se suturan aisladamente. La aguja penetra en el cuello al nivel de la cara vaginal, pasa por debajo de la arista del prisma y de toda la superficie cruenta y sale por la ranura cervical. Por lo general, son necesarios dos hilos para cada avivamiento; cuando están saturadas las dos paredes de la pequeña cavidad creada por la excisión del colgajo prismático, se afrontan exactamente.

Pozzi emplea para esta sutura hilos finos de plata, torciéndolos y pasando los dos cabos por una piecita de plomo parecida á una moneda ahuecada de un orificio, apretándolos en seguida y sirviendo de reparo para la ablación de los hilos. Se puede emplear seda ó catgut fino igualmente.

2°. Se termina colocando un hilo de cada lado, sobre el ángulo de separación de las dos mitades del cuello, de manera á reconstruir hasta cierto punto las comisuras.

Cuando la operación está terminada, el cuello presenta un aspecto particular — en pico de pato — y su cavidad ampliamente abierta, deja penetrar el dedo con facilidad. Enseguida se pone un poco de gasa entre los labios abiertos del cuello y se tapona la vagina, renovándose esta curación cada 2 ó 3 diás, para sacar los hilos al cabo de los 15.

Mas tarde,cuando la cicatrización es completa, el hocico de tenca se hace muy semejante al de una multípara.

Resultados inmediatos de la estomatohlastía por vaciamientos comisural del cuello. — Bajo este punto de vista, la operación del Dr. Pozzi es una verdadera recección del cuello, porque no es en definitiva sino la reducción del espesor de las paredes del cuello del útero, contribuyendo en el éxito la conservación intacta de la mucosa, indispensable á su buen funcionamiento.

No tendremos que temer, en efecto, en este procedimiento la producción de tejidos cicatricial que implica el sacrificio de la mucosa.

El cuello queda en excelentes condiciones, tanto por su blandura como por su elasticidad. Además, la operación es sensiblemente superior á los procedimientos de amputación que hemos descrito, en particular á los de Simón y Schroeder, pues este no determina la estenosis post-eperatoría que hemos visto producirse con la mayoría de las demás operaciones.

La dilatación es permanente merced al afrontamiento de superficies recubiertas de epitetio, quedando después de la retracción de los tejidos un cuello análogo al de una multípara.

Resultados mediatos de la estomatoplastía. —

Hemos visto que los resultados inmediatos de esta operación no pueden ser más satisfactorios. Otro tanto pasa con los mediatos.

Y estas mujeres que hasta entonces se quejaban de reglas dolorosas, irregulares, abundantes y todos los síntomas de una inflamación crónica del útero, han recobrado la tranquilidad y el bienestar, habiendo vuelto todo al estado normal; las reglas se han vuelto menos abundantes y casi indoloras.

Mecánicamente, la estomatoplastía obra librando pasaje al flujo menstrual y secreciones uterinas que estagnadas producen la irritación de la mucosa uterina, provocando la metritis cervical.

Bajo el punto de visto de la esterilidad, la estomatoplastía ha dado excelentes resultados. Se han citado casos de mujeres estériles que se han embarazado después de la operación. La reconstrucción del orificio externo ha suprimido el obstáculo que impedía la penetración del esperma en el útero.

En todos los casos, los embarazos han evolucionado normalmente hasta su término; no se han observado abortos, ni expulsión prematura del producto de la concepción.

En cuanto al parto, vemos que no ha sido impedido por la estomatoplastía; no ha habido que intervenir durante él ni tampoco durante el alum-

bramiento. El tiempo del período de dilatación y expulsión han sido sensiblemente normales; no se han visto desgarraduras del cuello ni rotura del útero. Los casos de distocia por rígidez patológica del cuello no son de temer.

Las objeciones que se han hecho son las siguientes: se le reprocha que no dilata el orificio interno; pero sabemos que en la mayoría de los casos, la causa de ello es la estenosis del orificio externo. Pero el orificio interno también se dilata, ya sea por la retracción del tejido cicatrícial ó ya por la curación de la metritis cervical causada por la estenosís del orificio externo, metritis que estrecha el canal por el hinchamiento de la mucosa; cualquiera que sea la razón, se constata que la dilatación de los dos orificios se obtiene perfectamente.

En resumen, los resultados que acabamos de exponer nos demuestran que la estomatoplastía practicada de acuerdo con los principios del doctor Pozzi, es una operación excelente y que debe ser considerada como la más adecuada en la estenosis del orificio externo del cuello uterino.

Conclusiones.—La estomatoplastía por vaciamiento comisural del cuello debe ser considerada el procedimiento de elección para el tratamiento de la estenosis del cuello del útero y hé aquí las razones:

1.ª, ella da al orificio su permeabilidad, conservando intacta la mucosa indispensable para el buen funcionamiento del útero; 2.ª no arrastra á su continuación, como en las operaciones similares, la estenosis post-operatoria y los accidentes que la suceden; 3.ª, sus resultados son siempre excelentes; hace desaparecer rápidamente la dismenorrea y la metritis. Las operadas á menundo se embarazan y los partos y alumbramientos se hacen satisfactoriamente.

Es de notar que este procedimiento no es eficaz sino cuando se emplea contra la estenosis del cuello, y no resulta cuando la estenosis es acompañada de lesiones graves de los anexos, inflamaciones ó esclerosis de los ovarios.

Desgraciadamente, al principio los fenómenos ováricos quedan latentes, son disimulados por los fenómenos uterinos ya al estado agudo y no es sino más tarde, después de la operación, que las lesiones ovarianas se establecen de manera manifiesta, quitando á la estomatoplastía sus probabilidades de èxito.

Observaciones

I

Hospital Rivadavia, Servicio del Dr. S. Molina —F. A., Italiana, 23 años, ingresó á este servicio el 30 de Agosto de 1908.

Antecedentes hereditarios, sin importancia. Antecedentes personales: tuvo sarampión en la infancia, regló á los 13 años, durando las reglas término medio 4 ó 5 días, siendo ellas dolorosas, irregulares y escasas. Se casó á los 19 años y no ha tenido hijos ni abortos.

Enfermedad actual: desde que se casó siente dolores en el bajo vientre y dolores lumbares; las reglas son dolorosas y tiene flujo en regular cantidad. Estado actual: buena constitución osea y muscular.

Al exámen ginecológico se encuentra un cuello estenosado y metritis corvical.

Operación: Se le practica la estomatoplastía por vaciamiento comisural del Dr. Pozzi y es dada de alta el 18 de Septiembre.

Actualmente se encuentra embarazada de cuatro meses.

II

Hospital Rivadavia—Servicio del Dr. Samuel Molina

E. M.—Española, 32 años, ingresa al servicio el 29 de Junio de 1908.

Ancedentes hereditarios: el padre murió de una afección al corazón, lo mismo que la madre.

Antecedentes personales: sana en su infancia, tuvo fiebre tifoidea á los 14 años; regla desde los 15, duran 4 días y son regulares y muy dolorosas; se casó á los 22 años, no habiendo tenido hijos ni abortos.

Enfermedad actual; á los dos años de casada; empieza á sentir dolores en el hipogastrio y en las caderas y abundante lencorrea; las reglas son regulares pero muy dolorosas. Hace 3 años le practicaron un raspado que no la mejoró en lo más mínimo.

Estado actual; buena constitución osea, regular cantidad de panículo adiposo, mucosas bien colo readas.

Aparato genital: periné, vulva y vagina sanos; cuerpo uterino, de tamaño normal, muy movible, con tendencia á permanecer en retroversión sensible; se toca el anexo derecho aumentado de tamaño y sensible; el cuello pequeño, con orificio estenosado.

Diagnóstico: estenosis del cuello, metritis crónica, retroversión movible y anexitis crónica derecha.

Tratamiento: raspado y estomatoplastia y en Julio 7 neo-sinserción de los ligamentos redondos; cura por primera intención—sin drenaje.

La menstruación es actualmente regular é indolora; sín embargo, la lencorrea persíste.

III

M. A.—Española de 22 años de edad, ingresó al Hospital Rivadavia el día 18 de Enero de 1909.

En cuanto á sus antecedentes hereditarios, sus padres son sanos; y por lo que se refiere á sus antecedentes personales, manifiesta haber tenido sarampión á la edad de 10 años; regló á los 16 y á los 3 meses de haber reglado, tuvo un período de amenorrea que le duró 6 meses, continuando luego con regularidad y con duración, término medio, de 5 días.

Enfermedad actual. La enferma dice que de tres

años á esta parte las reglas no se hacen regulares adelantandose, en general, de 6 á 8 días, y son dolorosas, con epistaxis abundantes. Sufre de dolores lumbares y es constipada desde hace igual tiempo.

Estado actual. Buena constitución osea y muscular, regular panículo adiposo; al exámen ginecológico se encuentra una estenosis del cuello y metritis cervical.

Operación. Se le practica la estomatoplastia por vaciamiento comisural del Dr. Pozzi el 23 de Enero. Sale de alta.

La menstruación en esta enferma no ha aparecido, lo que induce á suponer, siendo su estado de salud satisfactorio, que se encuentra embarazada.

IV

Hospital Rivadavia. Servicio del Dr. Samuel Molina.

P. S.—Italiana, 25 años, ingresa al mismo Hospital el 4 de Enero de 1909.

Antecedentes hereditarios: padres sanos.

Antecedentes personales: serampión en la infancia, regla desde los 16 años regularmente, salvo un período de amenorrea que tuvo á los 17 años, debido á una anemia. Las reglas no eran dolorosas. Se casó á los 19 años, no habiendo tenido hijos ni abortos y siendo habitualmente constipada.

Enfermedad actual—Hace 3 años que sufre de dolores en la región lumbar, dolores que aparecen espontáneamente y que se exacerban con el movimiento. Regla normalmente, pero después tiene leucorrea abundante.

Estado actual.—Buena constitución ósea y muscular.

Aparato genital—El cuello uterino largo, de consistencia cartilaginosa; orificio pequeño, cuerpo normal, movible en anteflexión fisiológica; anexos no se palpan.

Diagnóstico—Estenosis del cuello, metritis crónica dolorosa.

Tratamiento—Estomatoplastia por vaciamiento comisural, raspado.

El estado actual de la enferma es bastante satisfactorio y las reglas son ahora regulares é indoloras.

HOSPITAL RIVADAVIA — SERVICIO DEL DR. MOLINA

P. S.—Rusa, casada, 28 años, ingresa á este servicio el 28 de Enero ee 1909.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: infancia sana, regló á los 16 años regularmente y sin dolor, se casó á los 22 años, no ha tenido hijos ni abortos.

Enfermedad actual: ingresa la enferma al servicio quejándose de no tener familia; las reglas son ahora irregulares y dolorosas, siendo constipada.

Estado actual: buen estado general de nutrición.

Aparato genital: el tacto da un útero en posición normal, apareciendo estrecho el cuello del orificio y el cuerpo del útero algo doloroso.

Diagnóstico: estrechez del cuello y metritis.

Tratamiento: estomatoplastia por vaciamiento comisural del Dr. Pozzi y raspado.

Esta enferma, lo mismo que la anterior, se halla en estado satisfactorio, siendo las reglas regulares é indoloras.

JUAN CARLOS LOBAT.

Buenos Aires, Marzo 17 de 1909.

Buenos Aires, Marzo 17 de 1909.

Nómbrase al señor Consejero, Doctor Nicasio Etchepareborda, al Profesor titular Doctor Samuel Molina y al Profesor suplente, Doctor Ricardo S. Gómez, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen sobre la presente Tesis, de acuerdo con el Art. 4° de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON.
R. S. Gómez.
Secretario

Buenos Aires, 26 Marzo de 1909.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente Tesis, según consta en el acto N° 1829 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON.
R. S. Gómez.
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Cura siempre la operación de Pozzi la dismenorrea?

NICASIO ETCHEPAREBORDA.

II

¿La estenosis del cuello correjida puede ser causa de complicaciones en el parto?

SAMUEL MOLINA.

III

En el tratamiento de la estenosis del cuello uterino, ¿es preferible la dilatación forzada ú operación cruenta, á la dilatación progresiva.

RICARDO S. GÓMEZ.

BIBLIOGRAFÍA

Sinety. — La esterilidad en la mujer.

Garnier. — La esterilidad en la mujer.

Lutaud. — La esterilidad en la mujer.

Sims Marion. — Cirujía úterina en Eclación con la esterilidad.

Declambre — Diccionario artículo esterilidad.

Hugon. — La esterilidad en la mujer.

Boyer. — La atresia congenita del cuello úterino (1898).

Chabry. — La estenosis del cuello úterino y su tratamiento.

Tratamiento de la estenosis del cuello úterino por la estomatoplatía. «Revista de Cirujía», Junio 1898.

Mauricio Nigoul. — La estomatoplatía por vaciamiento comisural, operación del profesor Pozzi.

Casausky. — Atresía cicatriciol por parto.

Chalot. — Cirujía y medicina operatoria.

Bonilliy. — Endometritis cervical y su tratamiento quirurgico·

Audebert. — Estudio del embarazo y del parto después de la amputación del cuello.

Labadie, La grave y Reguen. — Tratado de Ginecología.

Boureieu. — Tratado de Ginecología.

Pozzi. — Tratado de Ginecología.