



Año 1918

N. 3478

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESTERILIDAD
POR
ESTENOSIS CERVICAL
Y SU TRATAMIENTO

— — — — —
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

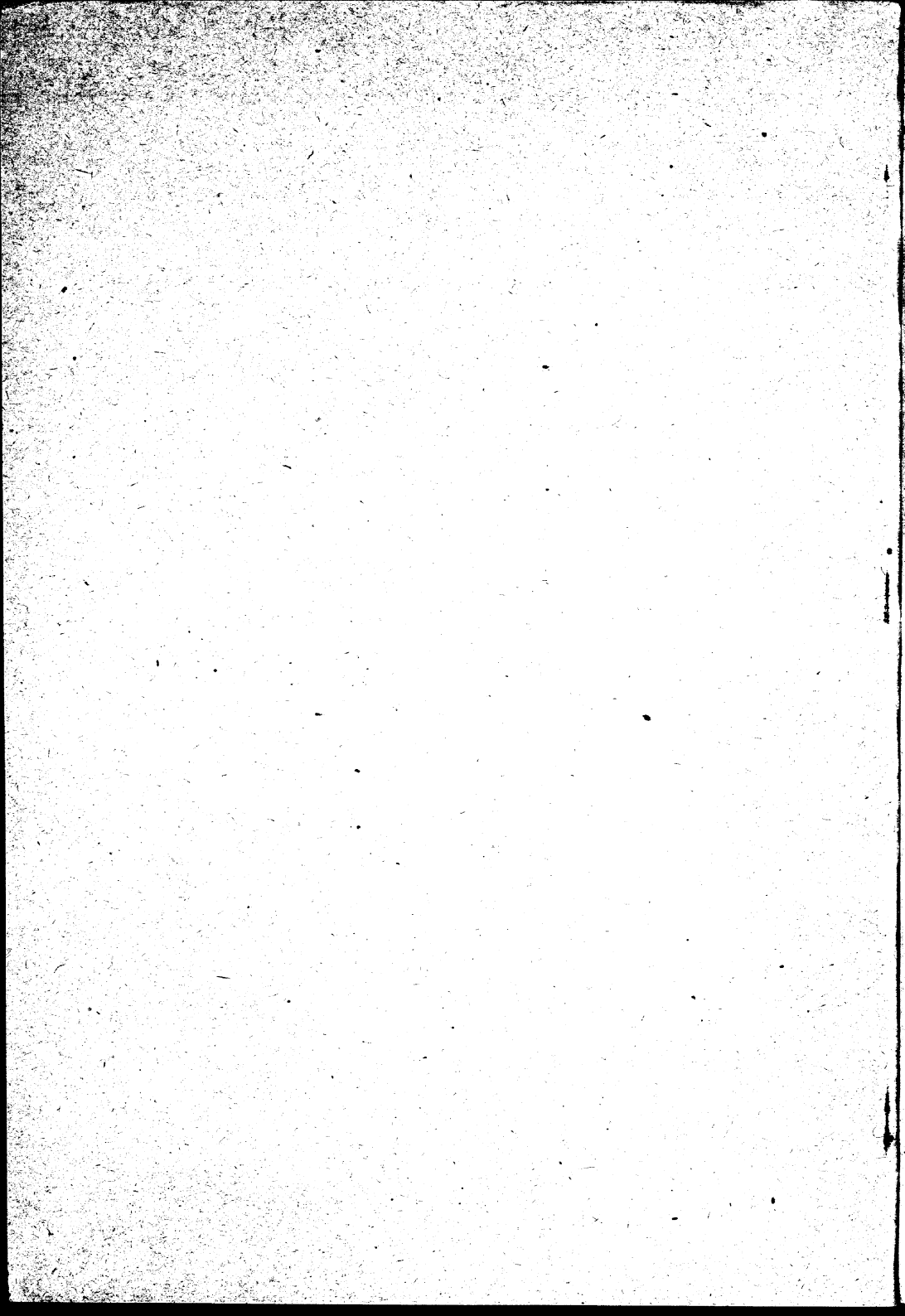
POR

MANUEL C. CETRÀ

Ex practicante externo del Hospital San Roque (1914)
Ex practicante de cirugía, por concurso de examen, del Hospital de Niños (1914-15)
Ex Practicante menor interno del Hospital Torcuato de Alvear (1915-16)
Ex practicante por concurso de examen del Hospital de Niños (1915-16) Mayo 1917
Ex Practicante mayor interno del Hospital T. de Alvear (1917)
Ex practicante de la Asistencia Pública de La Plata (1917)



BUENOS AIRES
IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151
1918



Esterilidad por estenosis cervical y su tratamiento

Año 1918

N. 3478

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESTERILIDAD
POR
ESTENOSIS CERVICAL
Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MANUEL C. CETRÀ

Ex practicante externo del Hospital San Roque (1914)

Ex practicante de cirugía, por concurso de examen, del Hospital de Niños (1914-15)

Ex Practicante menor interno del Hospital Torcuato de Alvear (1915-16)

Ex practicante por concurso de examen del Hospital de Niños (1915-16) Mayo 1917

Ex Practicante mayor interno del Hospital T. de Alvear (1917)

Ex practicante de la Asistencia Pública de La Plata (1917)



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918



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

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros Titulares

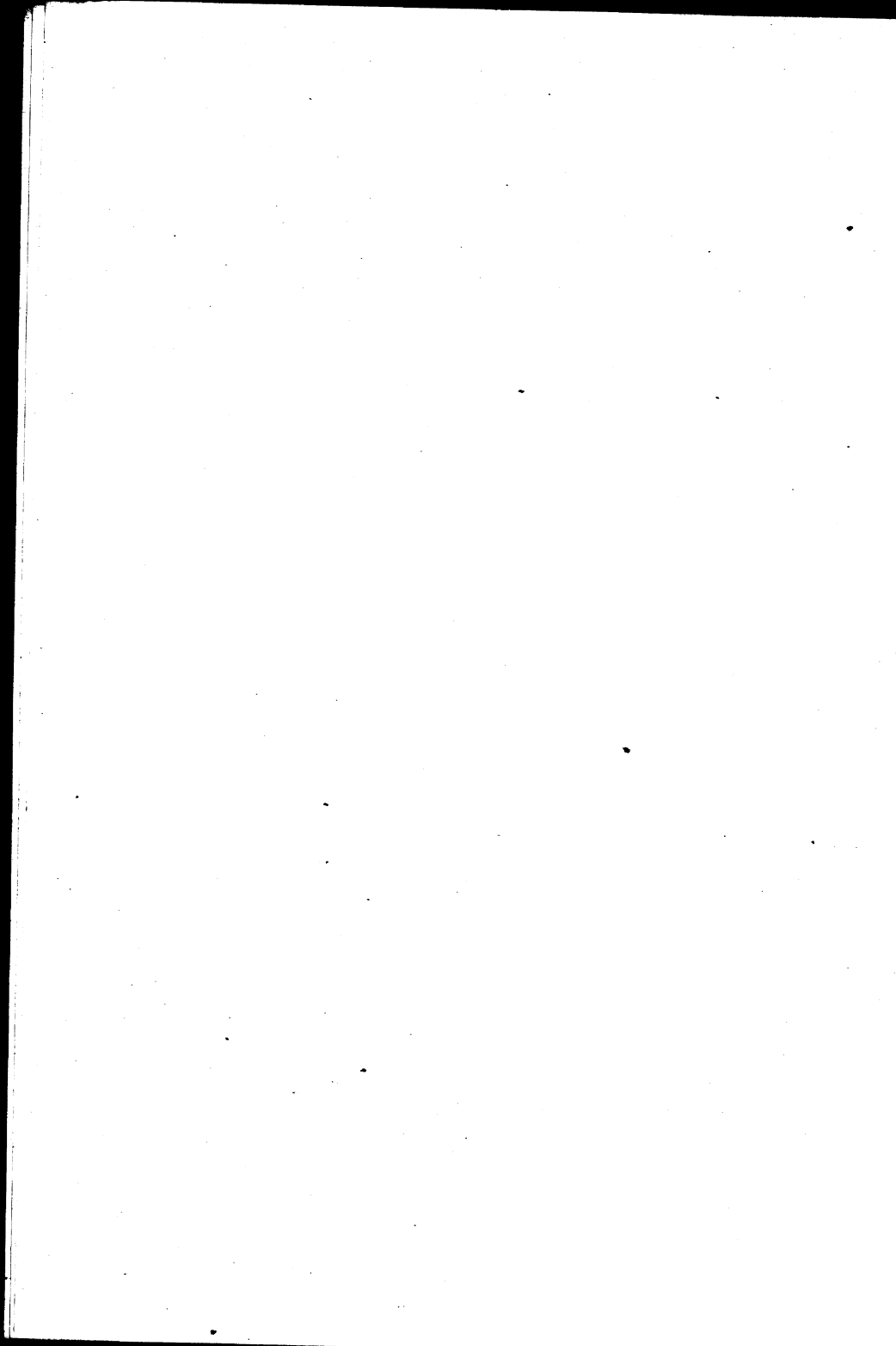
1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN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

Secretario General

Vacante

Secretario

DR. D. DIÓGENES DECOUD

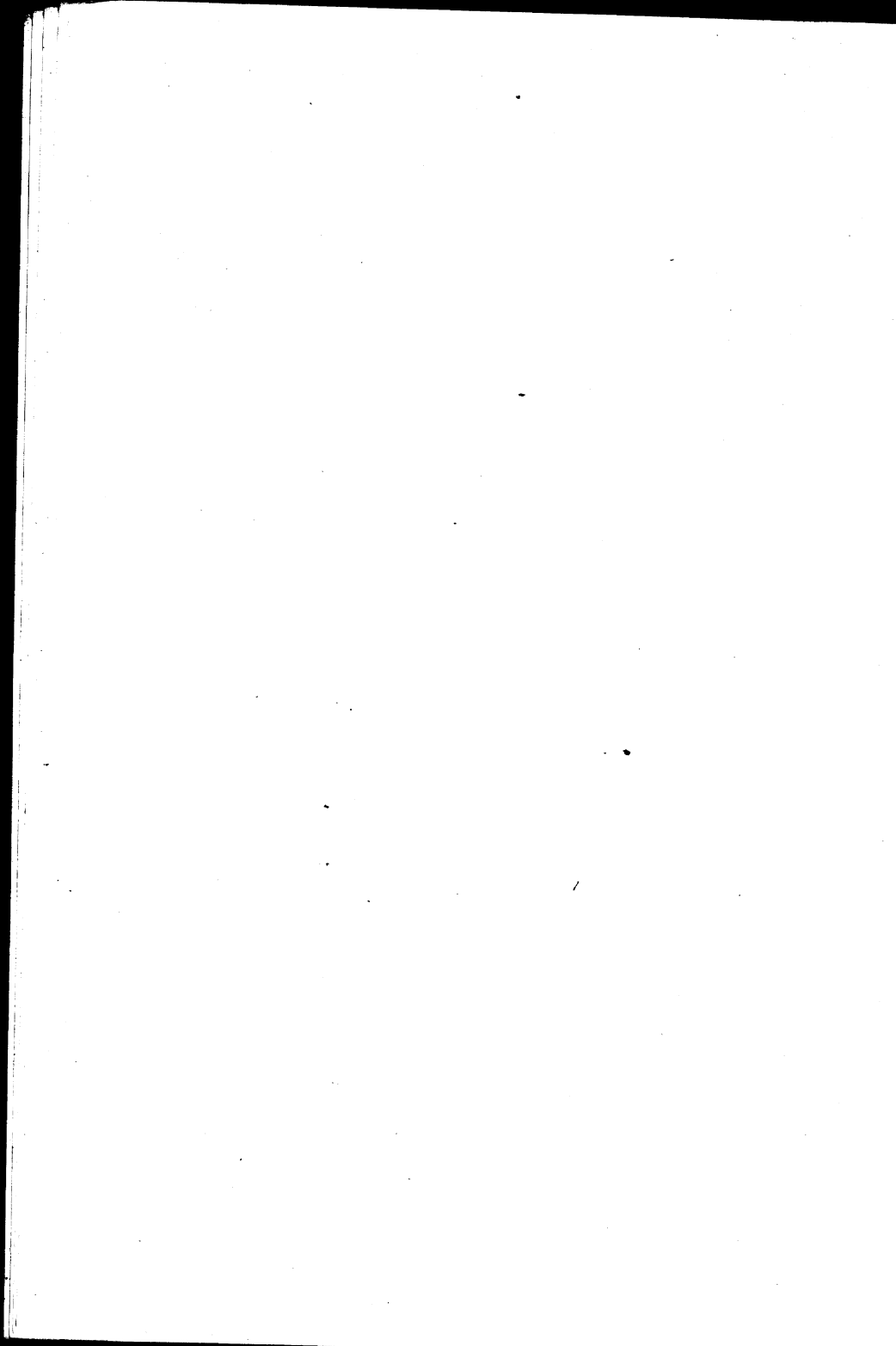


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINDO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSEJO DIRECTIVO

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. DOMINGO CABRED

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

» » ELISEO CANTÓN

» » ANGEL M. CENTENO

» » DOMINGO CABRED

» » MARCIAL V. QUIROGA

» » JOSÉ ARCE

» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)

» » DANIEL J. CRANWELL

» » CARLOS MALBRÁN

» » JOSÉ F. MOLINARI

» » MIGUEL PUIGGARI

» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

» » FANOR VELARDE

» » IGNACIO ALLENDE

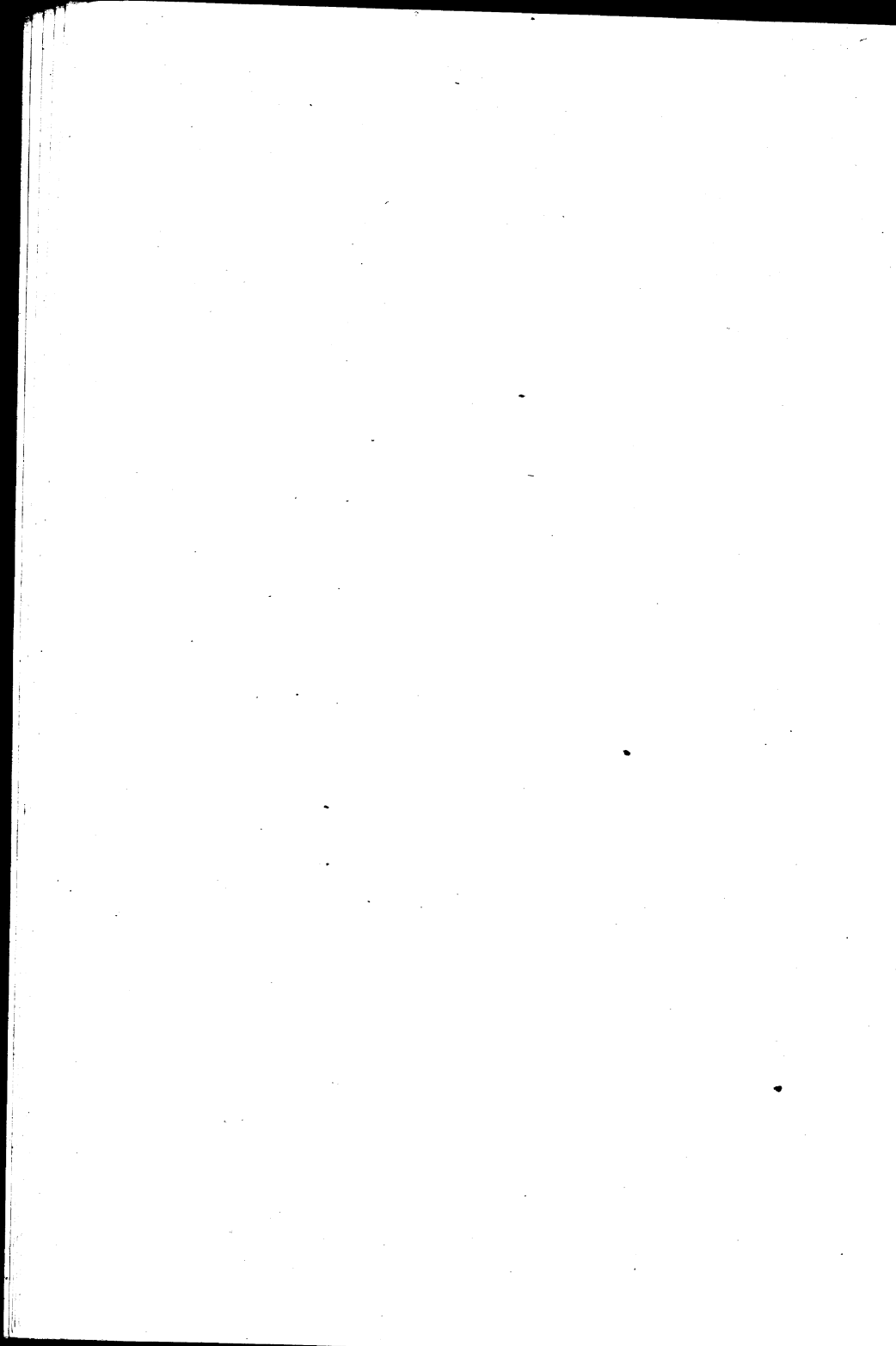
» » MARCELO VIÑAS

» » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

» » JUAN A. GABASTOV



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

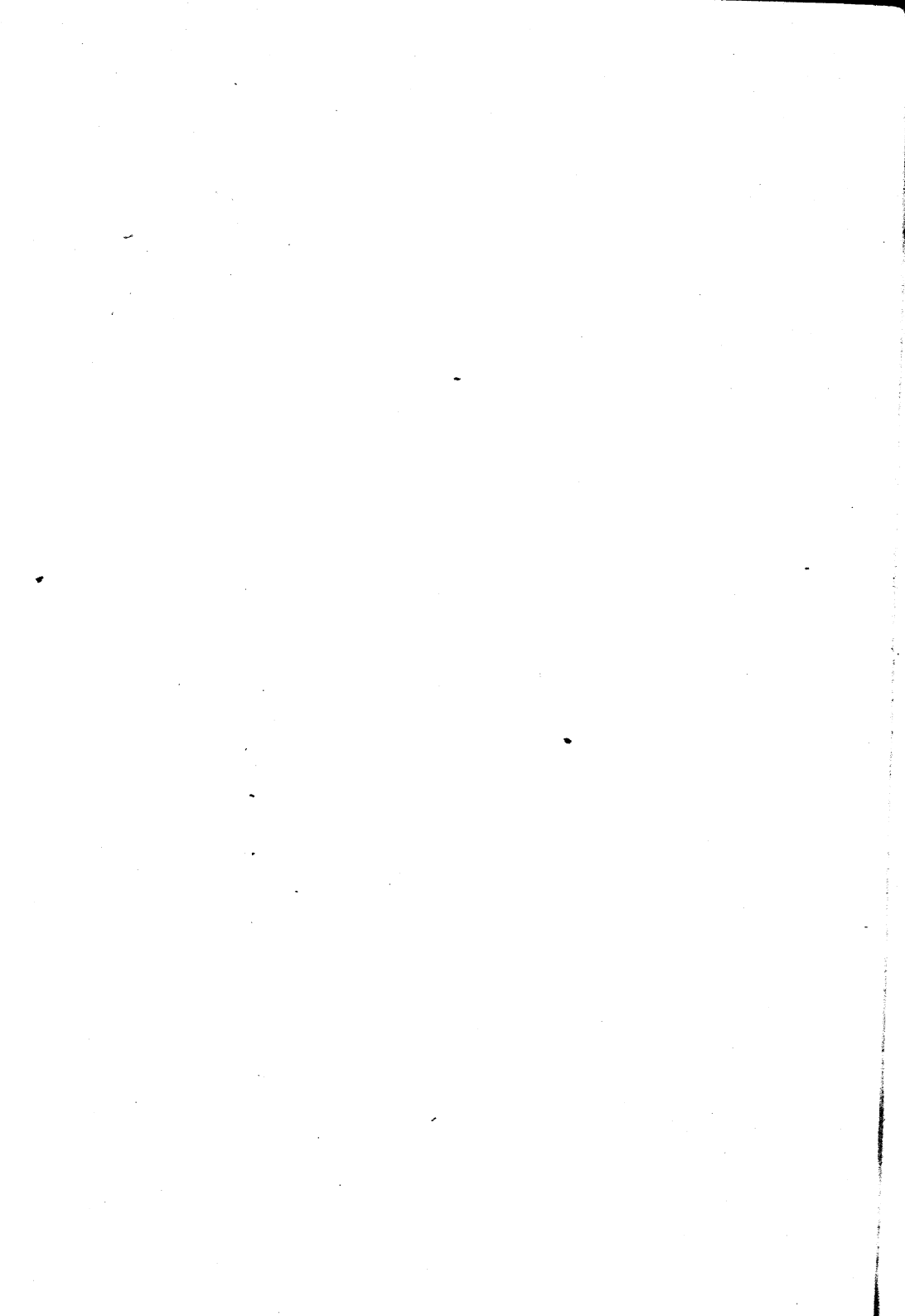
» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

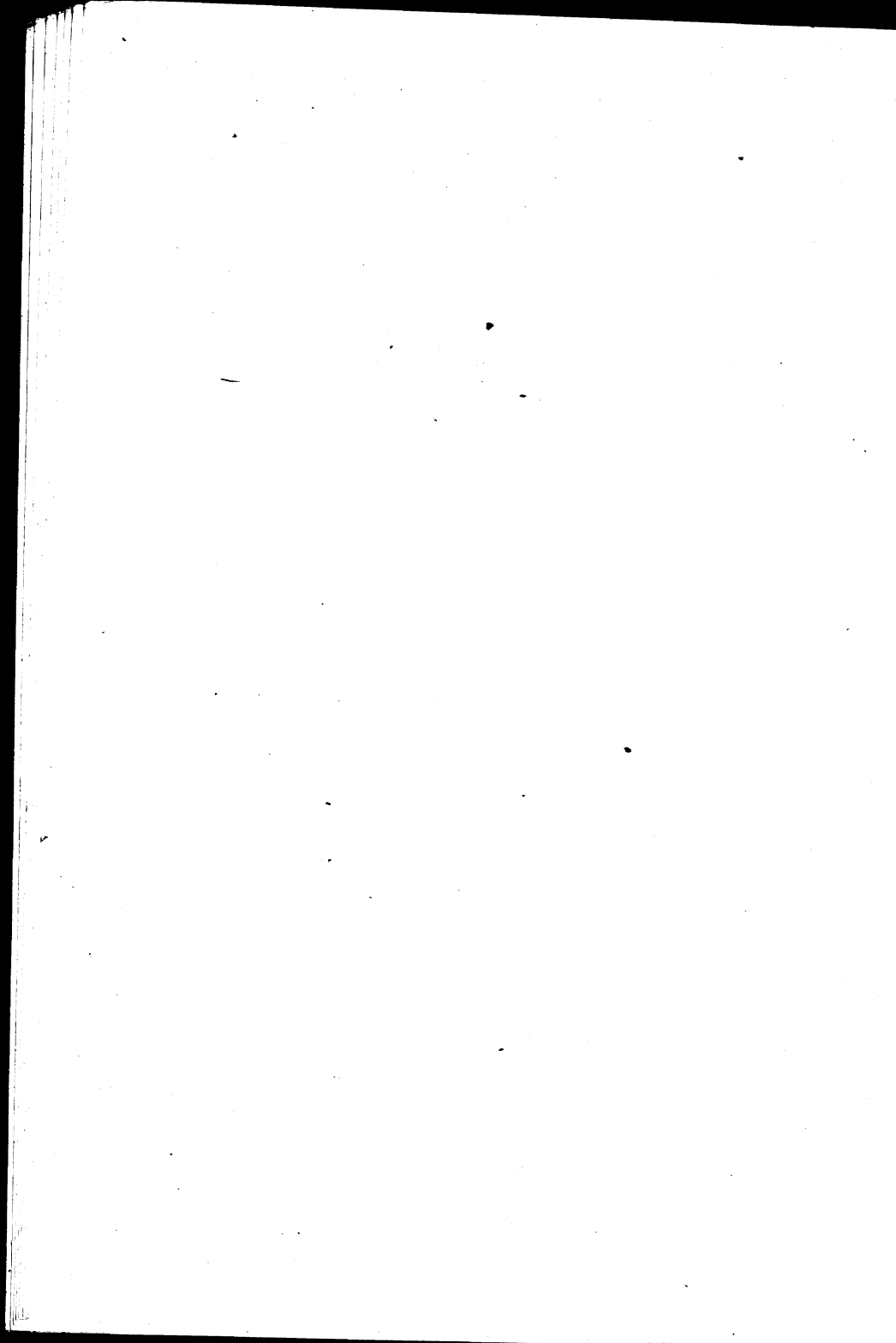
» FRANCISCO A. SICARDI

» TELÉMACO SUSINI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica ..	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos)	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» (VACANTE)
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» (Vacante).
Clínica Génito-urinaria.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» Vacante
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» Vacante
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA

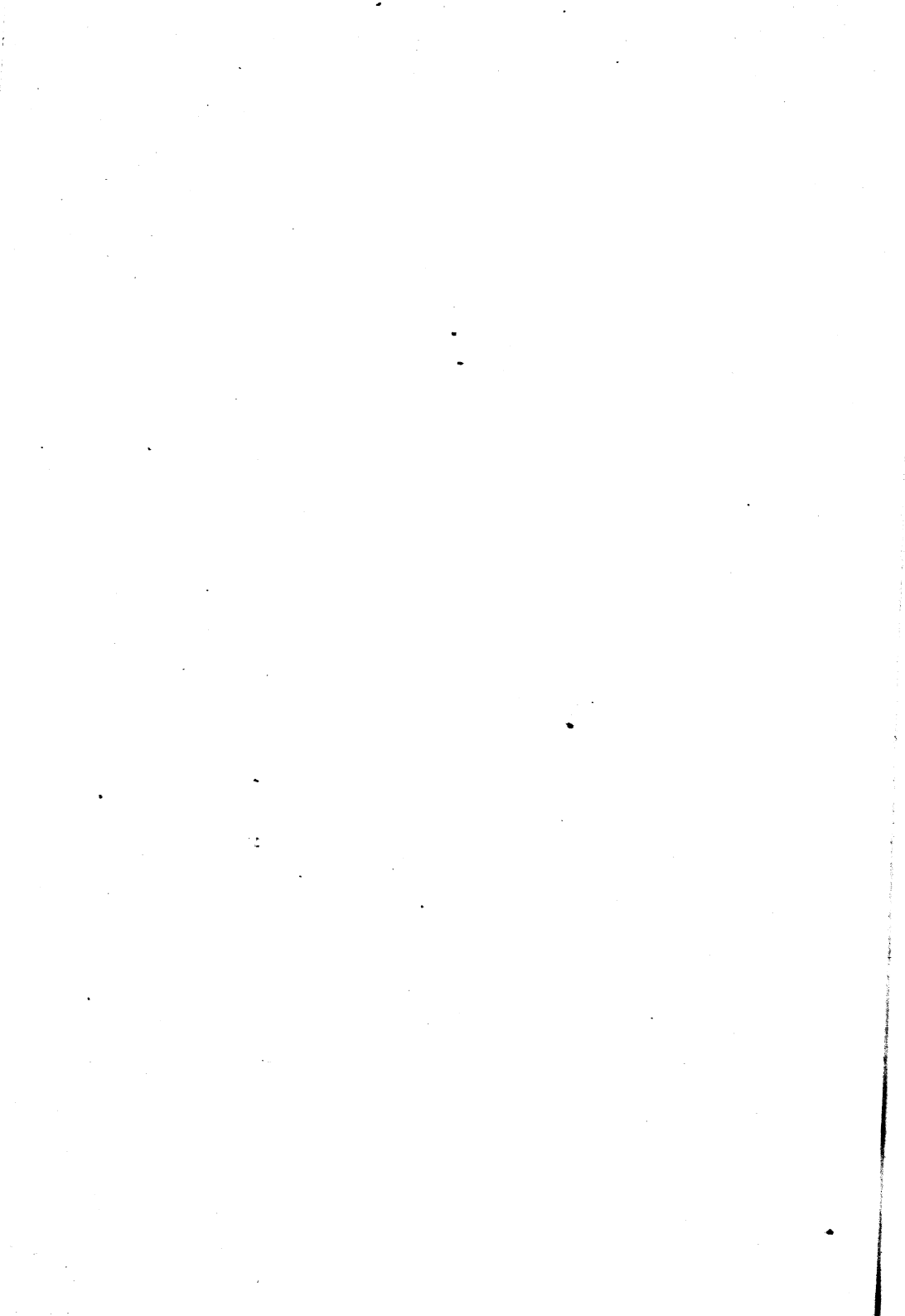


ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos extraordinarios

Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología »	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Higiene Médica.....	» FELIPE A. JUSTO
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa.....	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología Interna.....	» RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Neurológica.....	» MARIANO ALURRALDE
	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Pediátrica.....	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» ARTURO ENRÍQUEZ
Clínica obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING



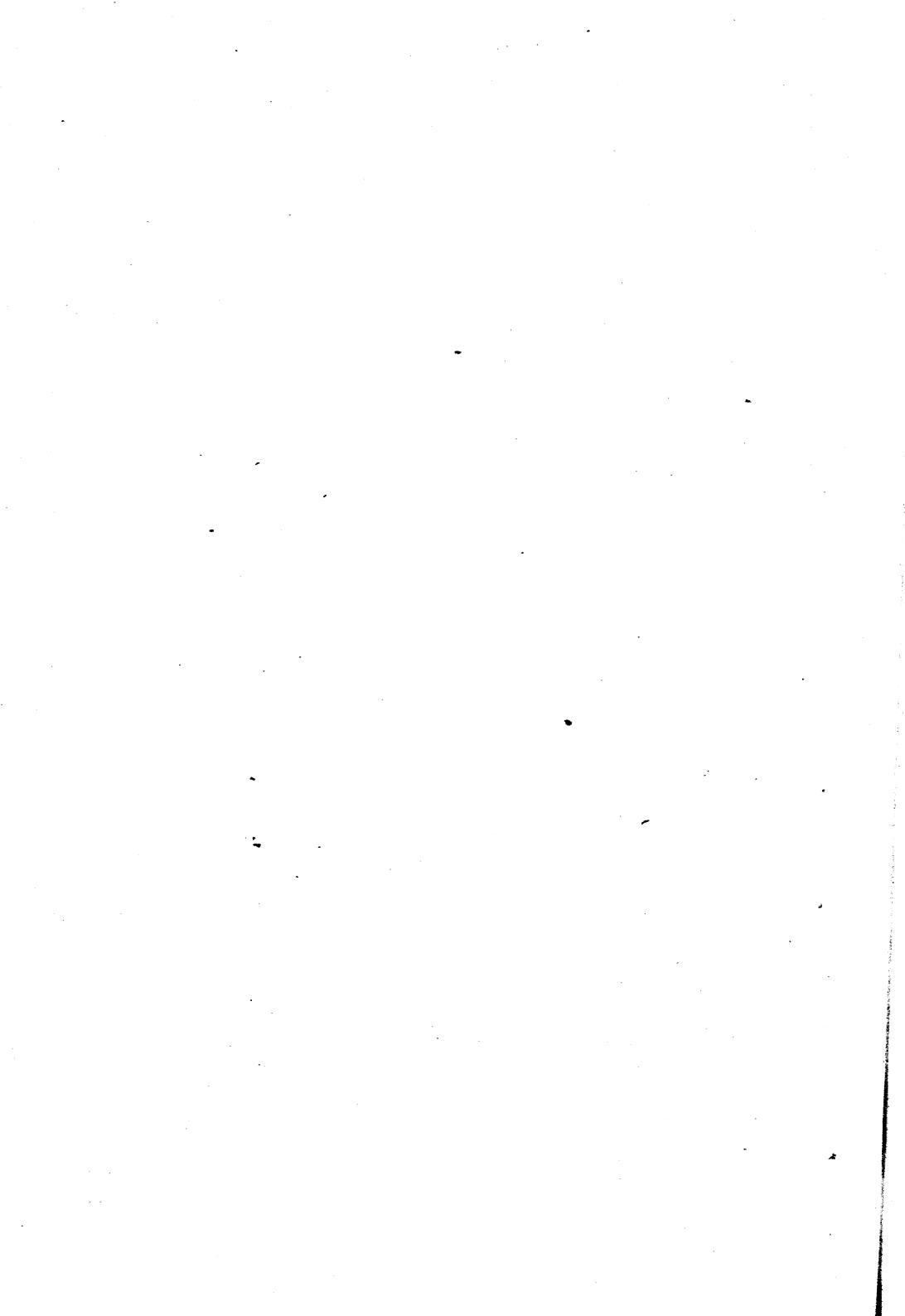
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Zoología médica.....
Anatomía descriptiva.....
Fisiología general y humana.....
Bacteriología.....
Química Biológica.....
Higiene Médica.....
Semiología y ejercicios clínicos.....
Anatomía patológica.....
Anatomía topográfica.....
Materia médica y terapéutica.....
Medicina operatoria.....
Patología externa.....
Clínica dermato-sifilográfica.....
• Génito urinaria.....
• epidemiológica.....
• oftalmológica.....
• oto-rino-laringológica.....
Patología interna.....
Clínica quirúrgica.....
• Neurológica.....
• Médica.....
• pediátrica.....
• ginecológica.....
obstétrica.....
Medicina legal.....
Clínica Psiquiátrica.....
Toxicología.....

Catedráticos sustitutos

DR. GUILLERMO SEEBER
• SILVIO E. PARODI
• EUGENIO GALLI
• JUAN JOSÉ CIRIO
• FRANCISCO ROPHILLE
• FRANK L. SOLER
• BERNARDO HOUSSEY
• RODOLFO RIVAROLA
• SALVADOR MAZZA
• BENJAMÍN GALARCE
• MANUEL V. CARBONELL
• SANTIAGO M. COSTA
• CARLOS BONORINO UDAONDO
• ALFREDO VITON
• PEDRO J. HARDOY
• JOAQUÍN LLAMBIAS
• ANGEL H. ROPPO
• PEDRO ELIZALDE
• ANGEL F. SAN MARTÍN
• JOSÉ MORENO
• PEDRO CASTRO ESCALADA
• ENRIQUE FINOCCHIETTO
• FRANCISCO P. CASTRO
• CASTELFORT LUGONES
• ENRIQUE M. OLIVIERI
• ALEJANDRO CHVALLLOS
• NICOLÁS V. GREGO
• PEDRO L. BALIÑA
• JOAQUÍN CERVERA
• JOAQUÍN NIN POSADAS
• FERNANDO R. TORRES
• FRANCISCO DESTÉFANO
• ANTONINO MARCO DEL PONT
• DANIEL THAMM
• ADOLFO NOCETI
• RAÚL ARGANARAZ
• JUAN DE LA CRUZ CORREA
• MARTÍN CASTRO ESCALADA
• FELIPE J. BASAVILBASO
• ANTONIO R. ZAMBRINI
• ENRIQUE PERREIRA
• PEDRO LABAQUE
• LEONIDAS JORGE PACIO
• PABLO M. BARLARO
• EDUARDO MARINO
• ARMANDO R. MAROTTA
• LUIS A. TAMINI
• MIGUEL SUSSINI
• ROBERTO SOLÉ
• PEDRO CHUTRO
• JOSÉ M. JORGE (H.)
• OSCAR COPELLO
• ADOLFO F. LANDIVAR
• JORGE LEYRO DÍAZ
• ANTONIO F. CELESIA
• TOMÁS B. KENNY
• GUILLERMO VALDÉS (H.)
• VICENTE DIMITRI
• ROMULO H. CHIAPPORI
• JUAN JOSÉ VITON
• PABLO J. MORSALINE
• RAFAEL A. BUTRICH
• IGNACIO IMAZ
• PEDRO ESCUDERO
• MARIANO R. CASTEX
• PEDRO J. GARCÍA
• JOSÉ DESTÉFANO
• JUAN R. GOYENA
• JUAN JACOB SPANGENBERG
• TULIO MARTINI
• CÁNDIDO PATINO MAYER
• GENARO SISTO
• PEDRO DE ELIZALDE
• FERNANDO SCHWEIZER
• JUAN CARLOS NAVARRO
• JAIME SALVADOR
• TORIBIO PICCARDO
• CARLOS R. CIRIO
• OSVALDO L. BOTTARO
• JULIO IRIARKE
• CARLOS ALBERTO CASTAÑO
• FAUSTINO J. TRONGÉ
• JUAN B. GONZÁLEZ
• JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
• JUAN A. GABASTOU
• ENRIQUE A. BOERO
• JOSÉ A. BERUETT
• NICANOR PALACIOS COSTA
• VICTORIO MONTEVERDE
• JOAQUÍN V. GNECCO
• JAVIER BRANDAN
• ANTONIO PODESTÁ
• AMABLE JONES
• ALFREDO BUZZO



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc..... DR. J. C. LLAMES MASSINI

Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas.....
Física farmacéutica.....
Química farmacéutica inorgánica...
Botánica y Micrografía vegetal...
Química farmacéutica orgánica....
Técnica farmacéutica (1er curso)...
Higiene, Ética y Legislación.....
Química analítica general.....
Farmacognosia especial.....
Técnica farmacéutica (2º. curso)...

Catedráticos titulares

Dr. ANGEL GALLARDO
» JULIO J. GATTI
» MIGUEL PUIGGARI
» ADOLFO MUJICA
(Vacante)
» J. MANUEL IRIZAR
» RICARDO SCHATZ
» FRANCISCO P. LAYALLE
Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas

Zoología general—Anatomía y fisiologías comparadas.....
Física farmacéutica.....
Química farmacéutica inorgánica...
Botánica y Micrografía vegetal...
Química farmacéutica orgánica....
Técnica farmacéutica.....
Química analítica general.....
Farmacognosia especial.....

Catedráticos sustitutos

Dr. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
» TOMÁS J. RUMI
» ANGEL SABATINI
» EMILIO M. FLORES
» ILDEFONSO C. VATTUONE
» PEDRO J. MÉSIGOS
Dr. LUIS GUGLIALMELLI
Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
» PASCUAL CORTI
» CLEOFÉ CROCCO
Dr. JUAN A. SANCHEZ
Sr. OSCAR MIALOCK

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas

Complementos de Matemáticas.....
Mineralogía y Geología.....
Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....
Química analítica aplicada (Medicamentos).....
Química biológica.....
Química analítica aplicada (Bromatología).....
Física general.....
Bacteriología.....
Toxicología y Química legal....

Catedráticos titulares

— — —
— — —
— — —
Dr. JUAN A. SÁNCHEZ (supl. en ejercicio)
» PEDRO J. PANDO
— — —
» CARLOS MALBRÀN
» JUAN B. SEÑORÀNS

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
» CORIOLANO BREA (»)
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)

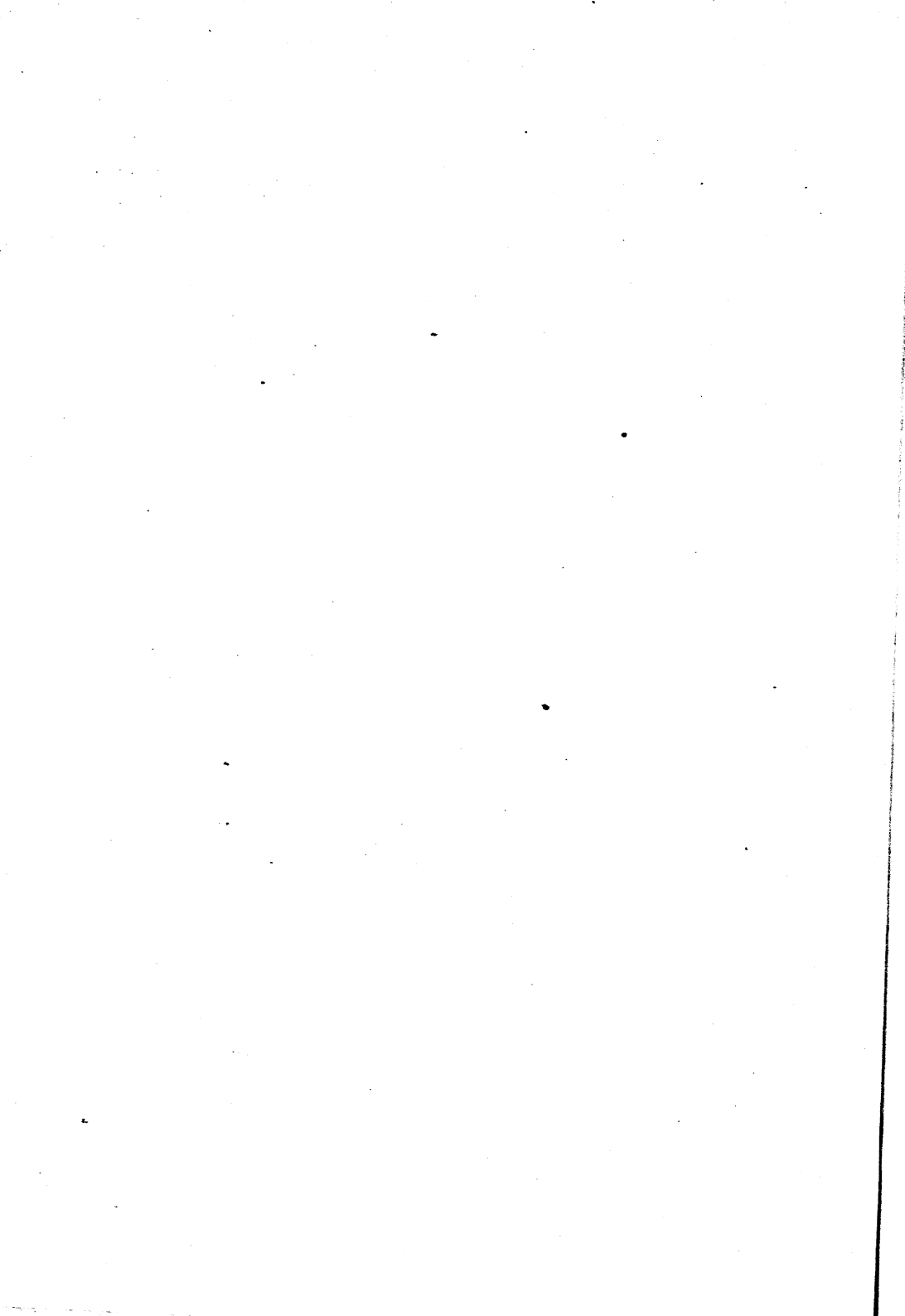
PADRINO DE TESIS:

Dr. TORIBIO J. PICCARDO

Jefe de la Sala de Ginecología, de la maternidad del Hospital Torcuato de Alvear
Profesor suplente de Ginecología

A LA MEMORIA DE MI PADRE

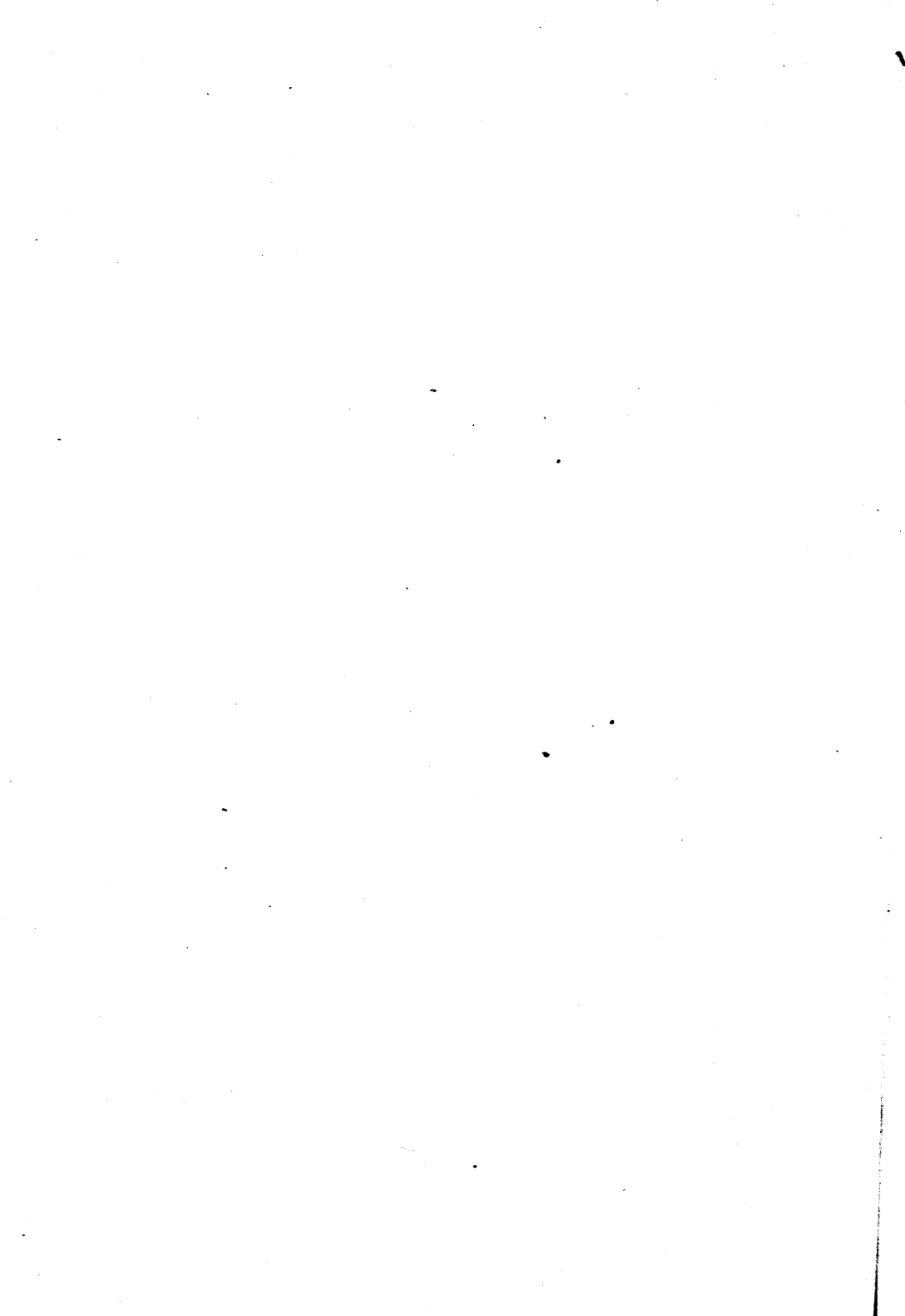
A MI MADRE



A LOS MÍOS

AL DR. JOSÉ S. PICADO

De cuyas enseñanzas y consejos guardo el
más vivo recuerdo y a quien dedico como un
deber estas justicieras líneas, en reconoci-
miento de sus relevantes cualidades, y en
testimonio de mi más sincero agradecimiento.
Mi respeto y mi amistad.



A MIS CONDISCIPULOS DE LA «1ª DE 5º»

A LA MEMORIA DE MI INOLVIDABLE AMIGO Y COMPAÑERO DE
ESTUDIOS FEDERICO M. GIRADO



A TODOS MIS AMIGOS

Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Cumpliendo prescripciones reglamentarias presento con viva satisfacción, a vuestro elevado criterio este modesto trabajo.

Al terminar la primera etapa, después del largo viaje recorrido, aun paréceme estar viendo las escenas infantiles, aún resuenan en mis oídos los primeros de-
letores, cuando el toque, no sé si de alerta o de victoria, me advierte secamente los nuevos compromisos.

No los temo, porque estoy bien pertrechado; no en vano he seguido vuestras lecciones y consejos; y si alguna vez mi ánimo dudara en la elección del derrote-
ro, no tendré sino que verlo que indica nuestra brújula y el acierto más completo será el premio concedido, al seguir la luminosa trayectoria de vuestros pasos...

En estos momentos, en que el sentimiento es la di-

námica de nuestros actos, vierto al molde en pobre forma, el recuerdo inolvidable que guardo de mi paso por los hospitales Torcuato de Alvear y de Niños.

Inolvidable, sí; podrán pasar muchos años; las blancas advertencias de la vida que pasa velozmente, cubrirán mis sienes, pero aun en ese instante, bastará una simple evocación, para que todo nuevamente se presente ante mis ojos; porque no hay cosa más fiel y más sensible que la retina juvenil, ni fuerza evocadora más sumisa, que la que emana de un corazón sincero, en que el ritmo de su tiempo, ha sido puesto acorde con cien ritmos juveniles...

Al despedirme del hospital Torcuato de Alvear, tengo presente lo mucho que a él le debo; no sólo la práctica médica, sino el haber aprovechado los ejemplos que a diario en él se ven.

Al Dr. José Viale, mis más sinceras gracias, porque siempre encontré en él, al médico y al amigo; el que con una labor silenciosa y fructífera ha llevado al hospital Alvear, a la envidiable altura en que se encuentra.

No seré menos justo con los doctores Gómez, Picado, Nicolini, Del Carril, Spangenberg, Bullrich, Sisto, Nin Posadas, Piccardo, Fernández, Villar, Copeello de los que no he recibido sino enseñanzas y atenciones.

A los médicos internos, doctores: Coni Bazán, Cassinelli, Acosta y Barceló, en quienes encontré al amigo; y a la opinión autorizada, durante mis guardias.

Quedo debidamente reconocido al doctor Ortiz, director del Hospital de Niños, y también de los doctores Viñas, Castro, Solé, Ruiz Moreno, Rivarola, Fernández, Lagos García, Belloc, Acuña, Díaz, Copello, Foley y Casaubón.

Al doctor Toribio J. Piccardo, mi agradecimiento por haberme inspirado y acompañado en este acto. Y en cuanto a vosotros, los que fuisteis mis compañeros de internado y los que en él quedáis, pensad que el que os escribe estas líneas os tendrá siempre presente y aunque el azar de la vida me aleje de vuestro pabellón, nido de sinceridades y afectos, contadme siempre entre los de vuestro número, y os lo agradeceré eternamente.

CAPITULO 1

El cuello uterino

Breves consideraciones

El cuello uterino tiene una forma cilíndrica, ligeramente abultada en su parte media.

Testut, de acuerdo con la inserción vaginal, lo divide en tres segmentos, a saber:

- 1.º—Segmento extravaginal.
- 2.º—Segmento vaginal.
- 3.º—Segmento intravaginal.

El segmento extravaginal mide de 15 a 20 milímetros; y se relaciona, por delante: con la vejiga; hacia atrás, por intermedio del fondo de saco rectovaginal: con el recto; y hacia los lados: con los ligamentos anchos y los plexos uterinos.

El segmento vaginal corresponde a la inserción de la vagina alrededor del cuello; pero con la particularidad, de que en la parte posterior del cuello, la pared

vaginal posterior avanza más hacia arriba, que la anterior, lo que trae como consecuencia, que en la formación de los fondos de sacos vaginales, el posterior, sea más profundo que el anterior.

Esta inserción pericervical es muy íntima, dado que las fibras musculares de la vagina se continúan con las del útero. El segmento vaginal mide unos ocho milímetros de altura.

El segmento intravaginal, constituye desde el punto de vista ginecológico, la parte más importante, pues en él se encuentra el orificio externo del conducto cervical, y cuya patología es hoy bien conocida, y tratada con eficacia.

Se le denomina también, con el nombre de hocico de tenca; tiene una forma más o menos cónica, alojando en su vértice, como hemos dicho, al orificio externo del conducto uterino, el cual divide al cuello en dos labios: anterior y posterior, siendo aquél más grueso y prominente que éste, y es debido a la implantación vaginal.

El ancho y la altura del hocico de tenca, son más o menos equivalentes: 2 y medio centímetros, y su longitud es de 8 a 12 milímetros, término medio.

Esta es la característica anatómica del hocico de tenca en la mujer virgen; modifícase poco por las relaciones sexuales; háse observado que dichas relaciones le disminuyen la consistencia y que suele cambiar ligeramente de coloración; pero dichos cambios están lejos de ser frecuentes e importantes.

Cavidad del cuello

La cavidad del cuello o cavidad cervical es fusiforme, es decir, abultada en su parte media y afilada en sus extremos. Presenta dicha cavidad, dos caras; dos bordes y dos orificios. Las caras presentan en su parte media una eminencia longitudinal en la cual se implantan lateralmente una serie de eminencias secundarias, las que no son más que levantamientos mucosos, por los hacecillos musculares de la capa muscular interna que constituye con la externa, el cuello uterino.

A este conjunto de eminencias se le ha dado el nombre de árbol de la vida, y hay dos, uno en la cara anterior y otro en la posterior, siendo más pronunciado en la recién nacida que en la mujer adulta.

La disposición de ambos árboles de la vida no es coincidente, sino que se alternan de una manera regular ambos sistemas de repliegues, lo que trae una especie de engranamiento perfecto entre ambas caras.

Los bordes, curvos, resultan de la unión de ambas caras; en dichos bordes las eminencias secundarias de ambas caras, se entrecruzan.

Los orificios, son dos: el externo y el interno.

El orificio externo, ya lo hemos descripto; el interno está en relación con el istmo del útero; mide de 5 a 6 milímetros de altura, por 4 a 5 de diámetro; su calibre permite, pues, el paso de una sonda de 3 a 4 milímetros de diámetro.

Durante la menopausia dicho orificio disminuye de diámetro.

Histológicamente considerado el cuello uterino consta de una capa de fibras musculares transversales, que corresponden a la capa-externa uterina; no son francamente transversales, sino oblicuas de afuera adentro y de arriba abajo. Dicha capa externa, apenas si se prolonga por debajo de la inserción vaginal, estando el hocico de tenca formado a expensas de la capa muscular interna.

La capa interna consta de dos órdenes de fibras: longitudinales y circulares; que son las que levantan la mucosa cervical y forman los llamados árboles de la vida.

Acconci y Dürhsen, sostenían el predominio del elemento elástico sobre el muscular; Frieux, niega el elemento muscular; pero trabajos más recientes, de Renaut, sobre todo, prueban el predominio del elemento muscular sobre el elástico y el conjuntivo.

La mucosa del cuello se continúa, hacia arriba: con la mucosa uterina; hacia abajo: con la mucosa vaginal.

Dicha mucosa es más pálida, menos gruesa y más consistente que la del cuerpo; presenta los repliegues o levantamientos que ya hemos mencionado.

Consta dicha mucosa, de un epitelio, de un corión y de glándulas.

Epitelio

El epitelio de la mucosa cervical, es cilíndrico, con cilias largas. En la parte basal de las células epitelia-

les se encuentra el núcleo, y entre las células epiteliales se encuentra también, células caliciformes, destinadas a la secreción de mucus. Hacia arriba el epitelio cervical se continúa con el epitelio uterino; hacia abajo, se continúa con el epitelio vaginal, pero cambia de naturaleza.

En efecto, el epitelio disminuye de altura; pierde sus pestañas y se dispone en varias capas, tomando entonces el tipo de epitelio pavimentoso estratificado.

El límite separativo de ambos epitelios, es decir, entre el pavimentoso y el ciliado, está indicado por una línea (Testut), irregularmente festoneada que sube más o menos según los individuos; en la joven dicho límite está situado a nivel del orificio úterovaginal o algunos milímetros por encima; sube un poco después del primer embarazo, y en la mujer que ha tenido muchos hijos, sube hasta la parte media de la cavidad cervical (Testut).

El corión

Es menos rico en elementos celulares que el de la mucosa del cuerpo; ofrece entonces el tipo de tejido conjuntivo adulto; posee fibras conjuntivas y elásticas.

Glándulas

Son muy numerosas: van disminuyendo a medida que nos acercamos al orificio úterovaginal.

Algunas glándulas consisten en simples depresiones

o criptas; otras son en tubo; y otras adoptan la disposición en racimo.

Todas tienen igual estructura. Están formadas por una membrana limitante, anhistá, tapizada internamente por una sola hilera de células, caliciformes, que segregan mucus: muy espeso, viscoso, gelatiniforme, transparente; que se desprende difícilmente cuando se quiere limpiar el cuello.

CAPITULO II

Fisiología del cuello uterino

La fisiología del cuello uterino es bien simple: poner en comunicación la cavidad uterina con la cavidad vaginal.

De este funcionalismo resulta que, todas las afecciones y las malas posiciones uterinas que afecten dicha comunicación, traerán como consecuencia una serie de trastornos, cuyos síntomas más importantes, son: la dismenorrea con todo su cortejo de sufrimientos y la esterilidad.

En el estado normal, es decir estando el órgano uterino y la cavidad cervical libre de afecciones, el cuello permite el paso de la sangre catamenial y la secreción de los productos mucosos de sus propias células; al mismo tiempo las células fecundantes tienen libre acceso, dado que todas las condiciones le favorecen.

La manera como los espermatozoides franquean la cavidad cervical, en busca del óvulo, es bastante discutida por los autores, no reinando acuerdo en muchos de ellos.

Henle, con su teoría espermática, asignaba a los zoospermios un instinto de voluntad; Ligeois y Coste, admitían la capilaridad; Müller, atribuía la progresión a las cilias epiteliales, que por sus movimientos hacían progresar hacia el útero a los espermatozoides; pero se ha demostrado que los movimientos de las cilias, se hacen en sentido inverso del que Müller piensa; Günther, decía que la entrada se hacía por aspiración. Riolan, por una especie de succión. Algunos autores, piensan que por el orgasmo venéreo el cuello entra en erección, se entreabre y la eyaculación entra directamente al útero. Hoy día se da gran importancia a los propios movimientos de la célula macho, favorecidos por una especie de estímulo, al par que por una acción quimiotáctica del mucus cervical, el que con su alcalinidad, protege a los zoospermios de la acidez vaginal.

Producida la eyaculación se colecciona el líquido fecundante en los fondos de saco; en el posterior sobre todo; a esta colección el doctor Piccard, la denomina con el nombre de "lago espermático".

El cuello uterino, en su posición normal se baña, podemos decir, en dicho lago. La acción quimiotáctica del mucus cervical entra en funciones, atrayendo a los

zoospermios, favoreciendo su progresión y neutralizando la acidez vaginal.

La invasión puede ser más o menos rápida; pero si no resulta así, no quiere decir que los zoospermios mueran en seguida.

El mucus cervical normal, les ofrece excelente medio de conservación; es sabido que dicha vitalidad no se prolonga por muchos días. Los zoospermios que quedan en la cavidad vaginal, están protegidos por la alcalinidad del líquido en el cual están en suspensión.

De manera que la alcalinidad del mucus cervical, y éste en sí, ejercitan su poderosa cooperación, como intermediarios del acto fecundante; de ahí que, en caso de cervicitis, en que dicha secreción está modificada en cantidad y reacción, los obstáculos mecánicos y químicos que ésta opone, son muy grandes.

Durante el embarazo, el cuello uterino sufre una serie de modificaciones en sus propiedades, que lo hacen apto para el paso del producto concepcional; queda en él, después del parto una serie de caracteres diferenciales que nos indicarán más tarde, que el útero que posee un cuello con esas modificaciones: irregularidad de forma, mayores diámetros, cambio de forma del orificio externo, el que presenta la forma de una hendidura transversal, más o menos irregular, de 10 a 15 milímetros de diámetro, es un útero que ha alojado en sí hasta el término, un huevo.

Cuando se acerca la época de la menopausia el orificio interno tiene tendencia a cerrarse, y hasta pue-

de hacerlo completamente, como lo prueba Guyon' quien había encontrado 13 veces sobre 20 mujeres de 55 a 70 años, o sea en una proporción del 65 por ciento. Sappey, en 12 mujeres de 60 a 75 años, no ha encontrado dicha particularidad, sino en dos casos.

Durante la menstruación la mucosa del cuello no sufre modificaciones; durante el embarazo, observamos una infiltración del corión, por una sustancia amorfa, homogénea y transparente. El epitelio, según Lott, sufre una verdadera hipertrofia.

Las células mucosas del cuello segregan una abundante cantidad de mucus, que da origen al tapón gelatinoso del embarazo.

CAPITULO III

Patología cervical

Estenosis

La estenosis cervical ha sido conocida desde muy antiguo. Los egipcios la conocían; Hipócrates, en su libro sobre la naturaleza de la mujer, decía: "Si el orificio del útero está cerrado, las reglas faltan y el esperma no es admitido."

En 1842, Lisfranc, asoció a la estenosis, la conocida del cuello. El decía: "bastante a menudo, el cuello del útero es esencialmente cónico, su vértice ofrece un diámetro de 2 milímetros y medio, está perforado en su centro por una pequeña abertura, que se diría practicada con una varilla muy fina; siempre he observado que lo que el cuello gana en largo lo pierde en ancho.

La disposición sobre la cual insisto, hace la concepción difícil y hasta imposible. Sobre un gran número

de enfermos que he examinado al especulum, he reconocido que la forma del cuello uterino, da sobre 20, 19 mujeres estériles y he oído más de una vez en los interrogatorios, que se considerarían felices si cayeran embarazadas. . . ”

Algunos años más tarde, Nustler en 1851 y Roubaud en 1855, insisten sobre la noción de la conicidad del cuello:

Barnes en 1855, presenta a la sociedad obstétrica de Londres, una memoria en la que discute la influencia mórbida del cuello cónico, y hace notar su asociación frecuente a la estenosis del orificio externo.

Sims en 1866, emite análogas afirmaciones.

Sobre 218 mujeres estériles, 175 tienen conicidad del cuello, con estenosis del orificio externo; lo que da una proporción de 85 por ciento. Además, sobre 175 casos, 144 cuellos cónicos, eran esclerosos, lo que hizo notar Schroeder, “que el cuello cónico era a menudo de una dureza cartilaginosa.”

Courty, Siderey y Danlos, dan gran importancia a la conicidad del cuello.

Pajot en 1882, decía: “En las mujeres cuyo orificio exterior es muy estrecho, no es raro encontrar el cuello de una conicidad excepcional. . . ”

Después, Rohring, Gaillard-Thomas y Kisch, hicieron las mismas observaciones. Doleris, en 1888, decía que la conicidad del cuello, y la estenosis del orificio externo, eran muy frecuentes, e iban asociadas a la ante flexión y a la endocervicitis.

En nuestros días, no se ha hecho más que comprobar la manera de pensar de los antiguos autores.

La estenosis que es el estrechamiento de la cavidad cervical, puede ser congénita o adquirida.

Cuando la estenosis es congénita, pertenece a las anomalías por defecto de evolución, coincidiendo ordinariamente con la anteflexión y la forma cónica del cuello; puede también observarse su hipertrofia, que está a menudo en razón inversa del poco desarrollo del cuerpo.

Esta noción de un vicio de desarrollo consistente en la forma cónica del cuello, la estrechez de su orificio y una exageración de la anteflexión normal, fué comunicada por Pozzi a la academia de medicina el 9 de noviembre de 1909: “esta condición particular, se encuentra a veces en mujeres de constitución débil con otros indicios de degeneración y puede acompañarse de una pequeñez anormal del útero; pero se la observa lo más a menudo en mujeres bien desarrolladas, y constituye entonces una malformación local, sin ninguna atrofia del órgano. Hay un tipo infantil más que un estado infantil o que un paro de desarrollo.”

Patogenia

Para Herr Nagell, “la causa de la estenosis sería debida a un desarrollo muy rápido de los órganos genitales o a una ulceración después del nacimiento.

En el primer caso habría un frotamiento de uno de los canales de Müller contra otro, de donde una peque-

ña herida, que cicatrizándose, obturaría una parte de la hendidura formada por la reunión de dos conductos.

En el segundo caso la ulceración se produciría después del nacimiento, por el contacto de los labios del cuello; y la reparación da lugar a la estenosis.

La estenosis cervical es lo más frecuentemente congénita; otros autores, al contrario, la consideran menos frecuente que la adquirida.

Huges y Boivin, hablan de la asociación del estado cónico del cuello y de la estenosis del orificio externo a consecuencia de la inflamación.

Rohring, dice que la estenosis congénita, es rara, en todo caso “mucho más rara que la forma adquirida que se manifiesta lo más a menudo al orificio externo”. Grunewaldt, incrimina el proceso inflamatorio en la edad de la pubertad.

Las estrecheces adquiridas son causadas: por engrosamiento del endometrio cervical, particularmente en la forma hipertrófica; estrechez por hipertrofia de la capa muscular (Fargas); cicatrices viciosas consecutivas a intervenciones quirúrgicas; por esfacelos con pérdida de sustancia, producidas en el cuello uterino por partos laboriosos; aplicaciones de forceps con dilatación incompleta; a consecuencia de una basotripsia; embriotomía; tracciones intempestivas sobre el feto que traen la desgarradura del cuello uterino, etc.

Los cáusticos usados terapéuticamente, de una manera poco técnica, producen estenosis; el termocauterio, etc., etc.

Todos los casos de inflamaciones uterinas, periuterinas, pueden traer estenosis; la castración, la tuberculosis del cuello, la sífilis, etc.

Existen casos en que hay estenosis, aunque no en el sentido anatómico de la palabra; y se observan cuando hay posiciones viciosas del útero, trayendo como consecuencia una acodadura o estenosis que desaparece una vez corregida la mala posición uterina. En casos de afección mucosa-cervical, Doleris dice haber encontrado una estrechez virtual del orificio interno; debida más que todo a la congestión mucosa y al espasmo concomitante del mismo orificio, con el fin de impedir la propagación de la mucosa cervical a la del cuerpo. ¿Cuándo se dice que hay estenosis? Cuando el orificio externo no mida cerca ó 4 milímetros.

La estenosis puede encontrarse en el orificio externo, en el interno y en todo el conducto cervical a la vez.

La estrechez del orificio externo es la más frecuente. Puede estar el orificio en el mismo vértice del hocico o un poco hacia atrás, tomando en este caso el nombre de cuello tapiroide.

La estrechez del orificio interno, muchos autores la niegan; otros la aceptan; Barnes, la niega en absoluto.

Schroeder, acepta la estrechez del istmo, aunque opina que es mucho menos frecuente que la del orificio externo.

Pero, si la estrechez anatómica del orificio interno no existe, es indiscutible que existe la estrechez fun-

cional, en casos de congestión mucosa; engrosamiento del parénquima; que coapta con cierta energía las paredes del anillo interno.

La estrechez del conducto puede ser congénita o adquirida.

Al tacto el cuello suele presentarse duro, como cartilaginoso, debido a que la porción vaginal está esclerosada.

Síntomas y diagnóstico

La estenosis es una enfermedad frecuentemente progresiva, sobre todo si se trata de estenosis adquirida; aunque en las congénitas suele observarse una acentuación del proceso.

Algunas veces mejoran las manifestaciones de la estenosis con el establecimiento de las relaciones sexuales; otras veces, este hecho empeora la afección.

Por lo común después del parto o de un aborto la estenosis desaparece.

Dos son los síntomas de la estenosis del cuello: la dismenorrea y la esterilidad.

Dismenorrea

En la mayor parte de las mujeres el proceso fisiológico de la menstruación se produce sin mayores trastornos; hay un aumento de la nerviosidad y de la sensibilidad; obsérvase el cambio de humor, irritabilidad de carácter; suelen experimentar una sensación de malestar general, y plenitud en el bajo vientre.

Estos síntomas no son muy intensos, pero obsérvanse casos, sobre todo en los que tratamos, que dichos dolores son tan intensos, que la mujer está realmente enferma; la menstruación se acompaña de dismenorrea.

La dismenorrea en casos de estenosis es tan frecuente, que los autores ingleses denominan la enfermedad por el síntoma: la llaman dismenorrea mecánica.

La dismenorrea se hace presente en todos los períodos menstruales; generalmente, preceden a la aparición del período: dolores intensos en el bajo vientre, con el carácter de cólicos uterinos; con irradiaciones hacia la vejiga, recto, fosas ilíacas, región lumbar; a lo largo de los muslos, siguiendo ordinariamente el trayecto de los nervios abdominogenitales, ciático, crural, obturador y fémorocutáneo.

Estos dolores pueden ocasionar hasta síncope por su intensidad; otras enfermas tienen vómitos; toman actitudes especiales, creyendo con esto encontrar alivio a sus dolores.

El dolor es continuo o intermitente, angustioso, con exacerbaciones; produce a la enferma malestar general, la cara indica el sufrimiento y el abatimiento.

Dura este dolor de 2 a 10 horas y hasta 24, desapareciendo cuando se establece el período.

Suelen darse casos, de la aparición concomitante de los dolores con el flujo sanguíneo; en estos casos

los dolores suelen ser más duraderos, siendo raro, sin embargo, que duren todo el período menstrual.

¿A qué se debe la dismenorrea?

Barnes, opinaba que el dolor era debido a un obstáculo mecánico opuesto por la estrechez, al paso de la sangre catamenial.

Duncan, concede poca importancia a la estrechez; atribuye el dolor a una especie de espasmo del útero y de ahí el nombre que él le da: dismenorrea espasmódica.

Es posible que la disposición del organismo y el espasmo del útero, sean los causantes de la dismenorrea, pues se han observado muchos casos (Fargas) de estrecheces acentuadas, con cuello cónico y orificio casi invisible, que no tenían manifestaciones dolorosas; observó estos casos en campesinas robustas; mujeres cuyo sistema nervioso estaba bien equilibrado; por regla general la dismenorrea se presenta de preferencia en jóvenes de temperamento nervioso excitable. Por lo común las manifestaciones dismenorreicas desaparecen después del parto.

Esterilidad

La esterilidad es otro de los síntomas de la estenosis.

La esterilidad en este caso estaría definida: “como un estado mórbido que se opone a la reproducción de la especie, sin que pueda por ésto dejar de efectuarse el aproximamiento fisiológico de los dos sexos.”

La esterilidad por obstáculo mecánico es considerada desde Pajot (1889), y por todos los autores, como la causa más frecuente, dado que se opone la estenosis a la progresión espermática.

Sin embargo, esto no es cierto en absoluto, pues se observan casos de estenosis acentuada en las que la fecundación no tarda en producirse.

Si pasan los productos de secreción uterina a través de la estenosis, como no pasarán los espermatozoides que son microscópicos?

Pero, aquí entra en juego un nuevo factor, importantísimo: la mucosa cervical, de cuyo estado depende la facilidad o no de la fecundación. Si la mucosa está sana, la fecundación con estenosis es muy posible; pero, si está enferma, la situación es diferente. En un cuello normal la secreción mucosa de las células caliciformes de la mucosa cervical, es echada a la vagina de una manera insensible; su alcalinidad tiende a neutralizar la acidez vaginal y favorecer la conservación y progresión de los espermatozoides.

Hemos dicho que si la mucosa cervical está enferma la situación es diferente. En efecto. La cavidad cervical tiene una forma fusiforme. Por la acentuación del proceso de cervicitis, agregado a la estenosis, que puede ser concomitante o su consecuencia (cervicitis estenósicas de naturaleza neisseriana, casi siempre), dicha cavidad toma la forma de un barril.

Además, la secreción de las células caliciformes de la mucosa cervical está modificada en cantidad y en

reacción. Debido al proceso infeccioso hay una hipersecreción mucosa; como dicha secreción en exceso, no puede echarse en la cavidad vaginal, queda en la cervical. Esta tolera hasta cierto grado el nuevo oficio de reservorio mucoso, pues como el drenaje no puede hacerse por la estenosis, la colección mucosa tiende a aumentar, y llega a distender la cavidad cervical hasta un límite, que provoca la contracción del cuello y toda la colección mucosa es echada a la vagina de una manera más o menos violenta. A esto se le ha denominado con el nombre de esputo cervical. Apretando el cuello en estos casos con el especulum, sale abundante cantidad de mucus.

Librada por su contracción, la cavidad cervical de su depósito mucoso, no tarda en repetirse el fenómeno, del que se defiende el cuello, podremos decir, de la misma manera.

Es menester, pues, que el ginecólogo venga en su auxilio y emplee el procedimiento que crea más aplicable para favorecer el fácil drenaje de la cavidad cervical, condición sine qua non de la vuelta a la normalidad. Esto en cuanto a la modificación en cantidad.

Por lo que se refiere a su reacción, tenemos que ella es ácida, debido más que todo a la dificultad del paso a la vagina; la colección se forma y el cambio de la alcalinidad a la acidez se hace paulatinamente, siendo más ácida la reacción cuanto más tiempo tenga de coleccionado el mucus.

Fácil nos será, pues, ver las temibles consecuen-

cias del coleccionamiento ácido del mucus cervical, dado que crea un medio disgenésico para la vitalidad de los zoospermios: la acidez del medio; al par que un gran obstáculo mecánico: el tapón mucoso que llena toda la cavidad cervical.

De manera que siendo las consecuencias de la estenosis y de la cervicitis: la dismenorrea y la esterilidad, es lógico que el tratamiento tienda a eliminar a ambas, lo que se consigue muchas veces, en lo que se refiere a la dismenorrea; en cuanto a la esterilidad, los resultados del tratamiento no son tan satisfactorios.



CAPITULO IV

Tratamiento

El tratamiento de la estenosis cervical está destinado a corregir la dismenorrea y a favorecer el cumplimiento de la función femenina más trascendental: la perpetuación de la especie.

Fué Mackintosh, quien en 1826, trató de dilatar estrecheces del cuello por medio de sondas metálicas rectales.

La idea llevada a la práctica por Mackintosh, no tardó en abrirse camino, pero los resultados negativos que se tuvieron en muchos casos, por desconocimiento de principios elementales, hicieron que este método se dejara de lado.

Actualmente dos son los métodos que se emplean en el tratamiento de la estenosis cervical:

- 1.—Las dilataciones;
- 2.—El tratamiento quirúrgico.

Dilataciones. — Generalmente se empieza por este procedimiento, tratando de evitarle a la enferma una operación. Siempre que se pueda sacar un resultado de este procedimiento, es menester emplearlo; por cuanto las ventajas que tiene son muchas. Se le ha objetado que es doloroso, lo que no es cierto siempre; las dilataciones hay que hacerlas con intervalos de descanso y no tratar inútilmente de dilatar un cuello esclerosado, porque en estos casos, sí hay dolor, y además no se obtiene ningún resultado.

Se usan generalmente para las dilataciones las bujías metálicas y laminarias.

Las dilataciones efectuadas por medio de las laminarias suelen ser eficaces y según algunos autores es más cómodo el tratamiento para la enferma, y menos doloroso.

La técnica es sencilla: puesta en condiciones de asepsia a la enferma, se introduce en el canal cervical un tallo de luminaria que se deja 24 horas; se repite la operación tres veces poniendo en cada vez un tallo más grueso. La permanencia de la laminaria en el conducto cervical produce una hipersecreción mucosa; favorece la desingurgitación del cuello, y como la dilatación es permanente, los resultados son satisfactorios, al decir del profesor Fargas, que ha usado el procedimiento en gran escala; el profesor Pozzi, dice con respecto al tratamiento por medio de las laminarias, que le han dado siempre resultados poco halagadores,

lo que ha podido comprobar en una práctica de más de quince años.

Mucho se ha hablado de los fracasos del tratamiento por medio de las laminarias. Sin duda, los accidentes o complicaciones que sobrevinieron en épocas de Barnes, Sims, Schroeder, etc., han sido más que todo debidos a no haber tenido en cuenta muchas circunstancias. Ante todo, es menester emplear una técnica rigurosa, teniendo presente lo que es muy importante las contraindicaciones del método, según el momento.

El conducto genital debe aseptizarse perfectamente mientras dure el tratamiento (tres días más o menos), y siempre que las sesiones se repitan.

La enferma deberá guardar reposo mientras duren las aplicaciones.

No deben hacerse aplicaciones en los días que preceden a las épocas menstruales.

Toda lesión anexial es una formal contraindicación del empleo del método.

Si resulta eficaz el tratamiento, la dismenorrea desaparece y la fecundación es muy posible.

La dilatación por medio de bujías metálicas es el procedimiento que más se usa entre nosotros. Para practicar las dilataciones se prepara convenientemente a la enferma; se toma con una pinza erina el cuello uterino y se comienzan las dilataciones. Es menester, desde luego, empezar por los números bajos y conocer además la posición uterina.

Generalmente se pasan tres bujías por sesión, teniendo cuidado de producir el menor dolor posible a la enferma y no lesionarla. En la sesión siguiente se empieza por el último número de la anterior; se pasan otras tres y así sucesivamente, llevando la dilatación siempre que el cuello dé, hasta el número 8 o el 10.

Este método suele dar muchas veces resultado. Si es cierto que la estenosis recidiva, es debido a que la mucosa no está curada. Por lo demás las reglas se hacen menos dolorosas y hasta desaparece el dolor; el embarazo es posible, y las bujías obran, además, como un excitante uterino, en mujeres que tienen reglas irregulares y en poca cantidad. Parece que las dilataciones les regularan el período y aumentarán la cantidad de sangre catamenial.

Cuando este procedimiento falla, es decir, que no se obtiene ningún resultado hay que recurrir al tratamiento quirúrgico; tratamiento que es muy frecuente que se vea complementado por las dilataciones, nuevamente.

Otro procedimiento que se ha empleado es la electrólisis; introduciendo el polo negativo en el canal cervical y con una intensidad de 15 a 20 miliamperes, con cinco o seis galvanizaciones, Fargas ha observado la desaparición del dolor dismenorreico; pero la estrechez beneficia poco del tratamiento.

Produce la acción del polo negativo una escara fluidificante que trae después una cicatriz extensible; como la que producen los cáusticos alcalinos.

Este método es inocuo, carente de dolor para la enferma, pero según Pozzi se han exagerado mucho sus cualidades. Cuando estos distintos procedimientos fracasan se recurre como hemos dicho al quirúrgico.

Tratamiento quirúrgico

Fué Thomás Moor Madden en el Congreso de WASHINGTON de 1887, quien aseguró que el tratamiento quirúrgico era el único que podía curar las estenosis de una manera radical.

El tratamiento quirúrgico ha ido perfeccionándose poco a poco, a medida que se notaron las deficiencias de los métodos empleados.

Así la sección del orificio exterior se hacía desde hace mucho tiempo. Los prácticos se servían de bisturíes, de tijeras especiales (Küchenmeister), de metrótomos (Simpson), que se manejaban a ciegas, con fracasos, por lo mismo.

El invento de Simpson fué aplicado en Norte América en gran escala, con grandes fracasos muchas veces. Fué Marión Sims el que preconizó el método.

Las incisiones del orificio externo pueden, por la cicatrización, reproducir la deformidad. Además, toda incisión que no era inmediatamente ocluida, producía (más que todo por la época pre-antiséptica), infecciones: peri-uterinas, pelvi-peritonitis, linfangitis, etc.

Otra de las operaciones que se practicaron y se practican son las amputaciones del cuello, sobre todo si se trata de cuellos hipertróficos. Dos son los métodos que

más se emplean y cuya técnica omito: el de Simón Marckwald cuando se trata de un cuello espeso; es un procedimiento a dos colgajos, y el procedimiento a un colgajo de Schroeder, sobre todo en casos en que la mucosa esté muy alterada.

Referente a los resultados del procedimiento de Simón Marckwald, Chalot dice: "Cuando se practica la operación de Marckwald con el solo fin de agrandar el orificio externo, no es necesario confiar demasiado sobre la estabilidad perfecta de los resultados inmediatos, que son ciertamente muy satisfactorios".

Ducasse dice lo siguiente: "Después de la amputación del cuello, el embarazo sigue su curso normal y la dilatación se hace bien, a condición de que durante la intervención se hayan adaptado bien las superficies mucosas y que hayan cerrado por primera intención; puesto que si no, se forma tejido cicatricial escleroso e inextensible que pone obstáculo a la dilatación y que corre el riesgo de romperse en extensión variable".

En cambio, hay autores que opinan de una manera contraria. Audebert en un artículo publicado en los anales de ginecología en 1898, cita diez y seis 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 o partos prematuros; pues sobre 16 mujeres que después de la amputación del cuello han tenido 22 embarazos, se encuentran 10 abortos y 9 partos prematuros.

Si ahora se comparan la marcha de los embarazos que han tenido lugar antes de la amputación del cuello, con la evolución que han seguido, se constata que estas mismas mujeres habían estado 27 veces en cinta antes de la operación; y que sobre estos 27 embarazos, llegaron a término 22, y 7 fueron prematuros, o sea, el 81 por ciento. Las mismas mujeres que después se embarazaron, no llegaron a tener sino cinco sobre 24, o sea, el 21 por ciento". Según Audebert la causa es la rotura prematura de las membranas, que trae como consecuencia la expulsión del huevo.

Pinard opina así: "Múltiples observaciones me han confirmado que las amputaciones altas del cuello uterino provocan de ordinario el parto prematuro".

En Inglaterra se practicaba desde 1843 la discisión sangrante del cuello para combatir la dismenorrea y la esterilidad.

En 1891 Dudley describió un procedimiento con el que trata de ensanchar el canal uterino y al mismo tiempo trata de enderezar al útero. La incisión se hace en el labio posterior del cuello y en cada una de las superficies cruentas, se saca un pequeño prisma triangular. Algunos puntos de sutura mantienen los labios de la herida replegados sobre sí mismos; al mismo tiempo que acercan el orificio del cuello al ángulo de la incisión.

Esta operación ha sido practicada 106 veces en seis años en el Mount Sinäi Hospital. El autor, Brickner ha modificado el método de Dudley. Lleva la dilatación

al máximun, lo que facilita la intervención; se abstiene frecuentemente de hacer el vaciado y usa para las suturas el catgut cromado. El resultado constante de esta intervención es de acercar el orificio uterino hacia atrás, lo que favorece la penetración de los espermatozoides.

El autor llega a las siguientes conclusiones:

I.—La operación de Dudley es un procedimiento recomendable para la esterilidad y la dismenorrea.

II.—Dá mejores resultados en casos de dismenorrea que de esterilidad.

III.—La anteflexión del útero hipoplásico o su retroflexión, asociada a la estenosis orificial, es una causa frecuente de dismenorrea y esterilidad.

Vitanza publicó en 1904, 1500 observaciones respecto a amputaciones de cuello “del punto de vista de la esterilidad, del embarazo y del parto”. Las observaciones comprenden las operaciones hechas durante 20 años: de 1883 a 1903.

Todas estas afecciones fueron tratadas por la amputación de cuello, precedidas siempre por raspado, y asociado a esto según los casos la colpografía anterior y la colpoperineorrafia.

En casos de desgarraduras profundas, de cervicitis parenquimatosa y ectropión, empleó el procedimiento a un colgajo de Schroeder. En caso de hipertrofia con degeneración escleroquística, con alargamiento hipertrófico del cuello empleó el procedimiento de Simón Marekwald. Gran número de enfermas con estenosis

absoluta del canal cervical, fueron tratadas por dilatación con laminaria; con el dilatador de Ellinger o con bugías de Hegar, con resultados mediocres.

En los casos de estenosis absoluta con hipertrófia del cuello, y en casos de estenosis del orificio externo con el endometritis, el autor ha empleado la disociación de Sims; la estomatoplastia de Pozzi; pero siendo sus resultados poco apreciables, usó el procedimiento de Simón Marekwald de preferencia, al que asocia la sección del orificio interno, y termina el tratamiento sometiendo las enfermas a las dilataciones por medio de bujías de Hegar.

He aquí los resultados:

Operación de Schroeder. — Sobre 122 operadas y embarazadas encuentra 100 partos normales, 13 abortos tres prematuros, 6 distocias (4 forceps, una versión, una craniotomía).

Operación de Simón Marekwald. — Sobre 336 operadas y embarazadas, señala 279 partos normales, 25 abortos, 13 prematuros y 18 distocias (11 forceps y 9 versiones).

Las conclusiones son las siguientes:

Que la amputación del cuello da resultado, siempre que el cirujano sepa ejecutar la operación, con método; y sobre todo afrontando las dos mucosas intra-cervical y vaginal, para que tenga lugar la reunión por primera intención, con el fin de que el resultado operatorio sea favorable.

Pozzi dice haber empleado en combinación en algu-

nos casos, a ambos procedimientos; pero dice no haber obtenido resultados complacientes por lo que en 1893 ideó una operación que la denominó: “Estomatoplas-tía por vaciamiento comisural del cuello”.

Según Reybard, la incisión longitudinal en un con-ducto dá origen a una cicatriz lineal, la cual se retrae sobre sí misma sin disminuir el calibre del conducto; mientras que si se trata de incisiones circulares (am-putaciones de cuellos), originan un tejido fibroso con tendencia a la retracción concéntrica y trayendo como consecuencia la disminución de su diámetro.

En la práctica se ha visto que no es verdad lo afir-mado por Reybard.

He aquí, brevemente la técnica de Pozzi: una vez puesta a la enferma en condiciones operatorias y anes-tesiada, se secciona longitudinalmente el cuello a am-bos lados del conducto.

La sección se hace a tijera, una de cuyas ramas se introduce en el canal cervical. Hecho esto, Pozzi dila-ta hasta la introducción de un dedo, con bujías de He-gar; en la práctica se hace con el dilatador de Sims; y procede a un raspado de toda la mucosa uterina, que casi siempre está enferma, a consecuencias general-mente de la propagación de la cervicitis. A cada lado del canal y en ambas superficies cruentas, se tallan cuatro colgajos, es decir, se hacen cuatro vaciamientos prismáticos-triangulares, los que disminuyen mucho el espesor de la pared del cuello. Sigue a este tiempo, la sutura.

Pozzi la hacía con hilos de plata, en los extremos de los cuales ponía unas bolitas de plomo para que no pincharan a la enferma; en la práctica se usa el catgut.

La sutura tiene por objeto el afrontamiento o unión de la mucosa cervical con la mucosa de revestimiento del hocico. Se hacen dos puntos por vaciamiento; este tiempo es el más importante, por cuanto bien ejecutado, trae la cicatrización o curación por primera; y además, no deja ninguna superficie cruenta en descubierto. Se termina la operación poniendo en cada lado y en los extremos de la incisión del cuello, un punto de sutura con catgut para restablecer las comisuras.

Si la operación ha sido bien ejecutada, terminada ésta, el orificio debe de permitir la introducción de un dedo. Tiene el cuello la forma de pico de pato; se pone gasa entre ambas valvas y se taponan la vagina. A los dos o tres meses el aspecto del cuello, es el del cuello de una múltipara. Muchas veces es necesario someter a la enferma a una serie de secciones dilatadoras.

La operación de Pozzi es una especie de resección del cuello; reduce el espesor de las paredes y conserva íntegramente la mucosa, indispensable al buen funcionamiento del cuello.

Procedimiento de Bazterrica. — El profesor Bazterrica ha modificado el procedimiento de Pozzi. En este procedimiento se empieza con la discisión del cuello. Como en el procedimiento de Pozzi se hace la dilatación. No se hace raspado. Se tallan o se hacen dos

vaciados ovalares en el fondo del ángulo diedro formado por los colgajos. Hecho esto se colocan dos puntos en cada vaciado, con el objeto de afrontar las dos mucosas; los nudos miran hacia la pared vaginal una vez terminada la operación; se hacen con seda gruesa. Una vez terminada la operación el aspecto del cuello no es muy seductor; pero este procedimiento tiene sobre el de Pozzi la ventaja, de que hace dos vaciados en vez de cuatro, y coloca cuatro puntos en lugar de 8 ó 10; lo que es un gran ahorro de tiempo y al mismo tiempo simplifica la operación. Además, con el punto que coloca el profesor Bazterrica en ambas comisuras, impide al cuello cerrarse; es decir que la valva anterior se toque con la posterior; de manera que el cuello permanece entreabierto siempre; lo que le da una ventaja más sobre el procedimiento de Pozzi. Tiene en cambio en contra que deja superficie cruenta al descubierto; pero con las condiciones antisépticas bien tomadas, dichas superficies no tardan en cubrirse de epitelio; curan en 8 ó 10 días.

El resultado inmediato de la operación de Pozzi y Bazterrica es: la desaparición de la dismenorrea y el establecimiento de mayores probabilidades para la fecundación. Algunos autores dicen: que los embarazos siguen su evolución normal; que no hay abortos; que no hay partos prematuros, ni distocias. Que el período de dilatación y el período de expulsión duran lo mismo, que normalmente.

Sin embargo, muchos autores hacen objeciones con

respecto a los resultados alejados de la estomatoplastia en su relación con el embarazo y el parto.

A pesar de ser la estomatoplastia una operación conservadora, cuyo fin es dilatar el canal uterino y mantener permanente la dilatación, todos los parteros le temen por los resultados alejados: temen tocar el cuello uterino. A este respecto decía Pinard en 1906: "Lo mismo la operación tan ingeniosamente imaginada por Pozzi, me parece de una aplicación rara. Seguramente en los casos de estrechez del orificio interno y de atresia del cuello, la operación de Pozzi da buenos resultados; además como todas las operaciones sangrantes practicadas sobre el cuello, hace fatalmente aparecer un tejido cicatricial que creará para el porvenir en caso de embarazo, una causa de distocia más o menos peligrosa".

Pero, a pesar de todo, la estomatoplastia constituye un procedimiento excelente sino el mejor, para el tratamiento de la dismenorrea y la esterilidad. Pozzi aconseja en muchos casos, unas sesiones de dilatación para completar los efectos operatorios; y al mismo tiempo, por los efectos estimulantes del cateterismo sobre el útero, el cual parece que en algunos casos beneficiase del tratamiento, dado que se desarrolla más y su fisiología se hace más regular.

Conclusiones

El tratamiento por medio de dilataciones es muchas veces eficaz, sobre todo lo que se refiere a la dismenorrea.

El tratamiento quirúrgico se emplea cuando con el tratamiento anterior no se consigue el objeto deseado.

Es de mucha importancia saber el estado genital del marido de la enferma; pues hay muchos casos de afecciones uretrales antiguas o ignoradas, que mantienen la afección de la mujer en estado de actividad.

De nada sirve en estos casos tratar de curar la estenosis y la cervicitis; por cuanto la afección del marido (que es ignorada por éste generalmente), renovará la afección en la mujer, con el restablecimiento de las relaciones sexuales.

Si se intervienen casos con ovarios y útero pequeños, es decir, poco desarrollados, el resultado es negativo. No deben intervenirse quirúrgicamente en estos casos.

La dismenorrea desaparece en un gran porcentaje de enfermas. En cuanto a la esterilidad no se obtienen los mismos resultados, los que son mucho menos favorables.

CAPITULO V

Observaciones clínicas

Acompaño dos observaciones clínicas, en las que tuve oportunidad de actuar como ayudante del Dr. Gómez, en su servicio de cirugía de mujeres. Sala III del Hospital Torcuato de Alvear.

Observación primera. — B. M., rusa, de 22 años. Hace cinco años que está casada. Ingresa a la sala III, cama 27.

Antecedentes hereditarios: Padre vive. Madre fallecida; no ha tenido más que un solo hijo: la enferma.

Antecedentes personales: En su infancia viruela. Escarlatina a los 10 años. Nefritis. Regló a los 14 años. Poco tiempo después se le suspende la menstruación, la que se le restablece con irregularidad a los varios meses; tiene el período cada tres o cuatro meses; reglas dolorosas; poco abundantes; duraban cuatro días.

La enferma se queja de debilidad, malestar general e ingresa a la sala.

Estado actual.—Mujer de regular estatura. Color rubio. Mucosas rosadas. Ganglios palpables en el cuello.

Aparato circulatorio, normal.

Respiratorio, normal.

Digestivo, normal.

Ginecológico: estenosis del cuello.

Esta enferma fué intervenida, pues descaba tener familia. Se le hizo el vaciamiento de Pozzi actuando como operador el doctor Gómez y yo como ayudante.

No podemos precisar al cabo de cuánto tiempo esta mujer tuvo familia; pero el doctor Gómez, que la ha seguido viendo, me dice que ha tenido familia y con un parto normal.

Observación segunda. — B. W. de W., francesa, 22 años, casada. Ingresa a la sala III en Junio de 1915.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: En su infancia sarampión y escarlatina. Regló a los 15 años; reglas abundantes, poco dolorosas, le duraban de 3 a 5 días.

Enfermedad actual.—Como hace cuatro años que está casada y no tiene familia ingresa al servicio por prescripción médica.

Estado actual.—Aparatos: circulatorio, respiratorio y digestivo: normales.

Aparato genital.—Matriz pequeña, móvil, no dolorosa. Cuello tapiroide.

Diagnóstico: estenosis del cuello.

Fué intervenida por el doctor Gómez, actuando yo como ayudante.

Procedimiento Bazterrica. Esta mujer tuvo familia más o menos a los dos años de operada.



Bibliografía

Fargas. — Tratado de Ginecología. 3.^a Edición. Barcelona, 1918.

Pozzi. — Traité de Gynécologie clinique et opératoire.

Doderlein-König. — Ginecología operatoria. Edición española, 1915.

Hegar-Kaltembach. — Tratado de Ginecología Operatoria.

Kisch. — Cause et traitement de la stérilité chez le femme.

Guzmán. — Estomoplastias en el tratamiento de la dismenorrea y esterilidad. Tesis. Buenos Aires, 1912.

Mathez. — Des resultats éloignés de stomatoplastie. Tesis de París, 1905.

Chaneton. — Estomoplastias. Tesis. Buenos Aires, 1913.

Labat. — “La esterilidad en la mujer; estenosis del

cuello uterino y su tratamiento". Tesis. Buenos Aires, 1909.

Auvard. — De la stérilité chez la femme. Paris, 1896.

Revue de Gynécologie. — Año 1905.

Schenk. — "La Pathogénie y le traitement de la stérilité chez la femme".

Vitanza. — "L'amputation du col au point de nu de la stérilité, de la grossesse et de l'accouchement. Résultats de 1500 operations".

Pozzi. — "Traitement chirurgical d'une cause très fréquente de dysmenorrhée et de stérilité". Año 1910. Tomo XIV.

Brickner. — "Revue de 73 cas d'operation de Dudley, pour dysmenorrhée et stérilité". Año 1912. Tomo XIX.

Buenos Aires, Julio 30 de 1918

Nómbrese al señor Consejero Dr. José F. Molinari, al profesor titular Dr. Ricardo S. Gómez y al profesor suplente Dr. Jaime Salvador para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.

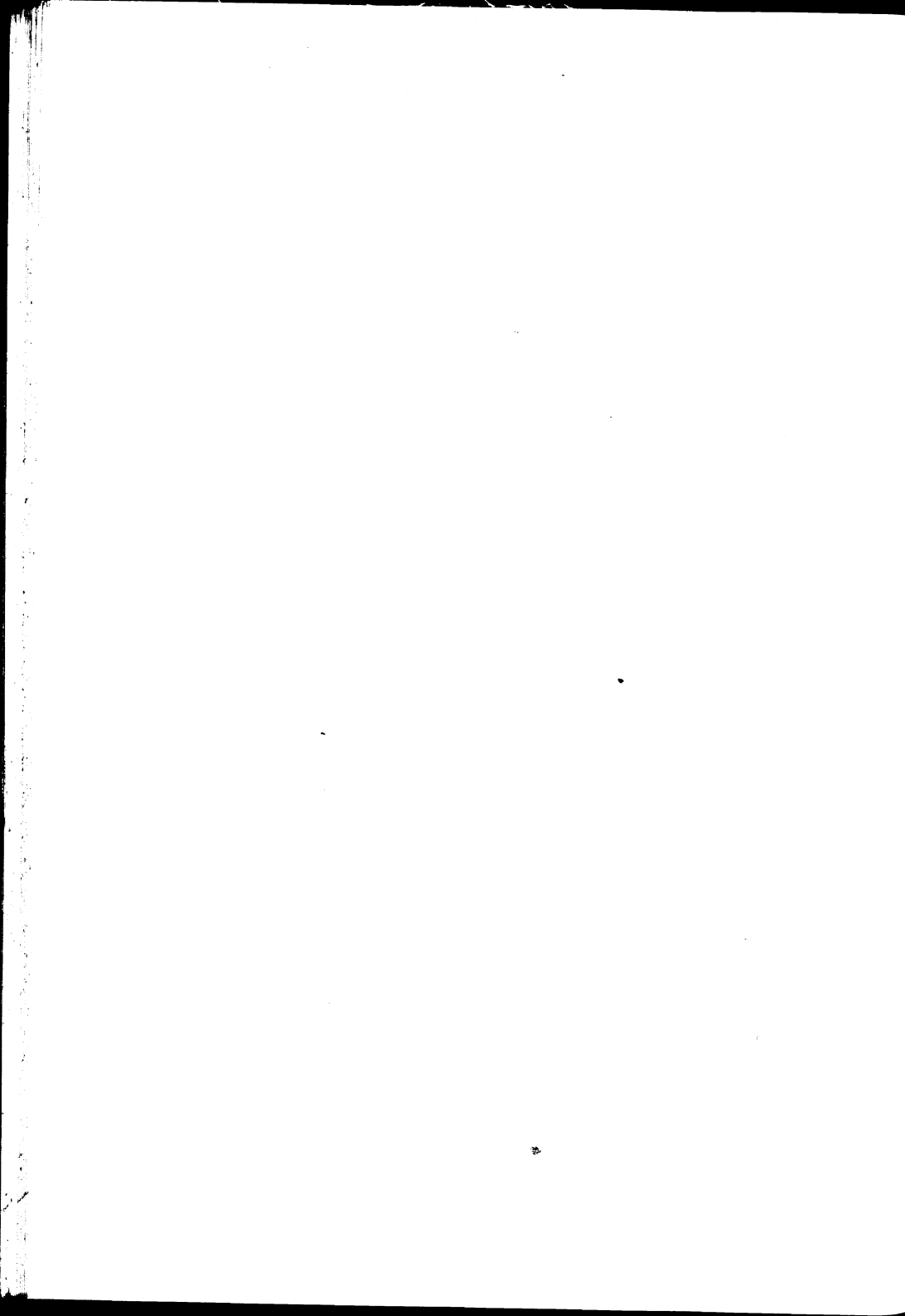
J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Agosto 2 de 1918

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3478 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Qué tratamiento prefiere para curar las estenosis del cuello?

José F. Molinari

II

El embarazo y el parto en enfermas que han sido operadas de estomatoplastia.

Ricardo S. Gómez

III

Fisiología del cuello del útero.

Jaime Salvador

30081

