



N.º 3189

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# Cervicitis Crónica

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**FERNANDO POPOLIZIO**

Ex-practicante del Hospital Nacional de Clinicas (Fisioterapia)

Ex-practicante del Instituto «Jenner»

Ex-practicante externo del Hospital San Roque

Ex-practicante interno del Hospital San Roque



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

224 - Córdoba - 224

1916

*Misc. B. 81, 15*

# CERVICITIS CRÓNICA



Año 1916

N.º 3189

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# Cervicitis Crónica

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**FERNANDO POPOLIZIO**

Ex-practicante del Hospital Nacional de Clínicas (Fisioterapia)

Ex-practicante del Instituto «Jenner»

EX practicante externo del Hospital San Roque

EX-practicante interno del Hospital San Roque



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

2254 - Córdoba - 2254

1916

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

*Artículo 162 del R. de la F.*

# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

### Vice-Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

### Miembros titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSE 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 MALBRAN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO

### Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » MARCELINO HERRERA VEGAS



# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

## **Decano**

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

## **Vice Decano**

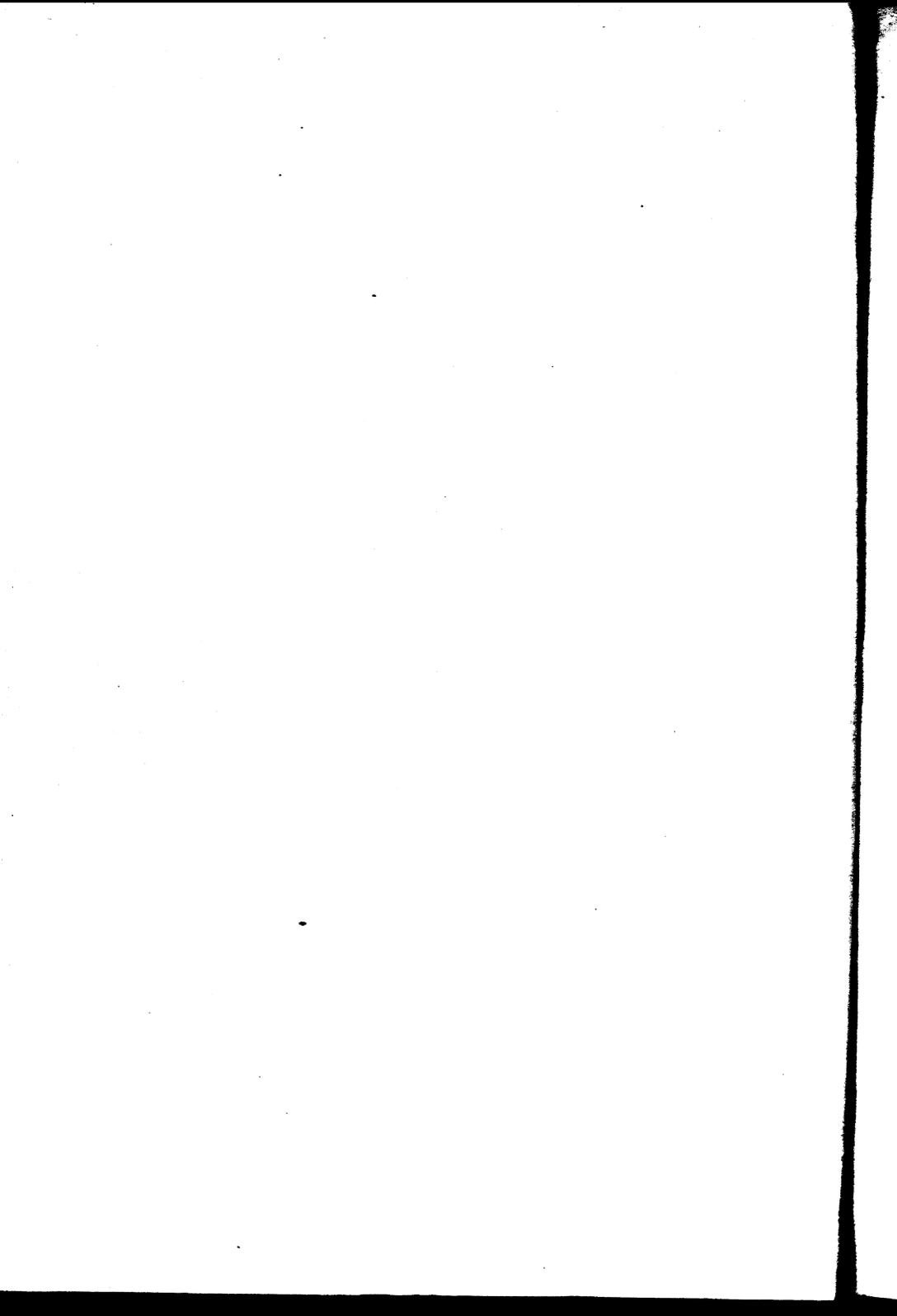
DR. D. CARLOS MALBRÁN

## **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  
\* » MARCELO VIÑAS  
\* » IGNACIO ALLENDE  
\* » PASCUAL PALMA

## **Secretarios**

- DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)  
» » JUAN A. GABASTOU (Facultad) •

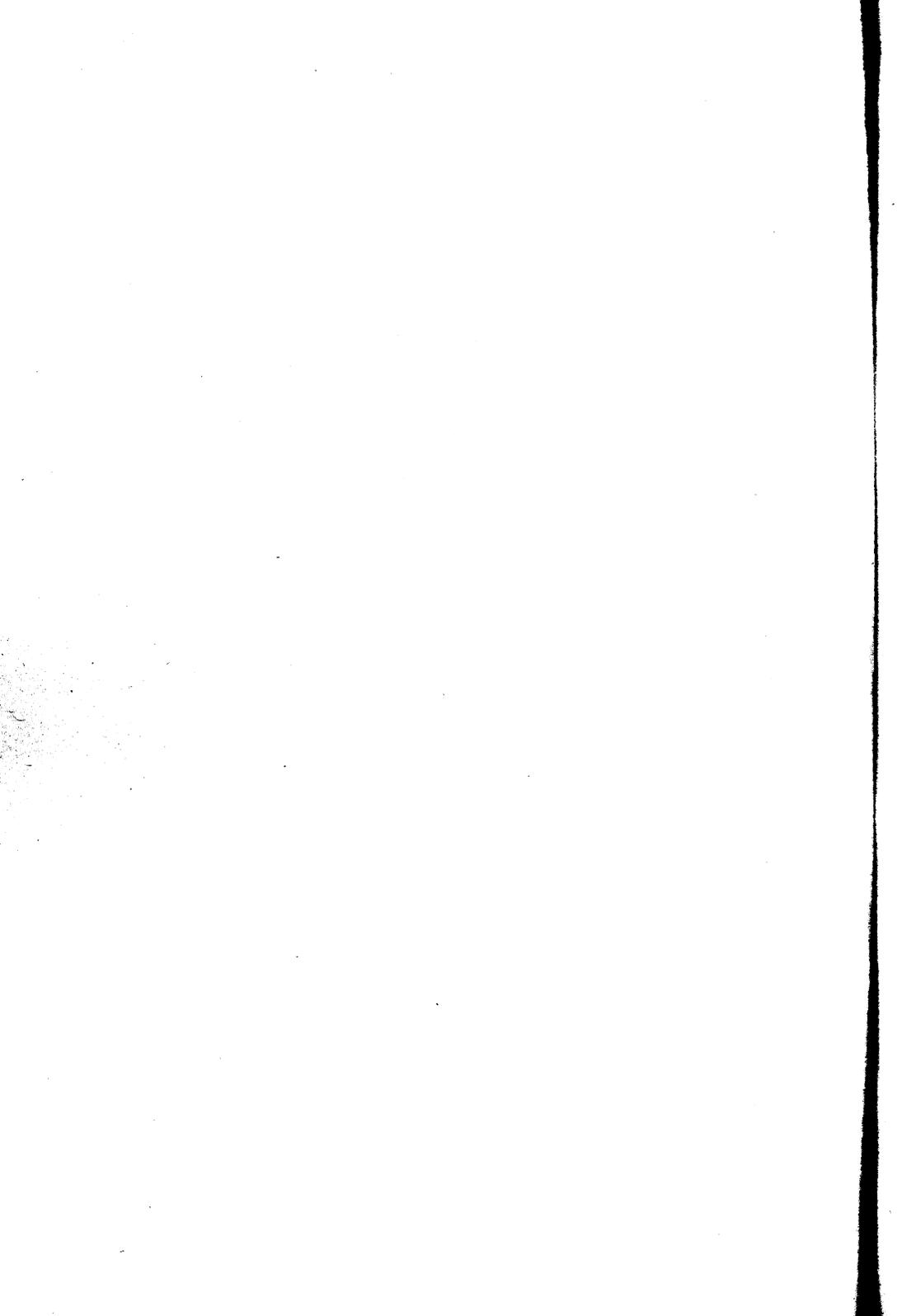


# ESCUELA DE MEDICINA

---

## PROFESORES HONORARIOS

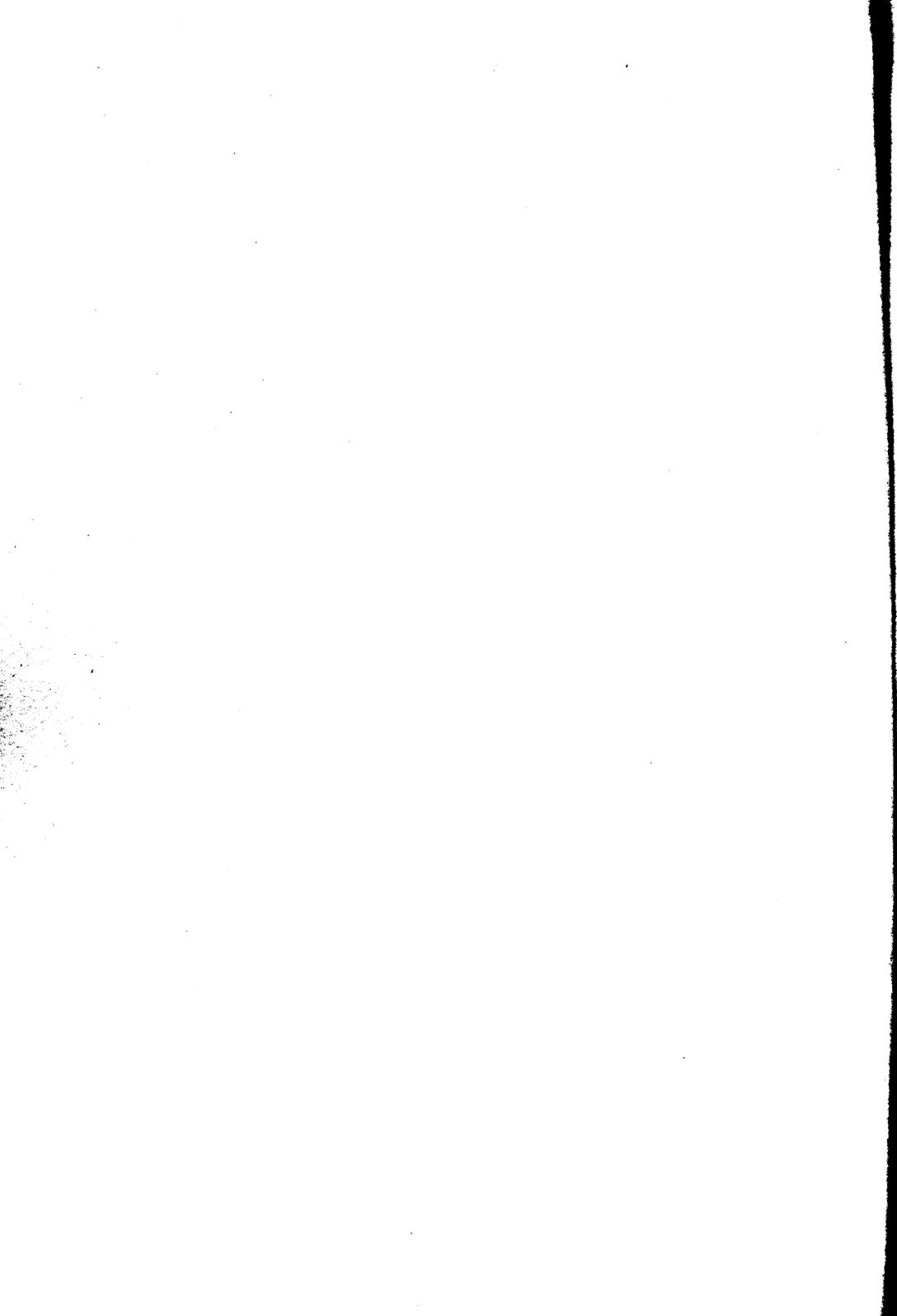
- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- FRANCISCO DE VEYGA
- ELISEO CANTÓN
- \* JUAN A. BOERI
- FRANCISCO A. SICARDI



## ESCUELA DE MEDICINA

---

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURANA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediatría.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



# ESCUELA DE MEDICINA

---

## PROFESORES EXTRAORDINARIOS

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CÁRLOS DELFINO
	{ » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN
	{ » MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	{ » BENJAMÍN T. SOLARI
	{ » JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.....	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Gén to-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI

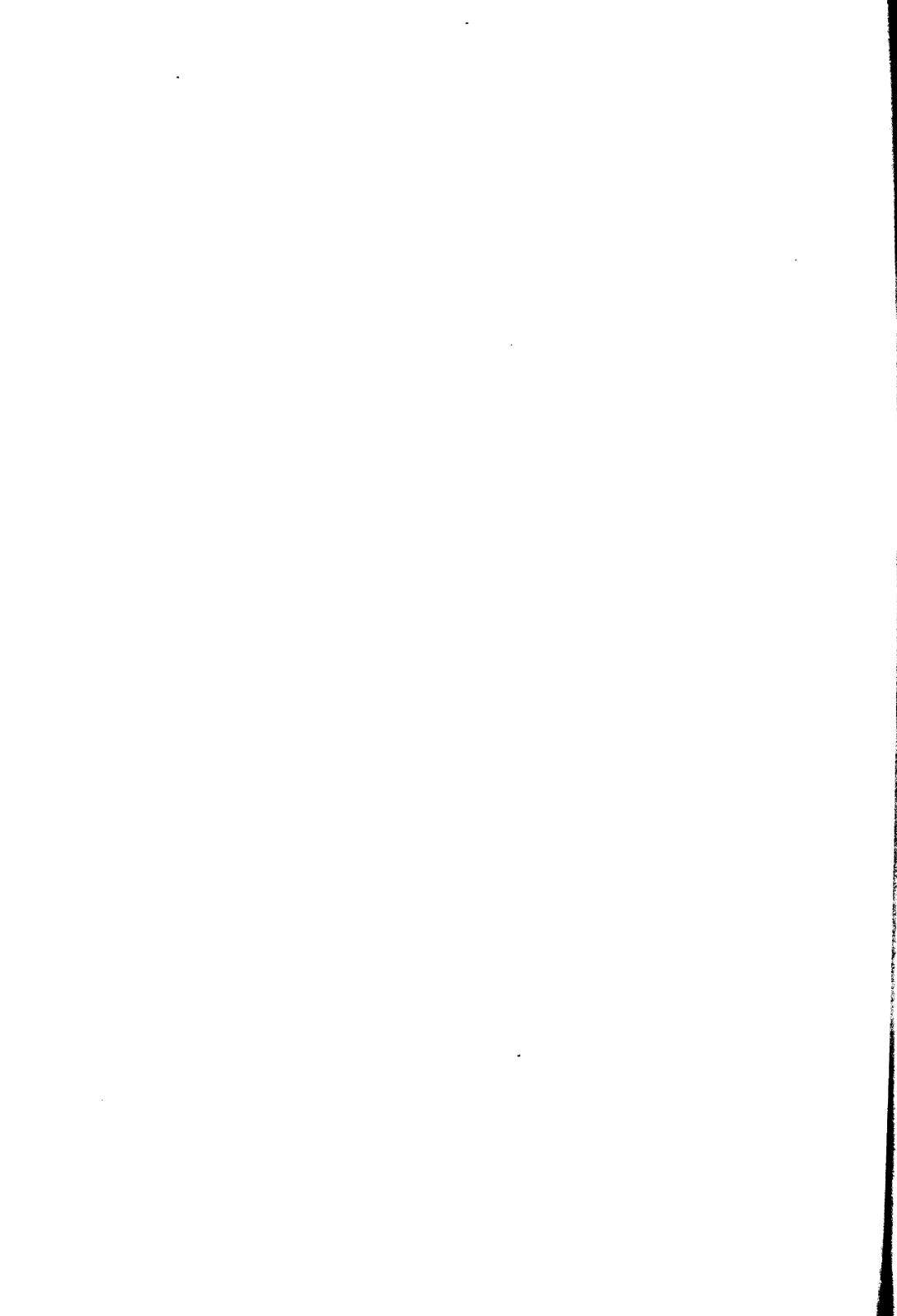


# ESCUELA DE MEDICINA

## Asignaturas

## Catedráticos sustitutos

Botánica médica.....	DR.	RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	" "	GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	" "	SILVIO E. PARODI
	" "	EUGENIO A. GALLI
	" "	FRANK L. SOLER
Fisiología general y humana.....	" "	BERNARDO HOUSSAY
	" "	RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	" "	ALOIS BACHMANN
Química Biológica.....	" "	GERMÁN ANSCHÜTZ
Higiene médica.....	" "	BENJAMÍN GALARCE
	" "	FELIPE A. JUSTO
Semeiología y ejercicios clínicos...	" "	MANUEL V. CARBONELL
	" "	CARLOS HONORINO UDAONDO
Anatomía patológica.....	" "	ALFREDO VITÓN
	" "	JOAQUÍN LLAMBEAS
Materia médica y Terapia.....	" "	ANGEL H. ROFFO
Medicina operatoria.....	" "	JOSÉ MORENO
	" "	ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología externa.....	" "	CARLOS ROBERTSON
	" "	FRANCISCO P. CASTRO
	" "	CASTELFORT LUGONES
	" "	NICOLÁS V. GRECO
Clínica dermato-sifilográfica.....	" "	PEDRO L. BALIÑA
" génito-urinaria.....	" "	JOAQUÍN NIN POSADAS
	" "	FERNANDO R. TORRES
" epidemiológica.....	" "	FRANCISCO DESTÉFANO
	" "	ANTONINO MARCÓ DEL PONT
" oftalmológica.....	" "	ENRIQUE B. DEMARÍA
	" "	ADOLFO NOCETI
" oto-rino-laringológica.....	" "	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" "	MARTÍN CASTRO ESCALADA
Patología interna.....	" "	PEDRO LABAQUI
	" "	LEONIDAS JORGE FACIO
	" "	PABLO M. BARLAIRO
	" "	EDUARDO MARIÑO
	" "	JOSÉ ARCE
	" "	ARMANDO R. MAROTTA
	" "	LUIS A. TAMINI
	" "	MIGUEL SUSSINI
	" "	ROBERTO SOLÉ
	" "	PEDRO CHUTRO
	" "	JOSÉ M. JORGE (H.)
	" "	OSCAR COPELLO
	" "	ADOLFO F. LANDIVAR
	" "	JUAN JOSÉ VITÓN
	" "	PABLO J. MORSALINE
	" "	RAFAEL A. RULLRICH
	" "	IGNACIO IMAZ
" médica.....	" "	PEDRO ESCUDERO
	" "	MARIANO R. CASTEX
	" "	PEDRO J. GARCÍA
	" "	JOSÉ DESTÉFANO
	" "	JUAN R. GOYENA
	" "	JUAN JACOBO SPANGENBERG
	" "	MAMERTO ACUÑA
	" "	GENARO SISTO
" pediátrica.....	" "	PEDRO DE ELIZALDE
	" "	FERNANDO SCHWEIZER
	" "	JUAN CARLOS NAVARRO
	" "	JAIME SALVADOR
" ginecológica.....	" "	TORIBIO PICCARDO
	" "	CARLOS R. CIRIO
	" "	OSVALDO L. BOTTARO
	" "	ARTURO ENRIQUEZ
	" "	ALBERTO PERALTA RAMOS
" obstétrica.....	" "	FAUSTINO J. TRONGÉ
	" "	JUAN B. GONZÁLEZ
	" "	JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" "	JUAN A. GABASTOU
	" "	ENRIQUE A. ROERO
" neurológica.....	" "	RÓMULO H. CHIAPPOR
	" "	VICENTE DIMITRI
Medicina legal.....	" "	JOAQUÍN V. GNECCO
	" "	JAVIER BRANDAM
	" "	ANTONIO PODESTÀ



## ESCUELA DE FARMACIA

### Asignaturas

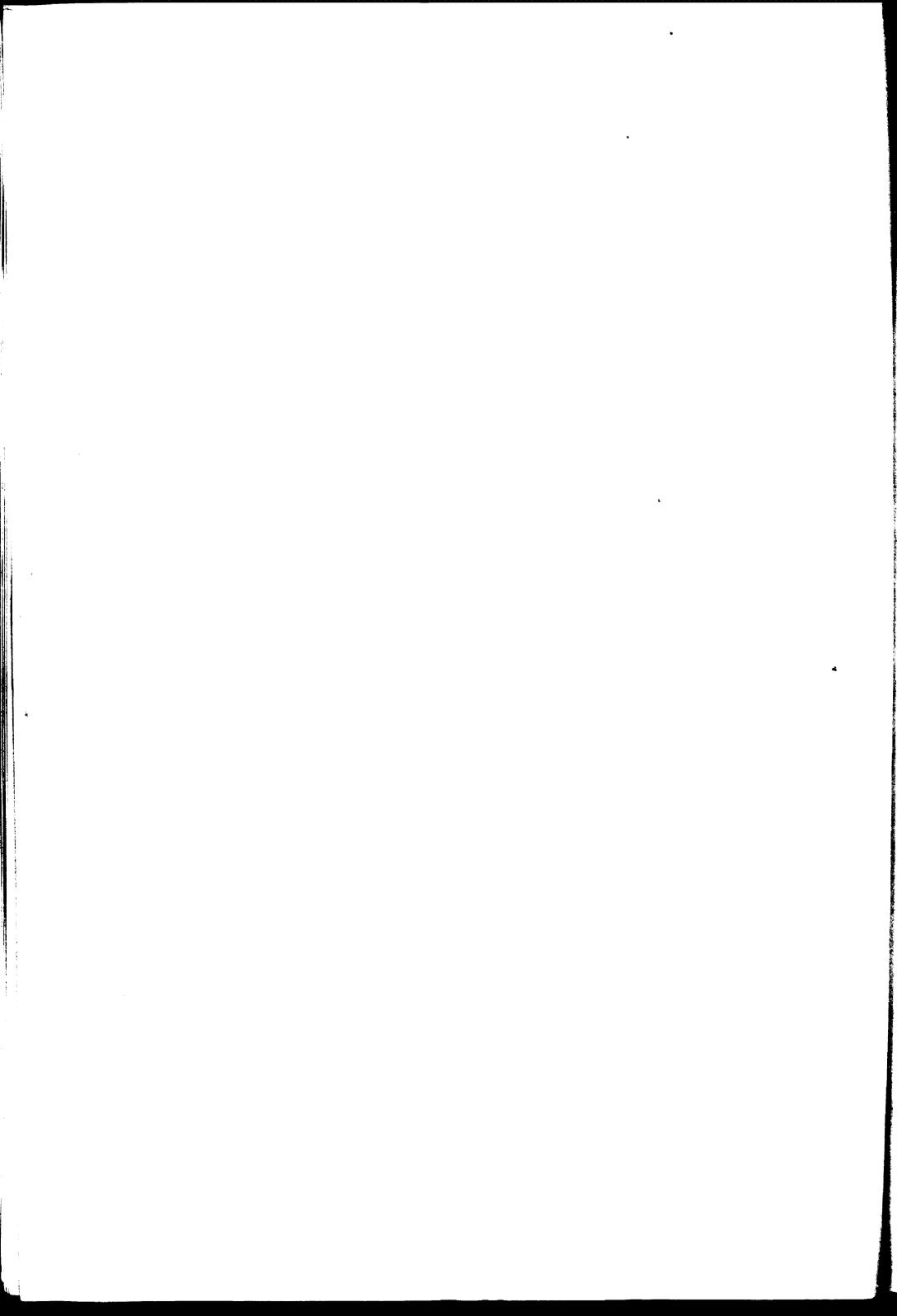
### Catedráticos titulares

Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	DR. 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

### Catedráticos sustitutos

Técnica farmacéutica.....	} SR. RICARDO ROCCATAGLIATA » PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas ..	
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica .....	} SR. PEDRO J. MÉSIGOS » LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	
Química inorgánica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
	} » ANGEL SABATINI » EMILIO M. FLORES



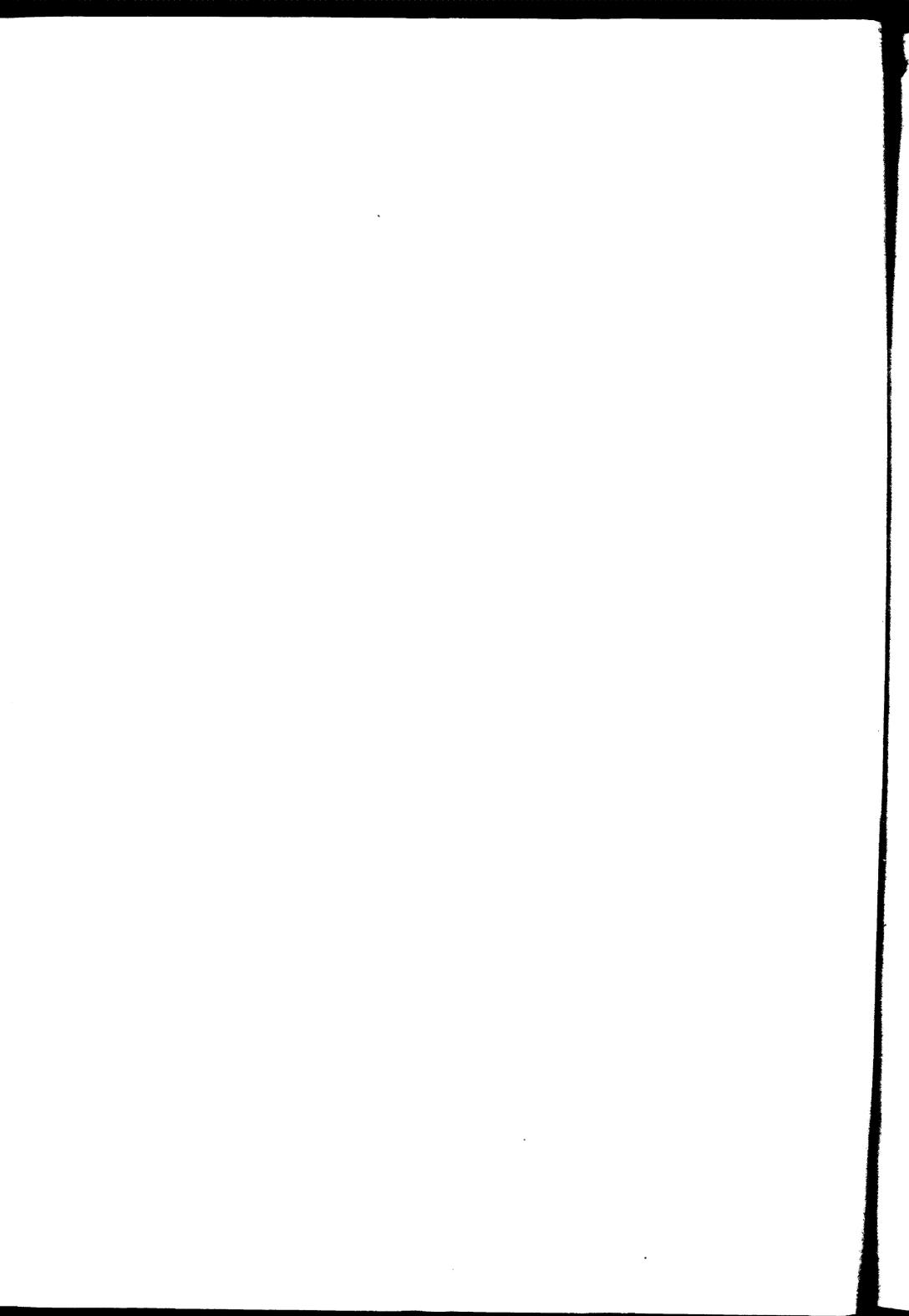
## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1. <sup>er</sup> año . . . . .	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2. <sup>o</sup> año . . . . .	» LEON PEREYRA
3. <sup>er</sup> año . . . . .	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental . . . . .	SR. ANTONIO J. GUARDO

### **Catedráticos sustitutos**

- DR. ALEJANDRO CABANNE
- » TOMÁS S. VARELA (2.<sup>o</sup> año)
- » JUAN M. CARREA (Prótesis)



## 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:*

Clinica obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

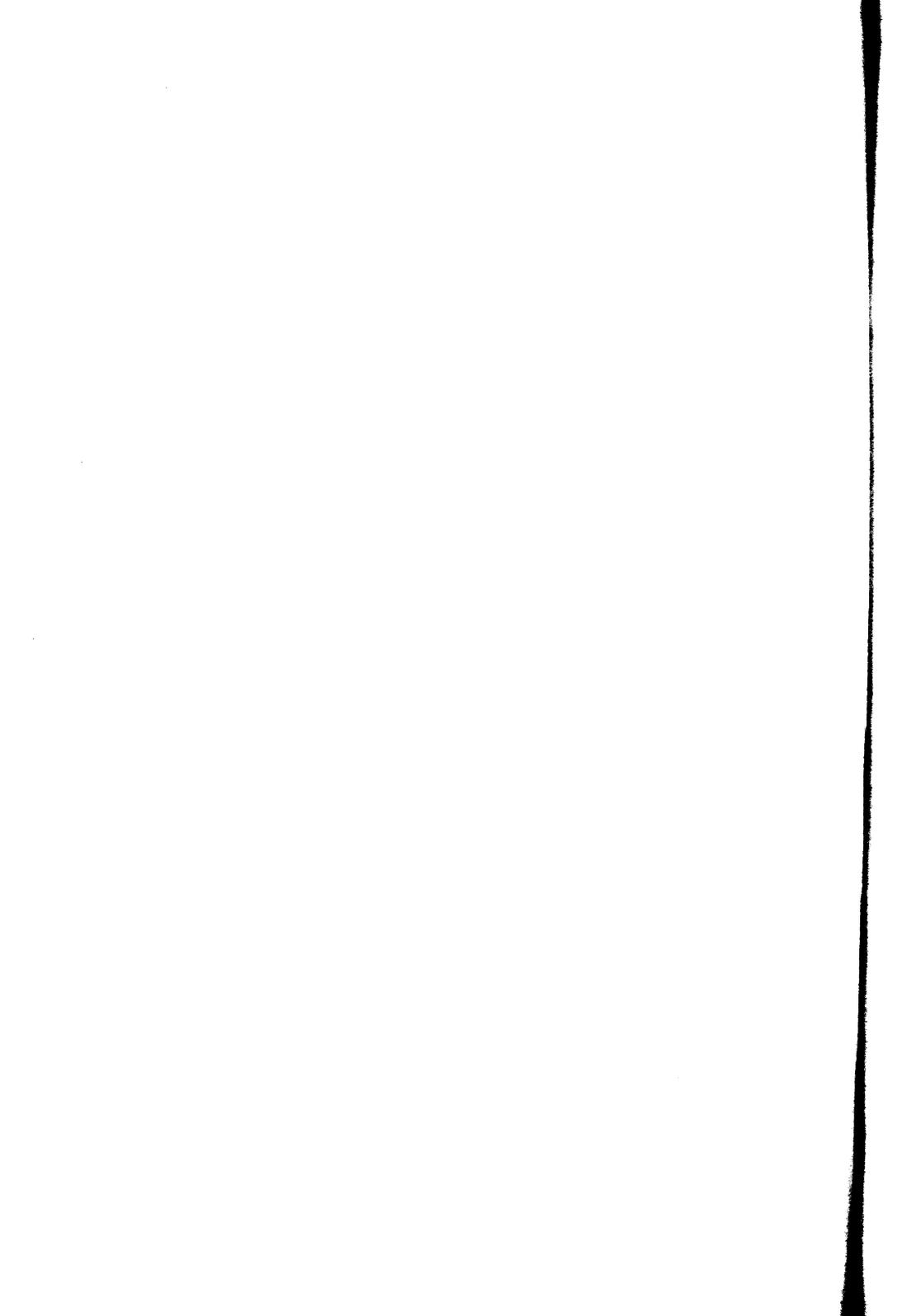
Puericultura..... » UBALDO FERNANDEZ



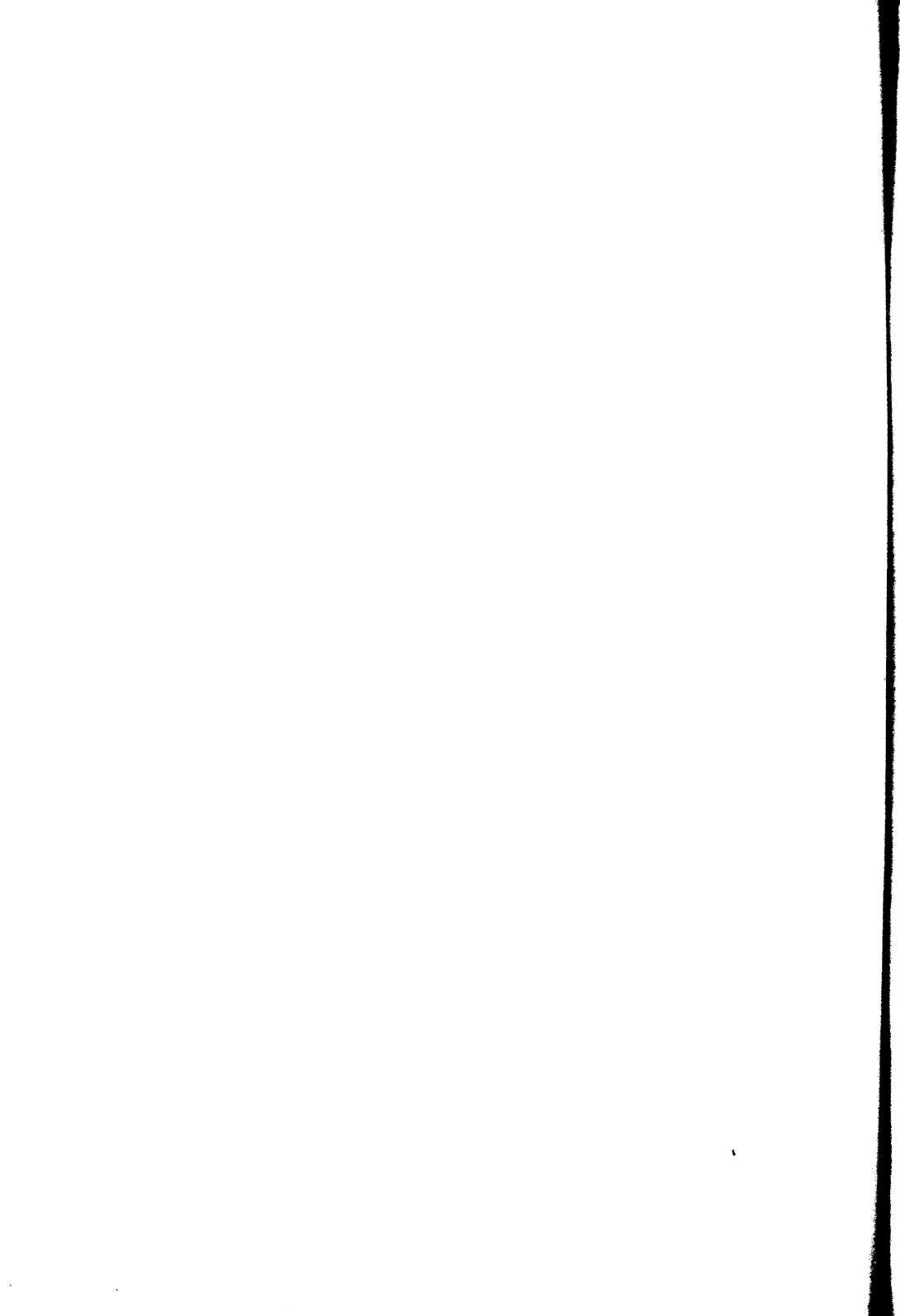
PADRINO DE TESIS

DOCTOR OSVALDO L. BOTTARO

Profesor sustituto de Clínica Ginecológica de la Facultad de Medicina  
Jefe de Clínica del Servicio de Ginecología del Hospital San Roque,  
(Servicio del Profesor Molinari)



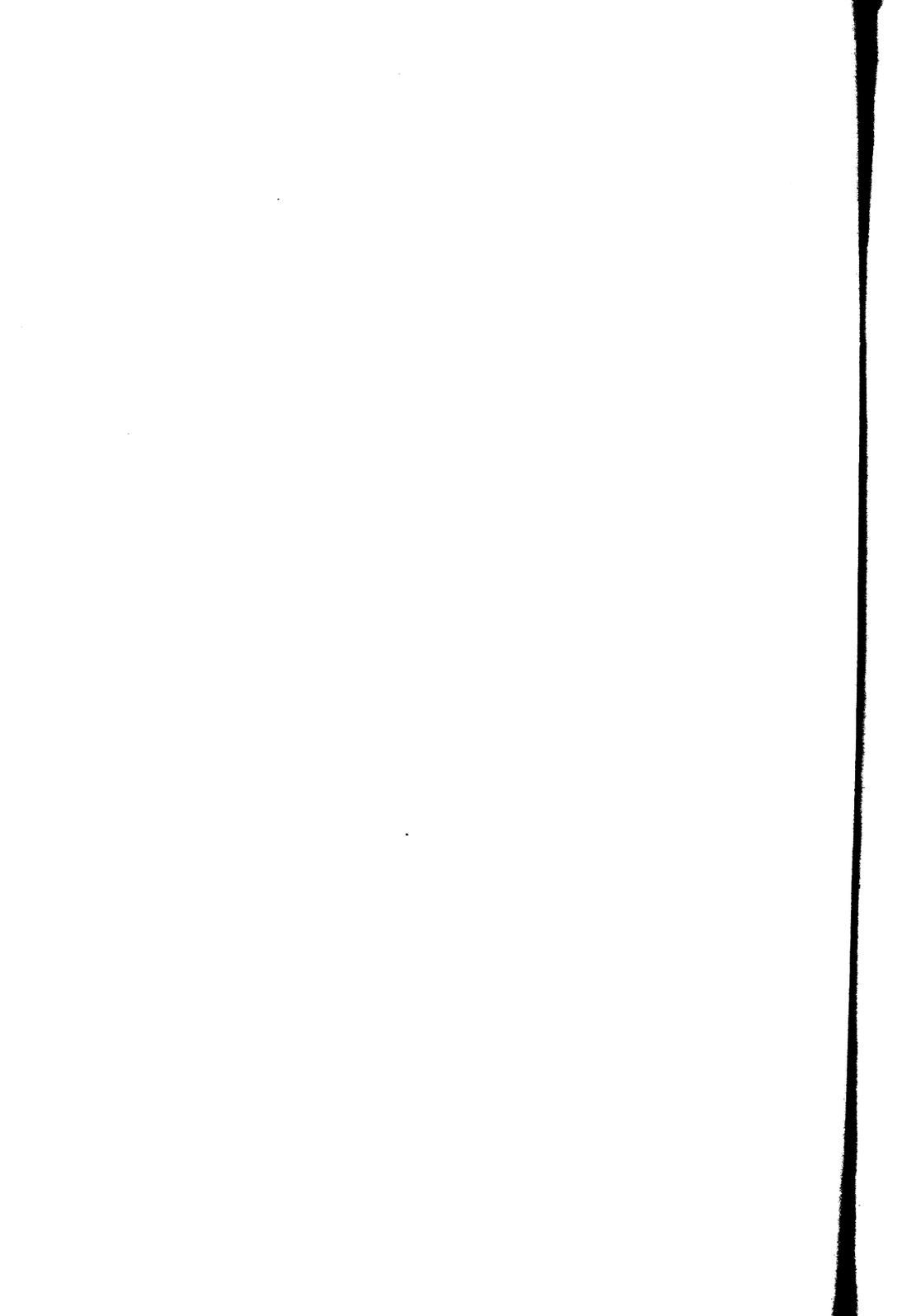
A LA MEMORIA DE MIS PADRES



A MI HERMANA ANA P. DE PECHMANN

MI SEGUNDA MADRE

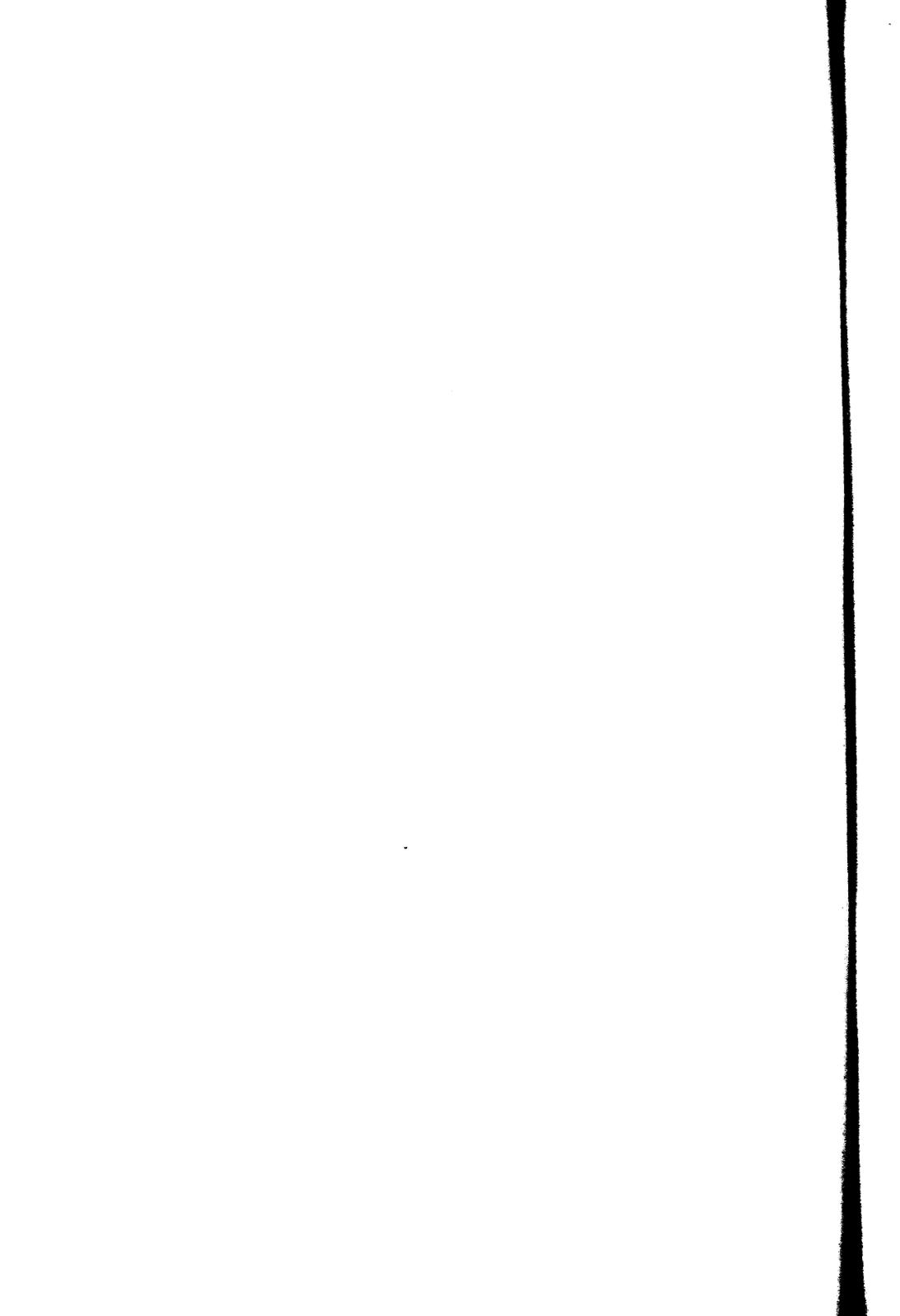
GRATITUD



AL DOCTOR JOSÉ F. MOLINARI

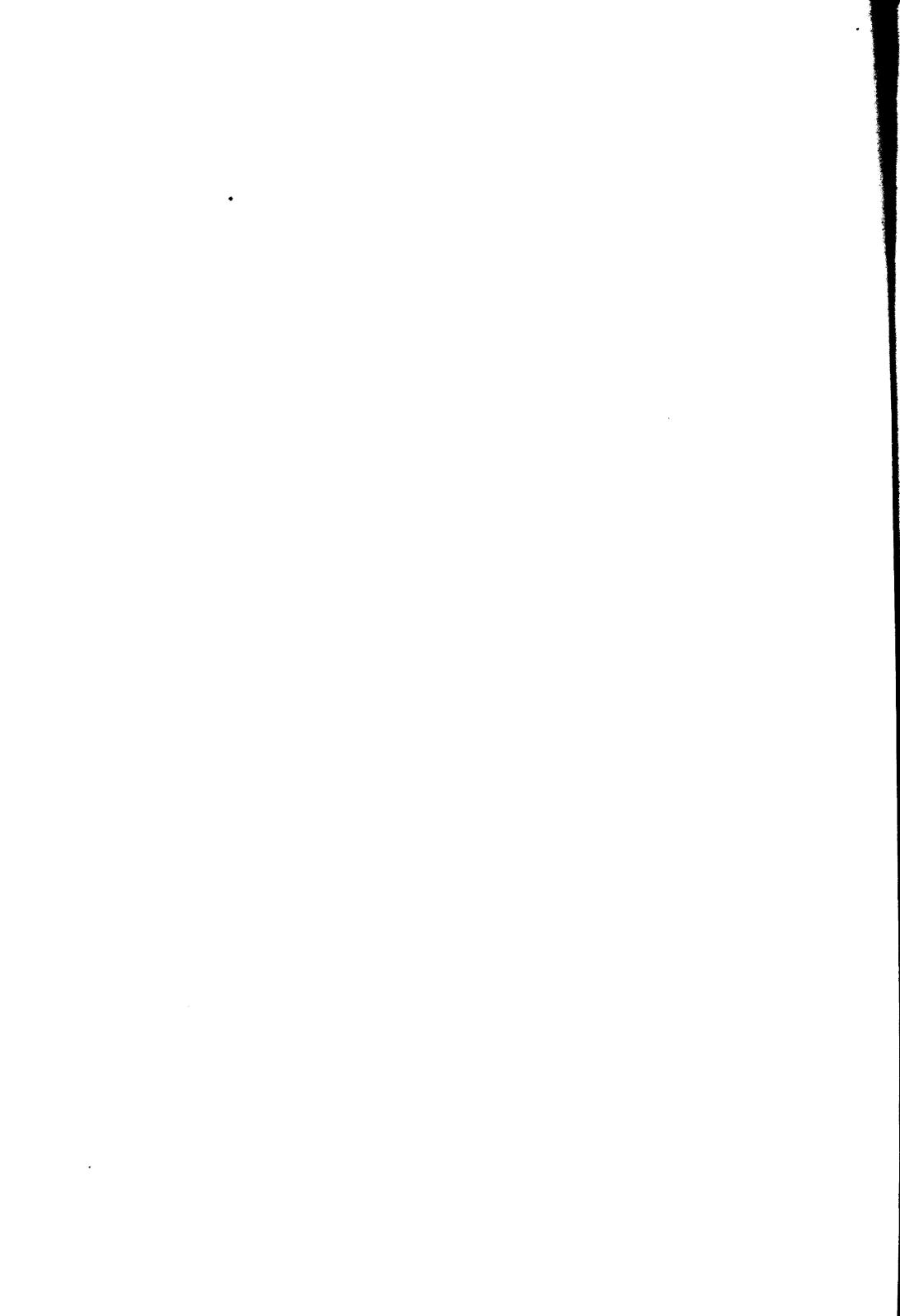
Profesor extraordinario de Clínica Ginecológica de la Facultad de Medicina  
Jefe del Servicio de enfermedades de señoras y cirugía abdominal  
del Hospital San Roque

MI MÁS GRANDE SIMPATÍA Y AFECTO



A MIS COMPAÑEROS DE INTERNADO

MI FRANCA AMISTAD



SEÑORES ACADÉMICOS :

SEÑORES CONSEJEROS :

SEÑORES PROFESORES :

Al abandonar las aulas universitarias quiero expresar mi gratitud á los maestros que en ella he conocido, aquellos que con sus lecciones me han conducido con mano firme en el sendero oscuro hasta entonces para mí, de las ciencias médicas.

Al evocar el recuerdo de ese pasado inolvidable de estudiante, dos figuras simpáticas por demás surgen inconfundibles de esa escuela: los Doctores Ignacio Allende y Juan B. Señorans modelos de cultura, corrección y caballerosidad; á ellos pues mis especiales afectos.

Al presentaros esta modestísima monografía, nada nuevo por cierto os ofrezco en élla, solo vereis reflejado en sus capítulos, la observación propia y el

trabajo personal, en 25 casos de cervicitis que me sirvieron de base en este trabajo sobre «Cervicitis crónicas».

En esta hora solemne, que me abandona la irresponsabilidad como estudiante ante el paciente, para sentirla con todo su rigor como nuevo profesional, una mirada retrospectiva me obliga á la gratitud y el cariño para aquellos que fueron mis maestros en el Hospital San Roque, á la cabecera del lecho del dolor, para dirigirles una sola palabra, pero sí con la fuerza de un poema ¡¡gracias!! A vosotros debo toda la enseñanza práctica que he recogido durante tantos años, en esa casa querida cuyo recuerdo siempre nítido resistirá á los azares de la vida, ya en el triunfo ó en la derrota.

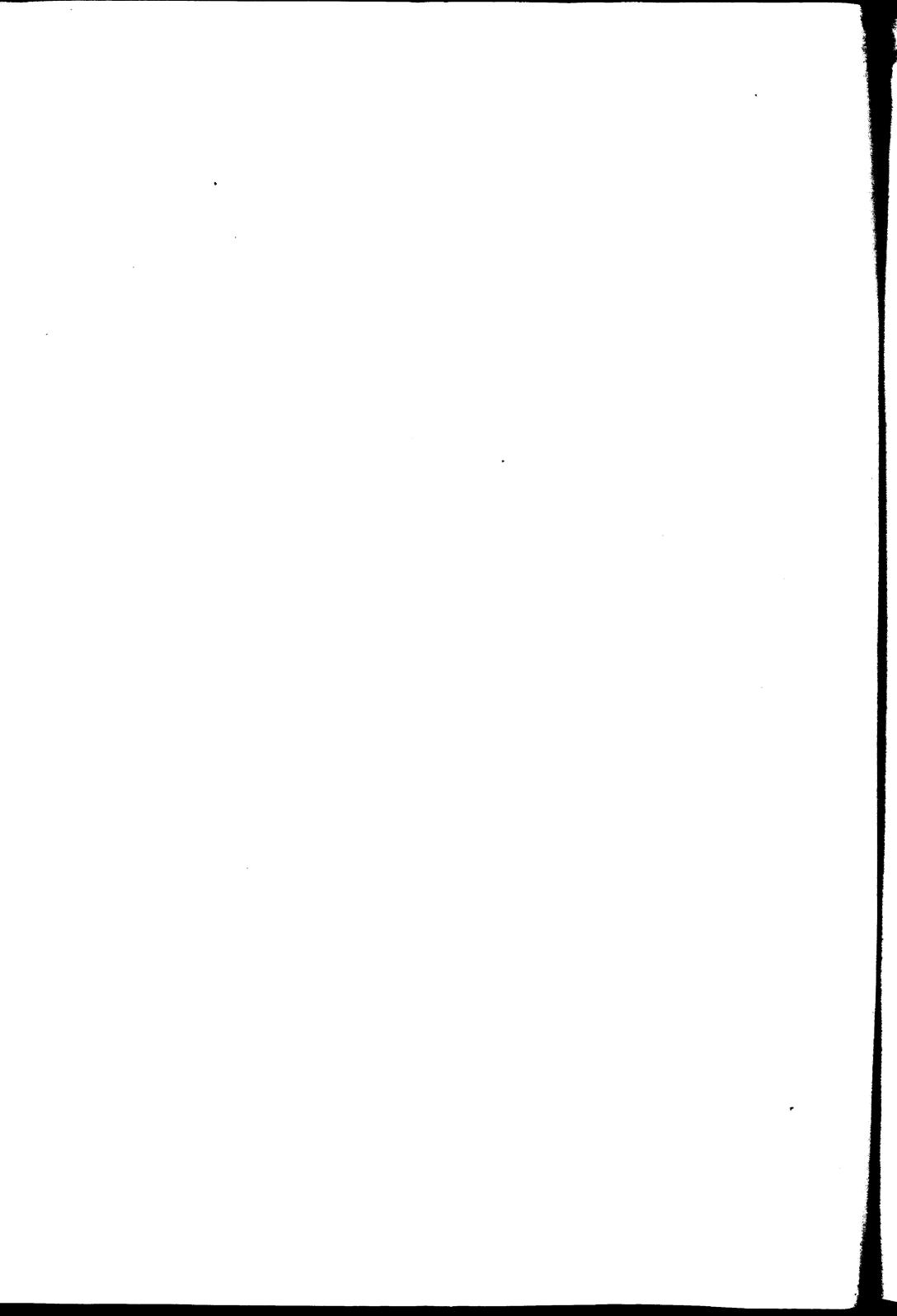
Quiero dedicarle un especial y sincero recuerdo á la Sala XII, servicio de ginecología, del Hospital San Roque, cuya sola enunciación es toda una vida para mí, su jefe el Doctor José F. Molinari, modelo de caballero y maestro, al Doctor Osvaldo L. Bottaro, el amigo y maestro, mi reconocimiento por sus lecciones teórico-prácticas y por el honor que me dispensa al acompañarme en este trabajo; como á sus médicos agregados los Doctores Julio Iribarne y Antonio Votta. Ellos constituyen un eslabón entre el pasado y el futuro, porque es imposible olvidar la liberalidad, altruismo y amistad que me han dispensado durante mi paso por ella. Reciban, pues, mi

público testimonio de gratitud sincera por sus múltiples y proficuas enseñanzas.

A los que fueron mis jefes y médicos de sala en los múltiples servicios á que he pertenecido, los Doctores: Méndez, Aráoz Alfaro, Ramón Iribarne, Robertson, Gilberto Elizalde, Cerboni, Piaggio, Carbone y muchos otros, mi gratitud sin límites.

A los médicos internos del Hospital San Roque, los Doctores Natal López Cross, Alejandro Cevallos, Pascual Squinelli, Roque F. Coulin, y á mis compañeros de internado, mi agradecimiento y mi amistad sincera por las enseñanzas, consejos científicos y ejemplos dignos, recogidos en la memorable guardia en que nos unía el afecto, la caridad y el deber ante el dolor.

---



## PROPÓSITO

El tema que nos proponemos desarrollar, como síntesis de nuestros estudios realizados en la Clínica del profesor Molinari en el Hospital «San Roque», es arduo, desde que comprende una serie de tratamientos puestos en práctica para luchar contra una de las más frecuentes y rebeldes afecciones del aparato genital de la mujer, y sobre lo cual se imponía, tuviéramos un concepto personal claro, fundado en larga experiencia.

Es raro no observar en la mujer múltipara, alguna lesión grande ó pequeña del cuello uterino, causa única ó compañera habitual de la afección que determina á la consulta médica.

De ahí que nos haya sido fácil conseguir el material de estudio, y de aplicación de los diferentes medios terapéuticos preconizados por los ginecólogos de todos los países, y que podamos ofrecer como corolario de él, una modesta opinión, llenando con

esto el cometido que nos impusiéramos al querer presentar á la Facultad de Medicina, una monografía con algo personal, que acredite nuestro empeño por estas cuestiones tan importantes de la especialidad ginecológica, que hemos cultivado con entusiasmo durante nuestro internado.

Una larga serie de enfermas con diferentes lesiones de cuello, desde la erosión simple ó el ectropion, hasta las grandes hipertrofias cervicales, hemos tratado por los diferentes medios comunes, y aún por procedimientos de técnica especial, pudiendo declarar nuestros privilegios y nuestro criterio electivo.

Basten estas palabras para justificar nuestra tesis, en la que hay algo de trabajo perseverante y continuado por largo tiempo, con el objeto de dejar sentada nuestra opinión de una manera clara y concisa, olvidando intencionalmente, la referencia de los casos que nos han servido para llegar á ello.

La terapéutica de las cervicitis crónicas, si bien á veces cae en el dominio de la cirugía, es pasible, en muchos casos, de ser aplicada en forma de medicamentos, con todas las ventajas, y la aceptación por parte de las enfermas.

Después de algunas consideraciones breves sobre histopatología de la afección, de otras sobre etiopatogenia, síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, terminamos fundando claramente nuestras conclusiones, en un último capítulo.

## CAPÍTULO I

### ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

La cavidad cervical y uterina al estado normal no alberga ninguna clase de bacterios, según se desprende de las experiencias de Wite y Stroganoff.

Sin embargo, algunos autores y entre ellos Winter pretenden demostrar que en la mujer sana existe una zona peligrosa que comprende la parte superior de la vagina y las proximidades del canal cervical.

De modo, pues, que toda vez que sean hallados gérmenes de cualquier naturaleza, se considera que dicha mujer está infectada, como lo demostró ampliamente Doleris en 1880 estudiando los loquios de mujeres atacadas de fiebre puerperal. Más tarde, Genner encontró y cultivó el estreptococo en estas enfermas, es decir, en las secreciones, y en 1891

Brunner comprobó que estos agentes microbianos se encuentran también en el espesor de la mucosa uterina.

La naturaleza bacteriana es muy variable, aunque la mayor parte de las veces sea el estreptococo, especialmente en las fiebres puerperales, y en otros casos se ha visto la presencia del estafilococo puro ó asociado.

Se ha observado, también, el gonococo de Neisser, que después del estreptococo desempeña un papel muy activo en la producción de las endometritis, encontrando Witte 65 casos de endometritis á gono en 288 mujeres blenorragicas, y Chatiniere 145 en 300 mujeres gonorréicas.

Además, se han encontrado el vibrión séptico, saprófitos, bacilo coli-comunis y el neumococo.

Como se desprende, las metritis no poseen un germen específico y aún más, no es raro encontrar asociaciones microbianas del estrepto ó estáfilo con el gono y el estrepto, con saprófitos, etc.

Si bien es un hecho cierto, que en la cavidad cervical de las mujeres infectadas se encuentra invariablemente el agente infectante, no sucede lo mismo con el cuerpo uterino, según la opinión de Winter de Døederlein y Phannensteil no se encuentran bacterios en la mucosa uterina obtenida por raspado, en casos bien comprobados de endometritis.

Las experiencias llevadas á cabo por Strauss, Delbet, Peraire y otros, para reproducir la lesión en conejas, perras y monas, han fracasado; pero sin embargo, es indiscutible la naturaleza microbiana de las metritis.

¿Cuál es el mecanismo de la infección y origen de esos microbios?

Dos mecanismos son posibles: la eteroinfección y la autoinfección.

Parece ser lo frecuente la infección producida por los agentes exteriores, ya sea en las infecciones puerperales como en las otras, pues según las experiencias de Kroenig y Von Ott. en el momento de producirse el parto y la ruptura previa del amnios, se haría un arrastre, por así decir, de los agentes infectantes que pudieran haber en la vagina, debido al pasaje del líquido amniótico y al rozamiento de la cabeza del feto durante su pasaje por el canal vaginal.

De modo, pues, que la infección sería debida á las maniobras de tacto, introducción de cánulas, gasas, etc., cuya esterilización haya sido deficiente, puesto que los loquios normales carecen de gérmenes no pudiendo, por lo tanto, atribuirse á ellos la infección del útero.

Esto ocurre en las metritis no ya á estroptococos, sino también en las de origen gonocócico, etc., en que los gérmenes son introducidos por el pene, de-

dos y otros objetos empleados por las masturbadoras, favoreciendo á la entrada de los gérmenes la herida del himen en la defloración, la existencia de leucorrea y las congestiones de la mucosa.

En cuanto á la autoinfección, si la admitimos, debemos recordar que la única explicación posible sería la existencia de las zonas peligrosas de Winter, que aprovechando circunstancias como traumatismos, partos, enfermedades generales, etc., permiten el pasaje de esos bacterios al cuello uterino y luego al cuerpo, determinando así, sin intervención de elementos exógenos, las metritis.

Establecida y aceptada la patogenia, podría dividirse las causas *ocasionales* de las metritis, en cuatro grupos, á saber: traumatismo, parto, copulación y menstruación.

El traumatismo puede ser una causa de metritis, como sucede con el uso de pesarios, intra y extra-uterinos demasiado grandes, que, contusionando constantemente el útero, determinando á su vez congestiones, favorecen el proceso infectante.

Las exploraciones intrauterinas demasiado bruscas y muy repetidas; los lápices terapéuticos, maniobras quirúrgicas y obstétricas inadecuadas, unido á una dudosa antisepsia son causas de metritis.

Los grandes fibromas y el cáncer, ejerciendo irritación constante y obturando por compresión el canal cervical, producen indirectamente las metritis

impidiendo el drenaje de las secreciones, favoreciendo la congestión, etc.

La menstruación determinando una congestión de todo el aparato genital, facilita manifiestamente la exaltación de la virulencia bacteriana, exponiendo á estos órganos á la infección, y es así como podemos explicarnos las metritis virginales de las niñas afectadas de vulvovaginitis y que no han sido expuestas á ninguna de las contingencias determinantes de infecciones, favorecida no obstante, por imperfecciones en el desarrollo de sus órganos genitales, tales como la conicidad del cuello, la atresia, ante flexión congénita, etc.

Esta causa fisiológica se hace manifiesta en la edad de la menopausia, debido á las congestiones crónicas de diverso orden, en otras repetidas é irregulares, aunque muchas metritis en esa edad no son más que la reminiscencia del pasado, haciéndose entonces una *poussé* aguda.

La copulación, es decir, los excesos genésicos aún, en plena menstruación y los traumatismos del cuello por el pene, son susceptibles de provocar la infección, determinando la cervicitis.

Remontándonos á hechos más positivos, la causa más común, es el coito infectante, en pleno período agudo de infecciones uretrales ó bien de infecciones latentes, viejas, uretritis aparentemente curadas, etc., que bajo la influencia de las excitaciones

constantes y la acción de las frecuentes libaciones de Champagne de bodas, rebaco la virulencia de los gérmenes, produciéndose la vulvovaginitis primero, y luego, la cervicitis, ó bien la cervicitis por inoculación directa, aunque raro.

Los partos son indiscutiblemente la causa preponderante más común de estas infecciones, como también los abortos ignorados, ocultos y criminales, por la razón de que no se atiende eficientemente á la enferma, se abandona la higiene agregándose manipulaciones de personas profanas y por lo tanto siempre sépticas, por la permanencia de restos placentarios que generalmente se infectan si no se les extrae en su debida oportunidad y por el reblandecimiento del órgano, su congestión y herida uterina, factores también muy predisponentes.

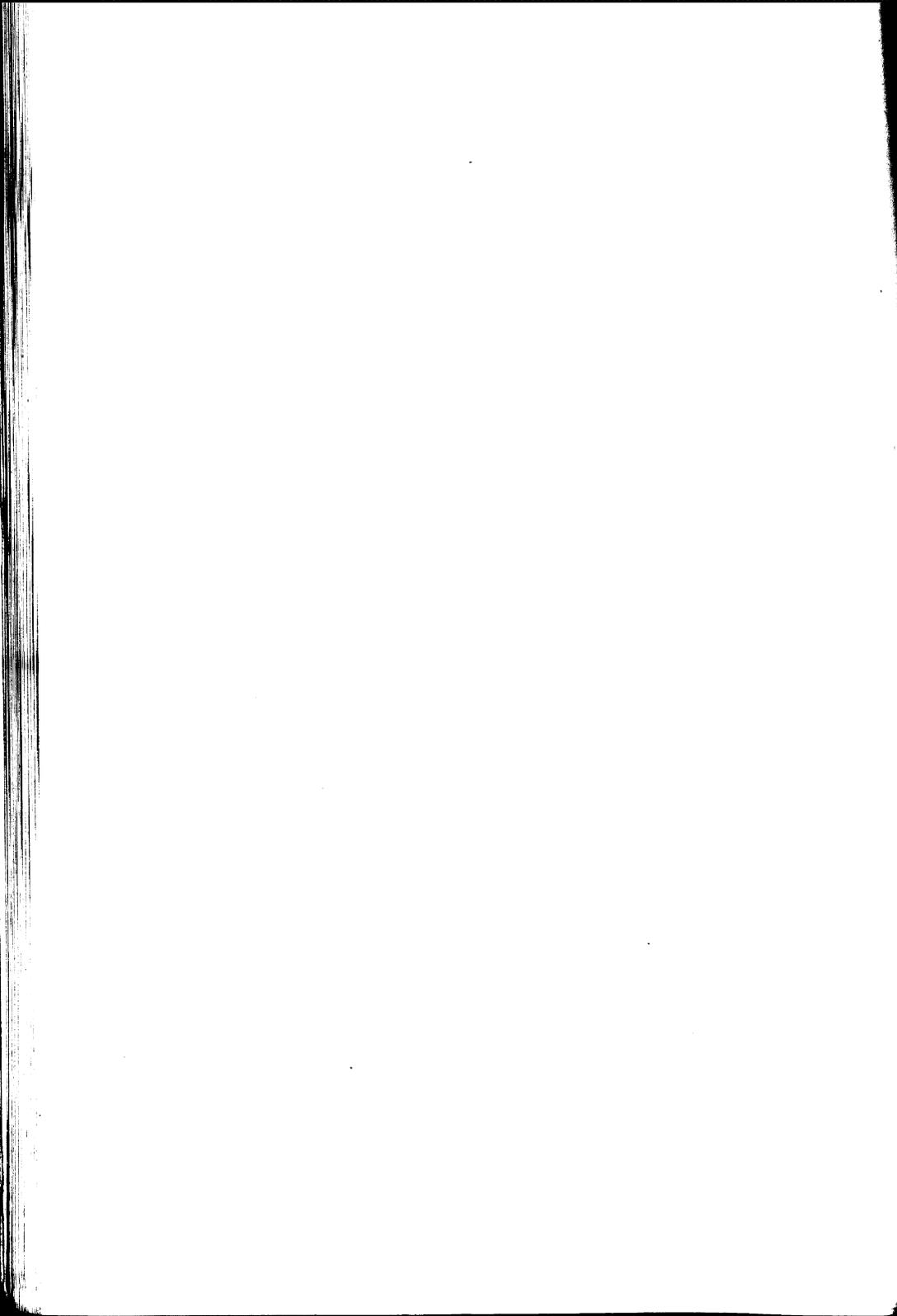
En estos casos también se agrega el traumatismo externo y espontáneo produciendo desgarraduras de periné, fisuras del cuello uterino y vagina, permitiendo la fijación de gérmenes, abriendo puertas de entrada á la infección.

Estas infecciones pasan por lo general muy rápidamente al estado crónico, porque, muchas veces se trata de infecciones ligeras que pasan desapercibidas, cuando no se revelan bajo la forma de metritis de subinvolución que reclama la presencia del ginecólogo instituyendo su tratamiento debido.

Además de las causas estudiadas, las enfermeda-

des generales infecciosas predisponente de las metritis, ya sean de cuello ó de cuerpo, porque debilitan la resistencia orgánica y se instala la infección en el útero, como podría hacerlo en cualquier otro órgano.

---



## CAPÍTULO II

### ANATOMIA DEL CUELLO UTERINO

El cuello uterino afecta la forma de un cilindro, algo ensanchado en su parte media.

Para su estudio se ha dividido en tres segmentos: un segmento superior ó extravaginal, un segmento medio ó vaginal y un segmento inferior ó intravaginal.

*Segmento extra-vaginal.*—Este segmento mide de 15 á 20 milímetros de largo y se pone en relación con la vagina á la cual está unido mediante una capa de tejido conjuntivo laxo; hacia atrás con el recto, separado de este por el fondo de saco recto vaginal; por los costados por el borde interno de los ligamentos anchos y los plexos venosos.

*Segmento vaginal.*—Esto corresponde á la inserción superior de la vagina, haciéndose en todo el contorno del cuello, siguiendo un plano oblicuo de alto en bajo y de atrás hacia adelante, en otras palabras, la vagina remonta sobre la cara posterior del cuello, más hacia arriba, que en la cara anterior.

La unión del cuello con la vagina responde á una zona que mide de 6 á 8 milímetros de alto y algunas veces más.

A este nivel, la capa muscular de la vagina se continúa con la del útero, siendo las conexiones de los dos órganos por consiguiente muy íntimas.

*Segmento intra-vaginal.*—Este segmento constituye lo que se llama hocico de tenca. Tiene la forma de un cono truncado y redondeado; su largo es de 8 á 12 milímetros, su ancho y su espesor son sensiblemente iguales, pues, miden de 20 á 25 milímetros.

El hocico de tenca está circunscrito en su base por un fondo de saco circular, más profundo en su parte posterior que en la anterior, constituyendo los llamados fondo de saco posterior, anterior y laterales, punto de referencia en lenguaje ginecológico.

La extremidad del cuello uterino está perforada, constituyendo el orificio uterino, ordinariamente redondeado, en forma de hendidura transversal, este es el orificio inferior ó externo del cuello.

Este orificio cuyo diámetro de 4 á 6 milímetros, divide el cuello en dos labios, el uno anterior, el otro posterior: el labio anterior es más grueso, más prominente que el posterior, pero en cambio es más corto, puesto que la vagina se inserta más abajo que en la cara posterior.

En las condiciones fisiológicas, el hocico de tenca nos presenta una superficie regular, una coloración blanco rosada y una consistencia dura.

En las múltiparas, por ejemplo, el cuello ha sufrido un reblandecimiento, su superficie es menos regular, los diámetros se han agrandado y su orificio de circular que es en la mujer virgen, en las múltiparas afecta la forma de una hendidura transversal de 10 á 15 milímetros de largo, es entonces, cuando, las partes del cuello que circunscriben este orificio toman el aspecto de labios como se los designan. El contorno de este orificio presenta, especialmente en su extremidad izquierda un número variable de surcos cicatriciales por desgarraduras producidas en el momento del parto.

Estas modificaciones se exageran, cuanto mayor es el número de partos, llegando hasta borrarse completamente el cuello, en aquellas mujeres que han tenido 10 ó 12 partos, al punto que la vagina se continúa directamente con la cavidad uterina separándose tan solo por un ligero reborde y en algunos casos este falta aún, terminando entonces la

vagina en su parte superior, por una especie de ampolla formado con la cavidad uterina.

En estado normal la cavidad cervical es fusiforme, es decir dilatada en su parte media y retraída en sus dos extremidades.

Se le considera dos caras, dos bordes, dos extremidades y dos orificios.

Las dos caras anterior y posterior son planas y aplicadas la una contra la otra; cada una de ellas nos presenta en su parte media una saliencia longitudinal, de la cual irradian á derecha é izquierda saliencias secundarias siguiendo una dirección oblicua de adentro hacia afuera y de abajo hacia arriba; estas saliencias están formadas por haces musculares formando relieve debajo de la mucosa.

Estos repliegues que pueden compararse á la nervadura da una hoja, han recibido de los antiguos anatomistas el nombre de *arbol de la vida*, cuya denominación se conserva hasta nuestros días. Dos árboles de la vida existen en el cuello uterino, el uno en la pared anterior, el otro en la pared posterior.

Estos relieves son más notables en los recién nacidos que en las mujeres adultas. En los primeros, el arbol de la vida se prolonga hasta el orificio externo del cuello, no así en la mujer adulta, en quienes se detiene á 6 ó 7 milímetros por arriba de este orificio.

Estas dos saliencias longitudinales, según Guyon, no ocupan exactamente la línea media: la de la pared posterior se desvía hacia la izquierda de la línea media, mientras que la de la pared anterior se desvía hacia la derecha, en una palabra, no se yustaponen exactamente.

Los dos bordes de la cavidad del cuello son regularmente curvos y se miran por su concavidad.

Las saliencias de ambos árboles de la vida se ponen en contacto en ese punto con las del costado opuesto, sin continuar, pero sí se entrecruzan.

Los dos orificios de las cavidades del cuello uterino se distinguen con esta nomenclatura: superior ó interno, é inferior ó externo.

El orificio interno responde al ítsmo del útero; mide de 6 á 8 milímetros de alto por 4 ó 5 de ancho, formando no un agujero propiamente dicho, sino un canal virtual.

Las saliencias longitudinales del árbol de la vida se prolongan hasta su extremidad superior, contribuyendo á disminuir su calibre; sin embargo en un útero sano es posible franquear este orificio con una bujía de Hegard de 3 á 4 milímetros de diámetro. Después de la menopausa y talvez obedeciendo á las leyes generales de la fisiología, este orificio se retrae, llegando en algunos casos á obliterarse completamente.

La obliteración de este orificio ha sido estudiada

por Mayer en el año 1826 y más recientemente por Guyon en una tesis del año 1858 (Etude sur les cavités de l'uterus à l'état de vacuité) en la que se consigna el dato de haber encontrado 13 veces sobre 20 mujeres de 55 á 70 años ó sea un 65 por 100.

Sin embargo Sappey obtiene de sus investigaciones una proporción mucho menor, sobre 12 mujeres de 60 á 75 años no ha encontrado más que 2 con obliteración completa del orificio interno.

La descripción del orificio externo ya ha sido hecha al tratar de la porción intravaginal del cuello uterino.

---

## CAPITULO III

### HISTOLOGÍA

La mucosa del cuello uterino tiene sus caracteres propios que la individualiza de la mucosa del cuerpo, pues es más pálida, menos espesada pero bastante más consistente.

Se diferencia también en que su superficie en lugar de ser lisa, presenta las saliencias arborecentes que constituyen el árbol de la vida, por su epitelio, su corión y sus formaciones glandulares.

El epitelio es del tipo cilíndrico ciliado, midiendo aproximadamente 50 micrones, con su núcleo ocupando su porción basal redondeado ú ovoide coloreándose muy intensamente con el carmín.

Entre estas células se encuentran de trecho en trecho células calciformes secretoras de mucus.

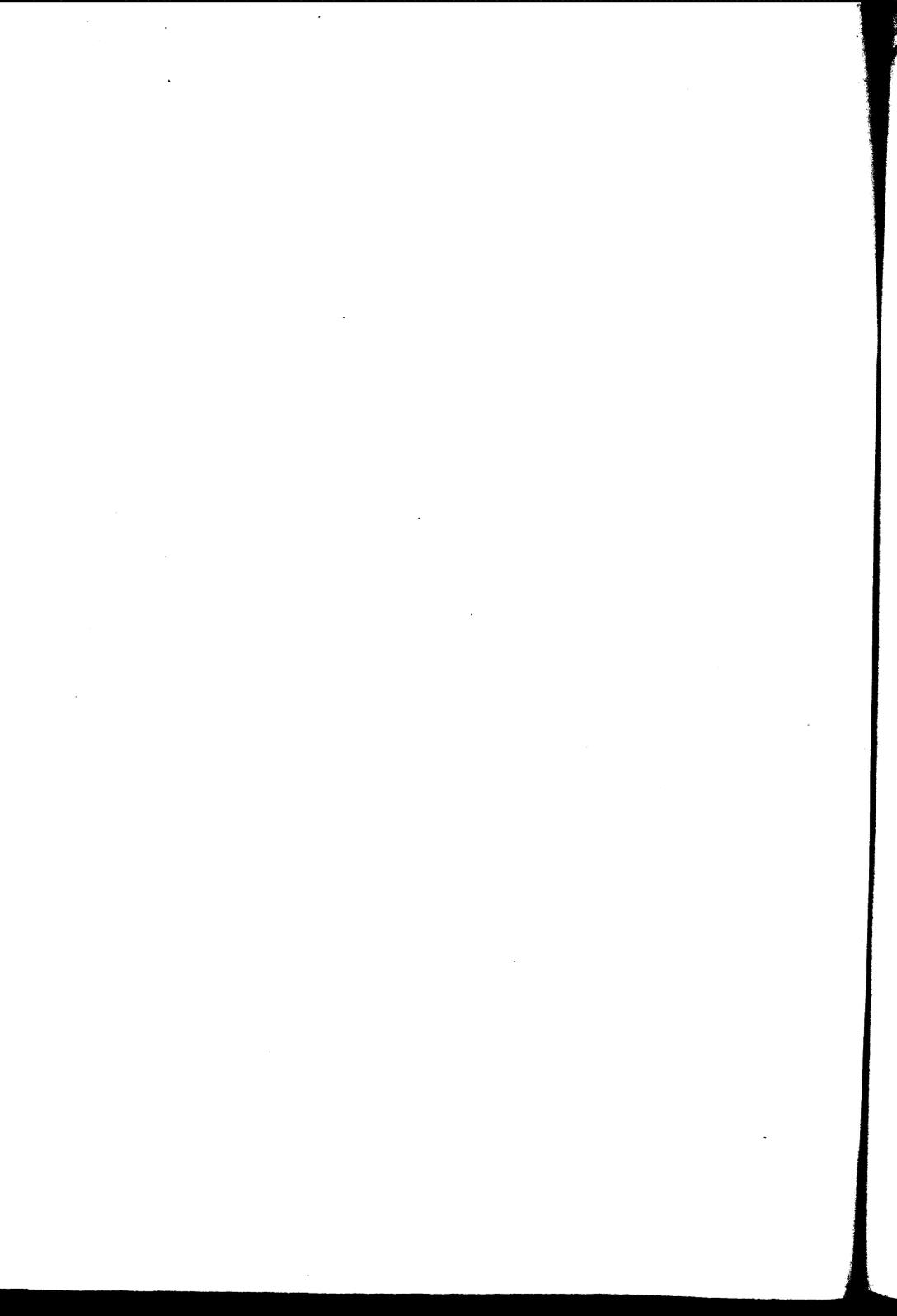
En la región del istmo el epitelio cilíndrico del cuello se continúa con el de cuerpo del cual difiere completamente al aproximarse al epitelio vaginal; disminuye de altura, se dispone en varias capas y pierde sus cilias. El límite de separación entre el epitelio ciliado y el pavimentoso estratificado está representado por una línea irregular, poco aparente, la cual remonta más ó menos alto según que se trate de nulíparas ó múltiparas; en las primeras se le encuentra al nivel del orificio útero-vaginal y en las segundas puede remontarse hasta la parte media de la cavidad cervical.

El corión mucoso es menos rico en elementos celulares que en la mucosa de cuerpo, pero más rico en cambio en elementos fibrilares, asemejándose por consiguiente al tipo de tejido conjuntivo adulto; además tiene en su trama algunas fibras elásticas y presenta en su mitad inferior numerosas papilas, caracteres que como se sabe faltan en la mucosa de cuerpo.

Las glándulas del cuello son muy numerosas; existen sobre toda la altura de la cavidad cervical, siendo más escasa y pequeñas en la proximidad del orificio útero-vaginal. La forma es de las más variadas, unas son simples depresiones de la mucosa, llamadas criptas, otras verdaderas glándulas en tubo, otras tienen el tipo perfecto de las glándulas en racimo; pero cualquiera que sea su forma, las

glándulas del cuello presentan todas las mismas estructuras; se componen de una membrana vítrea tapizada interiormente por una hilera única de células caliciformes.

Estas células segregan un líquido espeso, transparente, gelatiniforme, muy viscoso, que lo hace distinguir de las secreciones vaginales y de cuerpo; es típico,



## CAPITULO IV

### ANATOMIA É HISTOLOGIA PATOLÓGICA

En general, las metritis que sobrevienen por infecciones puerperales, tienen por resultado un notable aumento de volumen del cuerpo del útero; no así en la mayor parte de las metritis crónicas de otro orden, en que la lesión principal é hipertrofiante asienta en el cuello uterino, encontrándose éste aumentado en su diámetro antero-posterior y transversal, aunque acompañado del aumento de las dimensiones del cuerpo, pero en grado mucho menor que el anterior.

Las cervicitis crónicas de las nulíparas van acompañadas de un aumento más ó menos considerable de la cavidad cervical, según Brouilly, debido al acúmulo de secreción, afectando la forma, en tales

casos, de un barril, pero según otros autores, es su forma fisiológica y normal.

En las nulíparas el aspecto exterior del hocico de tencas poco varía; sin embargo, se nota un pequeño rodete rojizo debido á la tumefacción de la mucosa del orificio. En las múltiparas, el cuadro varía: los dos labios del cuello se separan y la mucosa espesa, roja, hace prominencia hacia afuera del orificio, sobre todo cuando las múltiples desgarraduras exageran la separación de los labios, produciendo la eversión de los mismos y la hernia de la mucosa.

En estos y otros casos se observan con mucha frecuencia que el cuello uterino está sembrado de pequeños quistecitos mucosos ó mucopurulentos, cuyo origen es la obliteración de las glándulas: si se practica una incisión sobre todo el largo del útero y cuello, se nota que sus cavidades están agrandadas, y su mucosa, en lugar de ser blanquecina y consistente como al estado normal, es desigual, tumefacta, rojiza y sembrada de puntos hemorrágicos: su consistencia es blanda y fácilmente desgarrable. La mucosa presenta un espesor que puede llegar á 4 ó 6 veces mayor que la normal; el tejido muscular subyacente está fuertemente congestionado, llegando esta vascularización exagerada, en ciertos casos, hasta la capa subperitoneal.

Al nivel del cuello se notan pequeñas saliencias irregulares en la superficie de la mucosa, muy vas-

cularizadas, ya aisladas, ya agrupadas, algunas flotando en su superficie, dando lugar más adelante á la formación de pequeños pólipos.

En las cervicitis crónicas blenorragicas, la tumefacción del parénquima y su vascularización es menos pronunciada, la mucosa está menos roja, espesada, rugosa y bañada por un pus amarillo verdoso.

En las mujeres de edad avanzada, el cuerpo y cuello uterino se atrofian, sus cavidades disminuyen de tamaño, y en ciertos casos el canal cervical se oblitera por completo, la mucosa se desprende con facilidad, quedando al descubierto la pared muscular dura, resistente, á menudo esclerosada. Contrasta este cuadro con otro diametralmente opuesto en que las dimensiones están aumentadas por hiperplasia conjuntiva.

En estos casos la superficie es lisa, regular y de una configuración normal; las proporciones de cuerpo y cuello no varían, aún cuando siempre se encuentren ambos aumentados de volumen.

Sus paredes son duras, resistentes y se distinguen al corte, aún sin ayuda del microscopio, unas fibras blanquocinas alrededor de los orificios vasculares que se prolongan entre los haces musculares.

Las lesiones histológicas del cuello presentan muy grande analogía con la del cuerpo, sin embargo, aquí

ya tiene su nota personal de la que hablaremos mas tarde.

Poco puede decirse de las alteraciones histológicas de las metritis en sus comienzos, en sus formas leves, por cuanto es hasta la época actual un capítulo muy oscuro y poco estudiado.

De modo que nos ocuparemos, dado el carácter de este trabajo, de las cervicitis crónicas.

Si examinamos al microscopio un corte de un útero enfermo: lo primero que se nota, aún con débil aumento, es el espesamiento de la mucosa y la deformación bien manifiesta de las glándulas.

La mucosa está engrosada en 5 ó 6 veces más que la normal. Se observa al mismo tiempo que el corión mucoso se ha desarrollado abundantemente, siendo más duras sus células, más unidas, insinuándose entre las glándulas y, estrechándolas, las deforma.

Los elementos de la mucosa proliferan muy activamente, pero asimétricamente por lo general: en unos casos el desenvolvimiento glandular se acentúa más, en cambio en otros, es el tejido intersticial el que prolifera más activamente.

Las glándulas se alargan, se hacen sinuosas en forma de tirabuzón, presentando de trecho en trecho abultamientos más ó menos marcados, penetrando profundamente en el parénquima uterino; esta disposición es característica de la lesión del cuello y

sus fondos de saco glandulares llegan hasta la superficie del hocico de tenca.

El parénquima uterino sufre modificaciones, aunque no tan acentuadas como en la mucosa, espesándose sobre todo donde se pone en contacto con esta.

Es frecuente encontrar congestiones bastante intensas del parénquima y de la mucosa, á la par que se notan cuerpos glandulares muy profundamente rodeadas de fibras musculares, guardando una distancia bastante considerable del borde mucoso. Los vasos están distendidos por glóbulos sanguíneos y de trecho en trecho se aperciben focos hemorrágicos en la mucosa.

Todo esto se observa con un aumento de 60 diámetros, pero con un lente mucho más poderoso podremos estudiar más íntimamente estos elementos y así observamos una activísima proliferación en la mucosa.

El epitelio cilíndrico de las glándulas como el de la mucosa está espesado, notándose una hipertrofia celular; algunas han perdido sus cilias vibrátiles, otras se descaman y caen, pero inmediatamente son reemplazadas.

Algunas de estas células tienen dos núcleos, y sobre estos pueden observarse las diversas fases carioquinéticas.

Obsérvanse en los espacios interglandulares las células del corión mucoso con una activísima proli-

feración, pertenecen estas al tipo embrionario; en ellas también se observan dos núcleos y á menudo las fases carioquinéticas.

Entre estos elementos se observan células cuyo protoplasma tiene una gran afinidad por las materias colorantes, en particular por la eosina.

Son los *plasmazellen* de los alemanes; el núcleo está generalmente próximo al borde de la célula.

Estos *plasmazellen*, según las teorías alemanas, tienen un papel preponderante en los procesos inflamatorios.

Se observa frecuentemente la formación de pequeños abscesos miliares constituidos por linfocitos, polinucleares, leucocitos degenerados y, en las metritis blenorragicas, aún gonococos.

En algunas metritis es tan activa la proliferación de los elementos epiteliales, que se forman nuevas glándulas y en gran abundancia constituyendo la forma glandular, estudiada por Wider, Pozzi y Rüge. Es de notar que el tejido intersticial, muy poca modificación ha sufrido y cuando la infiltración se acentúa y existe proliferación, ésta comprime las glándulas dándole el aspecto de un rosario.

En ciertos procesos inflamatorios se observa la invaginación de la glándula, dando al corte un aspecto muchas veces confundible con un epiteloma cilindrico.

Cuando el tejido intersticial prolifera exagerada-

mente al nivel del borde libre de la mucosa y en los espacios interglandulares, da lugar á la formación de unos brotes muy vasculares que constituirán más tarde la metritis bollosa en el cuerpo y los pólipos mucosos sesiles del cuello uterino, acompañando entonces á la proliferación intersticial algunas glándulas; este episodio es casi exclusivo del cuello, aún cuando se lo observa también en el cuerpo.

Al nivel del cuello es más frecuente observar las glándulas dispuestas en racimo y están más íntimamente unidas al parénquima fibro-muscular de lo que se observa en el cuerpo del útero.

En el cuello, á la inversa de lo que se ve en el cuerpo, hay más tejido fibroso que muscular.

Por la acción de los agentes microbianos, los elementos de la mucosa proliferan activamente.

Sus glándulas toman una longitud desproporcionada, penetrando sus fondos de saco en el tejido fibro-muscular de las paredes del cuello.

Numerosos elementos embrionarios infiltran el tejido intersticial, haciendo éste proeminencia entre los espacios que separan las glándulas, encontrándose ésta repleta de mucus filante, espeso, cristalino.

Las glándulas extranguladas, por la exagerada proliferación del tejido circunvecino se obliteran, y forman así los quistes que tan comúnmente se observan en las cervicitis. Cuando estas glándulas llegan hasta la superficie externa del cuello uterino,

sufriendo la obliteración ya expresada, forman los denominados *huevos de Naboth*, recubiertos por una capa de epitelio pavimentoso estratificado. Su volumen es variable, desde el tamaño de la cabeza de un alfiler, hasta el de un garbanzo, con un contenido límpido, muco-purulento, etc., según estén ó nó infectadas.

La cervicitis crónica tiene por resultado final la esclerosis del tejido intersticial, el aumento del número y volumen de las glándulas, la formación de quistes mucosos, la deformación del cuello y modificaciones en cuanto á consistencia.

---

## CAPITULO V

### LESIONES MACROSCÓPICAS Y VARIEDADES

Introducido el espéculum en la vagina, se presenta ante nuestra vista el cuello uterino, pudiendo observarse en cada caso una variedad distinta ó bien varias lesiones reunidas; esto último ocurre con frecuencia en las cervicitis de las multíparas y de larga data.

Las variedades de lesiones que más frecuentemente se observan, son los huevos de Naboth, las erosiones y ulceraciones, el ectropión del hocico de tenca, los pólipos mucosos y los desgarros del cuello.

No describiremos los huevos de Naboth, pues ellos han sido tratados anteriormente al hablar de las modificaciones sufridas por las glándulas.

Al examinar nuestra enferma, lo que primero nos llama la atención es una placa de un color rojo bastante intenso con el aspecto de ulceración. Su forma y extensión es muy variable. circunscribiéndose á un labio, á un borde, contornea el orificio ó bien se extiende á todo el hocico de tenca.

La superficie es ya lisa, ya sembrada de granulaciones amarillentas, como granitos de sémola, presentando un aspecto fungoso que sangra con extrema facilidad á un simple tacto, á una curación y aun espontáneamente.

Según estudios de Ruge, Doederlein y Eshole, histológicamente no puede considerarse como ulceración; este último autor, sin embargo, sostiene haber observado puntos de ulceración típica, es decir, sin revestimiento epitelial al nivel de las papilas: para Tischerdorf esto es excepcionalísimo.

Histológicamente, cuando las placas presentan una superficie lisa, constituyendo la erosión simple, otras veces hay una serie de ramificaciones y surcos constituyendo el tipo de erosión papilar; pero el hecho común es que la placa está formada por el dermis de la mucosa, revestido de una capa de epitelio cilíndrico é infiltrado de células migratrices.

Dos teorías hay que pretenden explicar la producción de estas placas, y son la teoría de la erosión y la del ectropión.

La primera es sostenida por Tail, quien dice, en

síntesis, que debido á la inflamación, las células superficiales del epitelio pavimentoso, se atrofian y caen, dejando solamente sobre el vértice de las papilas vegetantes una capa de células profundas muy vivaces, que se invaginan creando glándulas. Cornil no participa en un todo de esas creencias; para él no existe nueva formación de papilas y glándulas.

La teoría del ectropión admitida y sostenida por Roser, Tyler y Smith explica la producción de estas placas por la eversión de la mucosa intracervical hipertrofiada, y para Roser hay dos variedades de ectropión, una cicatricial, de origen traumático, debido á los desgarros del cuello, admitidos por todos, y la otra inflamatoria, negada y rechazada por algunos autores.

Esta teoría no explica lo que todos hemos visto.

Me refiero á las nulíparas que nunca han sufrido traumatismos del cuello y cuyo asiento de la placa está distante del orificio uterino y separado de éste por una franja de tejidos perfectamente sanos.

Fishel, en sus estudios al respecto, sostiene que en la niña virgen en algunos casos el epitelio cilíndrico y las glándulas se prolongan más lejos del orificio externo, pero esta disposición es transitoria, puesto que desaparece en la edad adulta; sin embargo, dice que en ciertos casos persiste.

Kloz ha observado, que en ciertas mujeres la más

insignificante inflamación es capaz de producir erosión, mientras en otras no se producen, á pesar de ser inflamaciones intensas. Lo primero vendría á confirmar la teoría de Fishel, y explicar, tal vez, la formación de estas placas rojizas distantes del hocico de tenca.

Las desgarraduras del cuello se encuentran frecuentemente en las metritis, desempeñando ellas un importante papel en la génesis y evolución de las inflamaciones uterinas.

Son generalmente de origen puerperal, aunque también son producidas quirúrgicamente en las dilataciones cervicales bruscas en los partos prolongados con fetos muy voluminosos, en las contracciones uterinas muy enérgicas con dilatación incompleta, en las versiones podálicas en las aplicaciones de forceps, en los abortos criminales, etc.

Las variedades de desgarrros son numerosas: unilaterales, bilaterales, anteriores, posteriores, estrelladas y tipos combinados, pero la más frecuente es la bilateral, siendo la más común la desgarradura de la comisura izquierda.

En las desgarraduras antiguas cicatrizadas se percibe al practicar el tacto una línea indurada, más ó menos extensa, pudiendo llegar hasta los fondos de saco laterales y aún más allá.

Estas lesiones evolucionan de una manera muy diferente. Pueden cicatrizar rápidamente ó bien la

desgarradura queda abierta y ulcerada, produciendo más tarde ectropión por eversión de los labios del cuello.

Algunas cicatrices producen la retracción de los tejidos y la compresión de las glándulas con su consecutiva degeneración cicatricial. Produce una tumefacción, que Emmet la llama clavija cicatricial, atribuyéndole como causa de neurosis y trastornos múltiples.

En las desgarraduras recientes, el peligro, aparte de la hemorragia consecutiva que puede ser desde leve hasta mortal, la infección se instala casi constantemente.

Más adelante hemos hecho mención de los pólipos mucosos del cuello uterino, que en resumen no son más que la hiperplasia local de la mucosa inflamada.

Estos pólipos son generalmente de escaso desarrollo y son propios del cuello; en el cuerpo uterino sólo por excepción se lo encuentra.

Pueden ser pediculados, con un pedículo de dimensiones variables y delgado; en ciertos casos el pólipo en sí se desarrolla en plena vagina, dada la longitud del pedículo.

Son de color rojizo, de superficie lisa ó granulosa, con revestimiento epitelial incompleto constituido por células cilíndricas, y en algunos casos pavimentosas.

Hay dos variedades: la *quística* y la *folicular*, según el desarrollo de glándulas, pudiendo en ciertos casos seguir un proceso de degeneración mixomatosa. Los vasos son muy desarrollados, al extremo de tomar el aspecto de angioma, según los casos publicados por Barnes.

En resumen y concretando, podremos decir que en todos los casos de cervicitis crónicas se produce la esclerosis del tejido intersticial, el aumento de volumen de las glándulas, su dilatación quística y la retracción del tejido conjuntivo esclerosado que da al cuello uterino ese aspecto tan clásico.

En cuanto á las desgarraduras, no presentan ninguna particularidad histológica, y los trastornos debido á la compresión de los nervios y glándulas, la retracción y eversión de sus labios están regidos por un proceso posterior debido á la infección.

Podemos decir con Richelot, que así como las metritis de cuerpo pueden curar espontáneamente, las metritis cervicales tienden á persistir indefinidamente, aun á costa de tratamiento adecuado, cuando éste no ha sido instituido desde sus comienzos.

## CAPITULO VI

### SINTOMAS

La sintomatología de las metritis, cualquiera que sea su patogenia, presenta más ó menos los mismos caracteres, confundiéndose éstos con los presentados, por la patología de los anexos y otras propias del útero, pero los síntomas de las cervicitis tienen más caracteres propios que ajenos, hasta que no se instale la cronicidad de esta afección propagándose al resto del útero, pues sabemos que muy difícilmente, por no decir nunca, nos encontramos en presencia de una cervicitis crónica, pura, sin propagación al cuerpo del útero, dado que las enfermas acuden, ya sea en el consultorio particular ó á las clínicas de los hospitales, cuando las molestias de esta afección, tan común, son tantas que llaman su

atención y ya en plena cronicidad; es por esto pues que las metritis de cuello, aguda, son más teóricas que prácticas, desgraciadamente, pues, cuantos padecimientos podría el médico evitar á millares de señoras si nos fuera posible asistirles en el primer paso, es decir en la cervicitis aguda.

La inervación y vascularización de los diversos órganos que forman el aparato genital de la mujer, emanan de una misma fuente y es por esto que la sintomatología puede ser local, constituyendo lo que Pozzi llama el «síndrome uterino» ó propagada á los otros órganos pélvianos y á mayor distancia aún.

Estudiaremos entonces los síntomas funcionales, los de vecindad, los trastornos reflejos á distancia y por último los signos físicos, pero en términos generales, su patología está sostenida por la triada de: dolor, leucorrea y trastornos menstruales.

Uno de los síntomas más molestos es el dolor, de intensidad variable, presentándose espontáneamente. Por lo común este dolor no es muy intenso, pero sí molesto, localizado en el hipogastrio y que las enfermas lo explican diciendo que sienten tironamiento de los riñones, que sienten una sensación de peso en la región perineal.

Ciertos actos, como los esfuerzos, marchas prolongadas, traspies, sacudidas bruscas y continuas al rodar de un vehículo en un mal pavimento, el tacto, coito, irrigaciones, palpación y en general

toda causa que provoque una movilidad del útero, producen dolores que varían con la intensidad de las metritis y la susceptibilidad de la enferma ó por viciaciones de posición como las ante flexiones y retroflexiones ó cuando la infección ha remontado hasta los anexos.

La leucorrea es un síntoma infaltable y molesto, especialmente para aquellas señoras muy escrupulosas en su tocado íntimo.

Esta secreción es característica, inconfundible, está constituida por gruesos grumos de mucus espeso, filante, opalino, algunas con algunas estrías sanguinolentas, otras veces ligeramente verdoso ó amarillento; ha sido comparado á la clara cruda del huevo (característica del flujo cervical no purulento).

Este aspecto y su reacción alcalina lo identifica del flujo vaginal y de las secreciones del cuerpo uterino que no son filantes, que no apergaminan el lienzo, son de reacción ácida, menos abundante y pegajosas y de color blanco opalescente.

Estas secreciones son expulsadas con intermitencia bajo la acción de un esfuerzo ó espontáneamente, llegan á la vulva manteniendo una humedad constante, muy desagradable, produciendo en ocasiones grandes oritemas que más tarde se pigmentan dejando una coloración parduzca en la cara

interna y superior del muslo; algunas veces se producen verdaderas escoriaciones.

En algunas enfermas es tan abundante esta pérdida de materia albuminoidea, que repercute sobre su estado general debilitándolas.

En otras se producen verdaderas crisis secretorias, acompañadas de dolor, especialmente en los casos de retro ó ante-flexión marcadas, debido á que se acumulan estas secreciones en el fondo del útero, en el caso que también esté afectado el cuerpo, provocando contracciones del músculo que provocan el dolor y la expulsión de enormes cantidades de secreciones glerosas espesas, gelatiniformes.

El tercero de los síntomas es la irregularidad de los fenómenos menstruales, este es el menos constante aunque sin embargo suele observarse un reagudamiento de los dolores en los días que preceden á la menstruación.

Otras veces el flujo menstrual hace una pausa, seguida luego de una violenta crisis con expulsión de membranas.

En algunas enfermas los flujos menstruales aumentan en cantidad y en duración ó bien tienen irregularidades en la aparición de las regias, intercalándose entre una y otra una pérdida sanguínea, que por lo general, desorienta á las enfermas para seguir sus cálculos de aparición.

Hemos dicho más adelante que esta afección tiene repercusión á distancia y en su vecindad.

Es así que muchas enfermas acusan un marcado tenosmo vesical, constipación, trastornos diversos del aparato digestivo, circulatorio y en particular sobre el sistema nervioso, haciendo de una mujer apacible y cariñosa en su hogar, una irascible neurótica.

Generalmente las cervicitis crónicas y aún más, las metritis de cuerpo, son apiréticas y cuando hay temperatura es indicio de una complicación de retención de pus ó aneural.

Los signos físicos quedan limitados al cuello en los primeros tiempos de la infección, pero más adelante el cuerpo uterino participa de ella y entonces la metritis puede ser apreciada aún en su propagación.

De modo, pues, que haremos una descripción de conjunto de la cervicitis y metritis, puesto que estudiamos la cervicitis crónica, que como hemos dicho más adelante, por lo general, está asociada á la metritis de cuerpo.

Si practicamos el examen ginecológico por la palpación abdominal y el tacto vaginal, se nota que el útero está agrandado, tumefacto, doloroso y especialmente si se le imprime movimientos de adelante atrás y laterales; cuando estos dolores son muy agudos debemos pensar que estamos en presencia de

una complicación de anexos y aún de posible reacción peritoneal.

Las alteraciones del cuello son bien pronunciadas, hay aumento de volumen en todo sentido, tomando el aspecto de un barril, debido á la estancación en la parte media del cuello de las secreciones glandulares.

En las múltiparas con metritis muy antiguas hay una marcada desproporción entre el cuerpo y el cuello, conservando aquel su aspecto más ó menos normal, mientras que este se hipertrofia y se ensancha en su parte inferior, tomando el aspecto de un corcho de Champagne.

Cuando los partos han producido desgarraduras en el cuello, los labios se separan, se evierten y dejan penetrar la pulpa del dedo explorador, permitiendo el paso de él en algunos casos, hasta una cierta profundidad.

El cuello presenta una consistencia blanda al principio; después sus paredes se engrosan y esclerosan.

No es raro observar los cuellos llamados *tapiroides*, que resultan de la marcada desigualdad en sus labios, haciéndose más saliente el labio anterior que el posterior, en uno ó dos centímetros.

Si practicamos el tacto notaremos una marcada sensibilidad en los fondos de saco, hecho que denota la existencia de una perimetritis.

Pero nuestro examen no termina aquí, es monos-

ter introducir el especulum para corroborar los datos suministrados por el tacto y recoger otros que este no puede apreciar y así, observaremos el aspecto del cuello, y su coloración.

En las nulíparas, á pesar de la distensión producida por el acúmulo de secreciones, el cuello conserva su forma normal, comparada á un cono implantado en el cuerpo uterino por su base, su orificio es puntiforme rodeado de una aureola roja, debido á la mucosa espesada, tumefacta, congestionada, dejando escapar el moco-pus característico.

No pasa así en las multiparas, pues es á la inversa, en lo que se refiere á la forma del cuello: su parte más ensanchada corresponde á la extremidad y no á la base; es el cono invertido. El orificio externo ha desaparecido para ser reemplazado por una hendidura, continuándose á los costados con las desgarraduras, tomando diversas formas geométricas, por cuyos labios entreabiertos siempre aparece la mucosa del cuello tumefacta, sangrante, y aun cuando falte el ectropión, el orificio está rodeado de un anillo rojizo de mucosa congestionada.

Por lo común, el cuello es de coloración violáceo, congestionado, aunque más pálido que la mucosa uterina, en cuyo fondo hacen contraste bien aparente los huevos de Naboth.

Esta coloración varía en las cervicitis muy antiguas, es menos rojo, casi simplemente rosado, lo

que forma un contraste brusco con el rojo subido de la mucosa interna del cuello.

Si se desea continuar el examen del cuello uterino, hay que recurrir á la dilatación del canal cervical ó bien á la endoscopia uterina, lo que es prácticamente innecesario.

---

## CAPITULO VII

### DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

El diagnóstico de la cervicitis es siempre fácil cuando se trata de su faz aguda; en cambio, cuando pasa á la cronicidad, que toma, por lo general, también el cuerpo uterino, este diagnóstico presenta en oportunidad, si no dificultad, por lo menos dudas.

Las metrorragias dan lugar con frecuencia á errores; son ellas manifestaciones tardías de las metritis, y además un síntoma inconstante de éstas, pero que en algunos casos completan y certifican el diagnóstico. El síntoma más importante y que debe tenerse en cuenta en primer término, es la leucorrea, con sus caracteres bien propios y que más

adelante hemos descripto; no debiendo confundirse con las secreciones vaginales simples, sin alteraciones del cuello y sin las irritaciones que produce estos flujos del cuello al nivel de los órganos genitales externos.

No es raro confundir una cervicitis acompañada de lesiones esclero-quísticas ulceradas, con el cáncer del cuello.

En ambos casos tenemos que éste está agrandado, irregular, con su superficie sangrante, cubierta de brotes, notándose á la palpación unas granulaciones, pero la diseminación de la lesión, su extensión y la irregularidad de consistencia habla en favor de la cervicitis. El cáncer, en cambio, presenta induraciones más regulares, continuas y homogéneas. Sin embargo, en las cervicitis que toman solamente una parte de un labio (forma nodular) en que la lesión es muy limitada, solamente la biopsia nos pondría á salvo de un error de diagnóstico, y por lo tanto, de su tratamiento y pronóstico, que como se comprende, cambia fundamentalmente en cada caso.

El embarazo reciente y la metritis total es otro de los casos que suelen poner en duda el diagnóstico, pues en ambos casos tenemos dolores y sensación de peso lombo-abdominal, pérdidas blancas, fenómenos reflejos de vejiga y recto y mal estar general, y más aumenta la duda si se trata de una

mujer que haya sufrido de irregularidades menstruales.

Es necesario, pues, hacer un minucioso interrogatorio, precisar el carácter y duración de las hemorragias, épocas de aparición y datos comparativos con los flujos menstruales normales.

Debe examinarse atentamente los órganos genitales externos é internos. En el curso de las metritis el aumento del útero no es tan pronunciado como en el embarazo, pues por lo general es el cuello el que se hipertrofia, mientras que en el embarazo sucede á la inversa, y la consistencia varía en uno y otro caso.

En el primero es más bien duro, resistente, uniforme, y por el contrario, en el segundo es blando, depresible, poco resistente.

Se tendrá en cuenta la pigmentación de los senos, la aureola del mamelón, los folículos de Montgomery, el calostro y la coloración violácea de los pequeños labios y mucosa vaginal, como en los demás síntomas subjetivos.

Es necesario cuidar de no confundir las simples erosiones del cuello con los chanceros.

El chanero blanco es redondeado, ulceración amarillenta, de bordes anfractuosos y desprendidos, dolorosos y de observación poco frecuente.

Los chanceros específicos son también raros, es

una erosión de color grisáceo é indoloro, de base indurada.

Pueden ser confundidas también con las ulceraciones tuberculosas que presentan una superficie irregular, amamelonada, de fondo rosa pálido, con base indurada, rodeada de puntuaciones amarillas. El diagnóstico diferencial será muy difícil hacerlo sin un examen histológico.

Establecido el diagnóstico debe buscarse y reconocer las lesiones secundarias que por lo general la acompañan; me refiero á los desgarros del cuello, erosiones, quistes glandulares, pólipos mucosos, desviaciones uterinas, y más aún, las complicaciones más serias y trascendentales: las oforo-salpingitis, de suma frecuencia y de excesiva importancia desde el punto de vista clínico-terapéutico, pelvi-peritonitis, celulitis, flebitis, etc.

---

El pronóstico de las cervicitis es más serio de lo que generalmente se piensa. Ella es la primer etapa de las afecciones de los órganos genitales internos, á la par que constituye una amenaza para la existencia, puesto que ella expone á las enfermas á las infecciones ascendentes: trompas, ovarios, tejido celular y peritoneo pelviano.

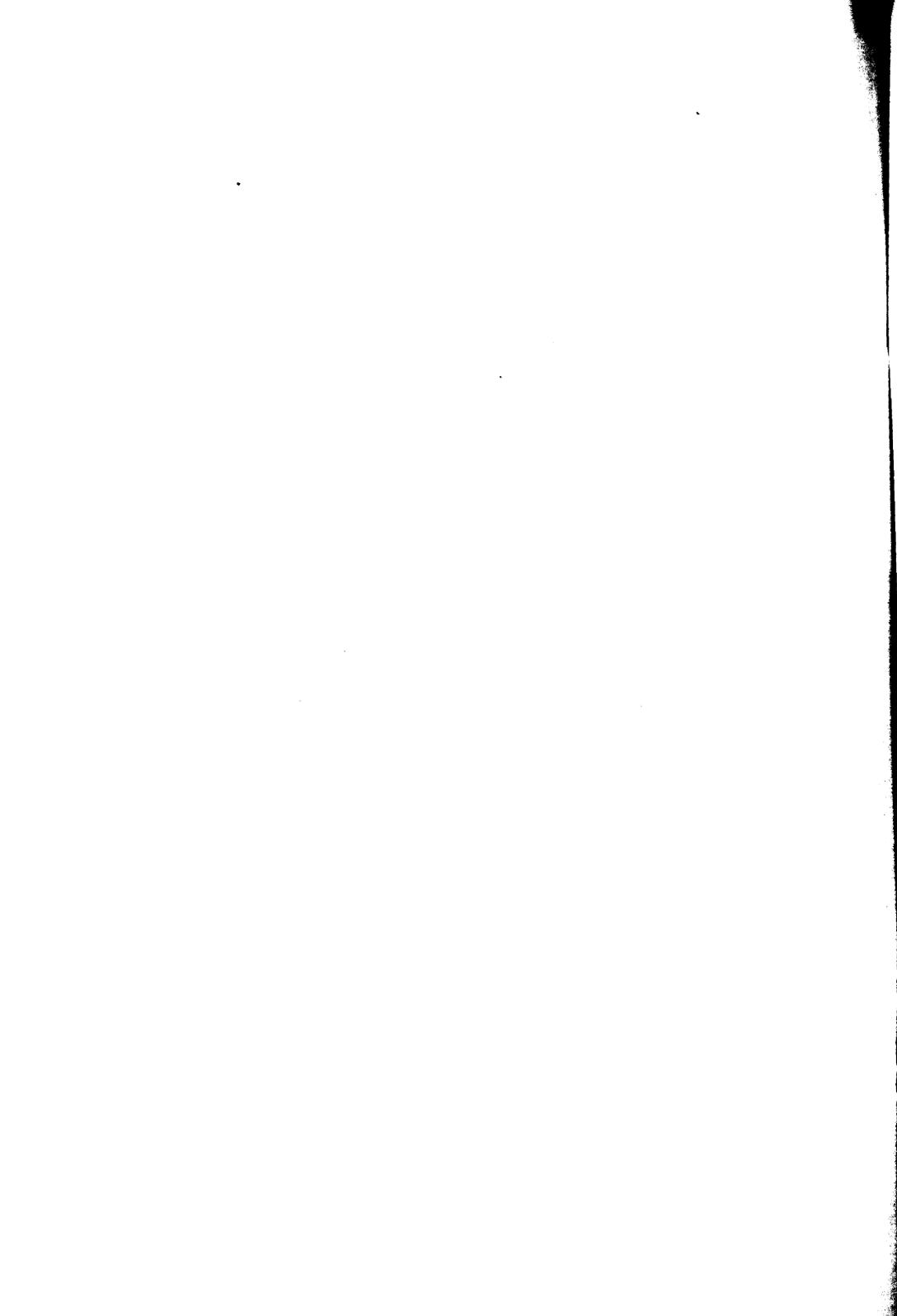
Aun en los primeros pasos, cuando solamente ha llegado al cuerpo del útero, transtorna seriamente

la salud en general, por su repercusión sobre el sistema nervioso, razón por la cual todo médico que se encuentre desorientado por síntomas que no encuadran en ninguna entidad clínica, debe practicar un serio examen ginecológico.

En este capítulo hago recordar á mis colegas ese fantasma que se agiganta día á día, constituyendo un verdadero problema social que en millares de casos pone su sello bautismal en el nuevo ser que viene al mundo: me refiero á las cervicitis blenorragicas.

Debemos, pues, combatirlos con tesón, evitando las conjuntivitis gonocóccicas de los recién nacidos, tan funestas, y las complicaciones, no menos temibles, para las madres.

---



## CAPITULO VIII

### TRATAMIENTO

La gran cantidad de medios terapéuticos utilizados en las metritis indica, de por sí, que se trata de una afección rebelde, cómo de tratamiento inseguro; ya sean estos basados en la fisiología, anatomía, etiopatogenia, etc. y en la química, física, farmacología y hasta el arte quirúrgico.

Toda metritis tiene como gran recurso terapéutico las irrigaciones calientes de los órganos genitales internos y los apósitos aplicados sobre el cuello uterino. Pero estos procedimientos solo darán resultado en las metritis incipientes, de poca intensidad, y tratadas muy en sus comienzos, pero será insuficiente en las cervicitis crónicas, tanto más rebeldes

cuanto más antiguas sean y cuanto mayores complicaciones tenga.

La indicación común á toda metritis, ya sea de cuerpo ó de cuello ó bien total, es el reposo corporal y genital especialmente y muy especialmente en los casos que van acompañadas de complicaciones agudas; en los casos crónicos, con inflamaciones ligeras y sin reacción dolorosa, este reposo puede ser relativo, para hacerlo más severo en los períodos menstruales.

En las mujeres de temperamento nervioso y cuando la metritis no es muy intensa, debe evitarse el reposo absoluto, especialmente genital, máxime si la abstención llega á provocar en ellas la agravación de los fenómenos nerviosos ya existentes.

Simpson y Touseau preconizaban las inyecciones vaginales calientes y antisépticas, por creerlas ventajosas en todas las metritis, práctica que en nuestros días está muy en boga.

Estas inyecciones deben ser lo más caliente posible, á 45° más ó menos, según la sensibilidad de cada enferma y practicadas de dos á tres veces diarias, aumentando el número según los casos.

Deben darse en decúbito dorsal, lentas, suaves, sin que se produzca un chorro de ducha; una corriente que constituya un baño local de renovación continua.

El irrigador debe estar colocado de 60 á 70 centímetros, más ó menos del plano del lecho.

Los líquidos empleados serán antisépticos y á elección del médico tratante, puesto que es crecido el número de los que se emplean con resultados más ó menos análogos.

Se ha preconizado el sublimado al 1 por 5.000, el cianurio de mercurio á igual dosis, el permanganato de potasio al 1 por 2.000, el oxicianuro de mercurio al 1 por 2.000, el timol al 1 por 5.000 y una buena porción de otros antisépticos «específicos», como el Lysoformo, Aniodol, Lysol y el Iodal al 1 por 1.000, muy preconizado por los autores franceses; pero lo esencial, cualquiera que sea el bactericida elegido, debe tener como condición esencial ser poderoso, sin ser tóxico ni irritante.

La enferma debe conservar la posición de decúbito dorsal, media hora más ó menos después de la irrigación. La cantidad del líquido será de dos litros, por lo general.

Como coadyuvante accesorio, hay que combatir la constipación que generalmente acompaña á esta afección. Esto se conseguirá con un régimen alimenticio á base de legumbres verdes, sopas de verdura, pan de centeno, compotas de ciruelas y orejones, etc. y el empleo de laxantes suaves, no irritantes, como la magnesia, polvos de regalis compuestos, pastillas Chatel-Guyón y otra cantidad de estos pro-

ductos terapéuticos que se expenden en forma de específicos. Están indicadas, también, las enemas calientes glicerizadas ó con aceite de olivas, sin llegar al abuso, por cuanto son susceptibles de producir rectitis.

En mi escasa experiencia personal he usado con buen éxito la fórmula siguiente: Rp. Aceite ricino Erba 250 grs., tintura de beleño y tintura de belladona ãã 3 grs. á dar una cucharada grande por la noche ó bien por la mañana durante una temporada variable, según los casos.

En los periodos agudos en que los dolores son tan intensos como molestos, se recurrirá á los enemas laudanzados, á las pociones bromuradas, en casos muy excepcionales á la morfina ó pantopón, siendo muy parco en la administración de estos opiáceos por la marcadísima tendencia de estas enfermas á la morfinomanía.

En nuestra práctica hemos usado con excelente resultado el láudano de Sydenham administrado en xv á xx gotas para una sola toma, en una pequeña cantidad de agua ó bien sobre un terroncito de azúcar y la aplicación de una bolsita de hielo sobre el vientre.

A este respecto hago notar que algunas enfermas encuentran más alivio con la aplicación de compresas calientes, que con el hielo y otras á la inversa;

por lo general en la faz aguda dá mejores resultados el hielo.

A esta terapéutica indicada, puede asociarse los baños calientes de pié, las emisiones sanguíneas actuando directamente sobre el cuello por escarificadores, de los que existen varios modelos, con aplicación de sanguijuelas, aunque este procedimiento ya es anticuado y todo otro medio que descongestione localmente.

En las metritis blenorragicas se ha usado con un relativo éxito las inyecciones intrauterinas calientes, á las que se le agregan uno de los tantos desinfectantes ya nombrados.

El uso de fajas hipogástricas ha sido preconizado por algunos autores, porque inmoviliza el bajo vientre limitando los movimientos uterinos, especialmente en los casos de desviaciones de este órgano.

Esto es todo lo que se refiere á las formas agudas. En las metritis crónicas, ya sean cervicales ó totales, parenquimatosas ó mucosas, hemorrágicas ó catarrales, se agregan una cantidad de medios terapéuticos que podrían clasificarse en tratamientos intrauterinos, vaginales y operatorios, unidos á ellos el tratamiento general y el de cada complicación.

Como tratamiento vaginal tenemos en primer término las inyecciones antisépticas calientes, de las que ya nos hemos ocupado y que es común á todas las metritis.

Las curas llevadas directamente sobre el hocico de tenca, han sido severamente condenadas por algunos autores, quienes sostienen que es un atentado serio á la asepsia; pero no obstante esto, dichas curas se han usado desde tiempos muy remotos hasta la época actual, constituyendo el tratamiento de elección, cuando se trata de lesiones ligeras limitadas á la cavidad cervical ú hocico de tenca solamente.

Estas curas consisten en taponos de algodón hidrófilo colocados con ayuda del especulum, previa desinfección de la cavidad vaginal, en contacto directo con el cuello uterino, empapados estos en glicerina tigenolada al 20 ó 30 %, glicerina iodoformada al 10 %, resorcina al 10 %, solución ido-iodurada al 20 %, ácido láctico al 3 %, y otra cantidad de sustancias como el tanino, aristol, yodol, anol, dermatol, y la glicerina ictiolada al 10 ó 20 %, que según algunos tiene el inconveniente de producir cefaleas y anorexia debido á su mal olor; por mi parte nunca he comprobado tales efectos, más tratándose de enfermas de los servicios hospitalarios donde los productos medicamentosos no son de primera calidad.

Todas las sustancias enunciadas tienen más ó menos las mismas propiedades y se toleran de manera diferente por cada enferma.

Ellas modifican las secreciones del cuello, las le-

siones superficiales de la mucosa y descongestionan notablemente, debido al poder higroscópico de la glicerina.

Los taponamientos son inofensivos cuando se los practica con toda asepsia y se los deja solamente 24 horas en la cavidad vaginal, seguido luego de una irrigación caliente.

Estos tapones tienen la ventaja de mantener al útero, cuando no hay lesiones que lo fijen y lo hagan inamovible, en posición conveniente, obrando como pesario temporal.

Tal, en la retro-desviación móviles, donde llena dos objetos.

Se usa con mucha frecuencia los óvulos de glicerina solidificada, á la que se le incorpora cualquiera de las substancias enunciadas, ó combinadas con agentes calmantes, como la belladona, opio, cocaína, etc., constituyendo un buen recurso en las formas dolorosas.

Son de fácil manejo para las enfermas, quienes se lo colocan al acostarse, fundiéndose con el calor local durante la noche. Hay un preparado relativamente nuevo, llamado Tampol, que consiste en un óvulo al que va unido un tapón seco, de una lana especialmente elaborada que obtura la vagina impidiendo que el medicamento fluya por la vulva; su uso es cómodo, de una correcta presentación é higiene, pero tiene el inconveniente de ser algo caro.

Esta medicación trae una abundante secreción momentánea, fluidifica las secreciones glandulares; *es una sangría blanca*, como la llama Gallard (sangría serosa de transudación).

Los mismos productos que hemos asociado á la glicerina pueden usarse en forma de polvo, aplicados directamente sobre el hocico de tenca, seguido de un taponamiento seco con gasa ó algodón.

Ninguno de ellos tiene una acción específica sobre la lesión, y son usados con el entusiasmo que le acuerda, según el resultado que á cada observador le ha dado.

La técnica á seguir es indiferente; puede proyectarse con un insuflador, ó bien aplicarlo primeramente sobre el tapón que se pondrá en contacto con el cuello, seguido de otro tapón que evite la caída del primero.

Según Blondel, es conveniente antes de colocar estos tapones medicamentosos, hacer la expresión del cuello, aprisionando éste entre las valvas del especulum, con el objeto de vaciar en lo posible las glándulas, seguido luego de un lavado con soluciones alcalinas tibias para arrastrar las mucosidades. Nosotros consideramos innecesario, y á veces aun perjudicial, por cuanto siempre traumatiza el órgano, haciéndolo sangrar en los casos de erosiones extendidas, produciendo además crisis dolorosas cuando existen complicaciones anexiales, según obser-

vación recogida en nuestra práctica. Tiene, pues, sus contraindicaciones.

Las cauterizaciones sobre el hocico de tenca, cuando existen erosiones, son eficaces, siempre que sean ejecutadas con mesura.

Se emplea á este objeto los lápices de nitrato de plata, la tintura de iodo recientemente preparada, las soluciones de cloruro de zinc al 5 %, de nitrato de plata desde el 2 % al 10 %, usando las dosis débiles para las curas intracervicales, ácido nítrico muy diluído, glicerina creosotada, percloruro de hierro, etc.

Algunos autores rechazan las cauterizaciones que produzcan escaras y otros las aconsejan; como se comprende, esto depende de los resultados obtenidos en cada caso y de ahí los detractores y defensores.

Nosotros hemos usado un cáustico muy poderoso, en los cuellos muy voluminosos, congestionados, con erosiones, y hemos obtenido buenos resultados; nos referimos al cáustico de Filhos. Este cáustico produce una escara negruzca, poderosa, que cae á los 8 ó 10 días de la aplicación, dejando en su lugar una superficie rosada, no sangrante y bien cicatrizada, con una reducción notable del cuello.

Debe procederse con mucha prudencia en su empleo, pues de lo contrario se expondría á la enferma á serias complicaciones, pues, se refieren casos de

dejar caer involuntariamente un trozo del cáustico en la vagina produciendo una perforación que comunicaba con el recto y en una enferma á la cual se trataba por este procedimiento hubo que practicarle una discisión del cuello para extraer un trozo quedado en la cavidad uterina, según relato del médico tratante, razón por la cual y temerosos de este accidente hemos ideado, por consejo del doctor Bottaro, un porta-cáustico fenestrado, semejante á los usados para estos efectos.

Hay algunas opiniones contrarias al empleo del cáustico de Filhos, porque sostienen que las cicatrices del cuello traen una pérdida de la elasticidad en el trabajo de dilatación en los partos sucesivos.

Cuando se practiquen aplicaciones en el canal cervical, debe colocarse una mecha de gasa para evitar la soldadura del orificio, accidente posible

Las aplicaciones deben repetirse cuantas veces sean necesarias, seguidas del uso de los óvulos ó tapones con Tigenol.

Debe aconsejarse el reposo, por los dolores lumbares consecutivos á la aplicación.

La técnica etc., etc., cada 8 ó 15 días, gasa pericervical, etc.

La *columnización* de la vagina es otro procedimiento empleado y preconizado por Bozeman y Tallafferro en 1878.

Consiste en practicar una rigurosa asepsia de la

vagina y cuello, y colocar una venda de gasa impregnada de glicerina tigenolada, en el fondo de saco arrollándola alrededor del cuello uterino, de modo de llenar completamente la cavidad vaginal.

Esto debe hacerse, como es natural, con la ayuda del especulum y la pinza larga de curaciones. Esta gasa puede dejarse dos ó tres días y actúa inmovilizando el útero y los anexos permitiendo á las enfermas continuar su vida habitual sin ninguna molestia.

La columnización está contraindicada en los casos de anexitis aguda ó sub-aguda, debido á que la presión que se ejecuta al hacer esta cura en los fondos de saco laterales provoca dolores intensos.

En algunos casos los dolores son sentidos después de colccado, en cuyo caso se retirará el apósito.

Se ha usado también, en los cuellos ulcerados con esclerosis hipertrófica, el termo-cauterio y el gálvano-cauterio, produciendo escaras superficiales ó profundas, según se emplee las agujas ó los botones de platino del aparato Paquelín.

El galvano-cauterio es más ventajoso por cuanto no impresiona á la enferma y permite una colocación más adecuada, especialmente si conjuntamente con la cervicitis tenemos un pólipo; entonces lo tomamos con un ansa, lo fijamos dejando pasar luego la corriente.

Vuelvo á repetir que es muy raro encontrar cer-

vicitis crónicas puras, de modo, pues, que debemos tratar concomitantemente la metritis de cuerpo, de lo contrario no aportaríamos á la enferma reales beneficios con nuestra intervención y á este fin pasaremos revista á los métodos usados completando así el tratamiento de la metritis de cuello.

Ante todo debe usarse el mismo tratamiento general ya descrito en la cervicitis, uniendo á él las inyecciones, instilaciones y curas intrauterinas.

Toda terapéutica en ese sentido, debe ser prece-dida para que sea eficaz, de la dilatación prévia del canal cervico-uterino, á fin de permitir el despliegue de la mucosa y el drenaje del útero, evitando así en parte las complicaciones de las trompas.

La dilatación puede hacerse con las bujías de Hegar, muy lentamente y de preferencia previa anestesia, según algunos autores, para evitar los síncope producidos por el dolor.

En nuestras enfermas nunca hemos empleado la anestesia y no hemos tenido nunca ese accidente, debido quizás á que la dilatación era hecha aumentando muy lentamente el número de la bujía.

Puede practicarse también con los tallos de laminaria. Estos se introducen en el orificio cervical, previa antisepsia, teniendo la precaución de colocarle un hilo en su extremidad que quedará fuera del útero y colocando un taponamiento vaginal para evitar que la laminaria sea expulsada. Este tallo *nunca*

*debe penetrar* hasta por dentro del orificio interno, porque puede quedar encastillado en plena cavidad uterina, lo que sería un trastorno.

- A las 24 horas se retira el taponamiento y el tallo para colocar otro más voluminoso en la misma forma que el anterior. Esto se repite hasta obtener una dilatación suficiente.

En casos de extrema urgencia puede emplearse el dilatador de Simps, á tres ramas. Estas dilataciones se practican más en las nulíparas que en las múltiparas, porque el orificio uterino está generalmente suficientemente dilatado para permitir el paso de sondas ó porta-algodones.

Dilatado el cuello, estamos en condiciones de practicar las inyecciones intrauterinas con las sondas á doble corriente de Tarnier, Collin, Segond, Budin, Doleris, Bozémann, etc.

Las soluciones empleadas son de permanganato de potasio desde 0.50 á 1 gramo por mil de agua destilada y esterilizada, ácido pícrico al 2 ‰, ácido ténico al 20 ‰, cloruro de zinc al 10 ‰, solución iodo-iodurada al 1 ‰, agua oxigenada al tercio y las soluciones como las de Lysoformo, Aniodol, etc. Estos lavajes serán practicados cada 48, 24 ó 12 horas según los casos.

Las instilaciones son practicadas con la jeringa de Braum. Ellas pueden ser de nitrato de plata al 2 ‰, ácido pícrico al 0.50 ‰, tintura de iodo pura.

El cloruro de zinc al 10 % que se preconiza lo preferimos al 5 % y aún más débiles.

Deben usarse con suma precaución.

Estas instilaciones son soportadas por las enfermas de manera diferente. Unas acusan un levísimo dolor y otras por el contrario son presas de cólicos uterinos violentísimos que obligan á recurrir á la morfina, fomentación caliente y enemas laudinizadas.

Las curas ó cauterizaciones intrauterinas se practican á la ayuda de porta-algodones y las sustancias terapéuticas empleadas son las mencionadas ó bien pueden hacerse con polvo de azul de metileno puro, aristol, dermatol, ó bien con bujías medicamentosas.

Nitot en 1897 presentó al Congreso de Moscou un trabajo recomendando con mucho entusiasmo las inyecciones de vapores de bromo y Sguenereff las de vapor de agua á 100° con la ayuda de aparatos especiales; por mi parte no las he usado con mis enfermas objeto de esta tesis, sin embargo según autores rusos y alemanes son eficaces.

Se han usado otros procedimientos como el *escobillonage* propuesto por Doléris y el taponamiento intrauterino por Fritsch en 1885, el drenaje por medio de tubos fenestrados de vidrio, plata, aluminio, caoutchouc, etc., y también con un haz de crin de

Florescia, seguido de un sistema contensivo á criterio del ginecólogo tratante.

Las aplicaciones de radium con el dispositivo ideado por Dominici parece haber dado buen resultado, aún cuando hasta el presente no es posible llegar á conclusiones muy prácticas dado que el número de experiencias al respecto, aún son escasas, pero sí, alentadoras.

Las aplicaciones son intrauterinas y vaginales, rodeadas de todas las precauciones propias del uso del radium y sus sales.

El barro radífero, usado en el servicio de la sala XII, parece modificar favorablemente las lesiones cervicales.

Estos son los tratamientos terapéuticos más comunes y usuales, pero hay casos en que fracasan todos ellos, y la lesión si no avanza, queda estacionada, y es entonces cuando debemos recurrir al tratamiento quirúrgico, ya sea en pleno cuerpo uterino ó en el cuello ó bien sobre los dos concomitantemente.

El tratamiento quirúrgico de la endometritis de cuerpo puede ser el curetaje, el cual debe practicarse en los casos que realmente proporcione un marcado beneficio á la paciente y cuya ejecución sea incontestable, como por ejemplo, en las endometritis hemorrágicas.

La corrección de la estenosis, el drenaje y la mo-

dificación de las desviaciones, son el complemento de estas curaciones en los casos rebeldes.

El tratamiento quirúrgico del cuello uterino consiste en su amputación parcial por los procedimientos de Schroeder, Simón Hegar y la traquelorrafia de Emmet.

La operación de Schroeder consiste en la amputación con un colgajo ó escisión de la mucosa. Es la operación de elección en las cervicitis crónicas con erosiones y ectropión.

Preparada la enferma según la regla general para toda intervención, se coloca á la paciente en la posición ginecológica y se la anestesia.

Se fija y se desciende el cuello con la pinza de dos ó cuatro dientes, y se incinden ambas comisuras hasta cierta altura.

El labio anterior se toma con una pinza, y hecho esto se incinde transversalmente la mucosa cervical, en su punto más elevado y se hace una incisión semicircular de la mucosa externa que circunscribe la membrana cervical, que se separa yendo al encuentro de la incisión transversal interna, resecaando de este modo una lámina mucosa á expensa de la capa muscular. El colgajo exterior formado se dobla hacia adentro y se sutura la extremidad de este colgajo á la mucosa interna con seda ó catgut.

El procedimiento de Simón Hegar, amputación bicónica, es aplicable á los cuellos muy hipertrofia-

dos, pero sin grandes lesiones de la mucosa cervical.

Colocada la enferma en la posición ginecológica, anestesiada y con la vagina abierta con las valvas, se toma el cuello con las pinzas á dientes y se lo hace descender; se incinden las comisuras con bisturí ó tijera hasta la inserción vaginal.

El labio anterior es incindido oblicuamente de la mucosa á la profundidad y de abajo hacia arriba; en la cara anterior se practica una incisión análoga que se une con la precedente circunscribiendo así en cono con vértice superior y base inferior, el cual es extirpado.

Las colgajos se reúnen con suturas de seda ó catgut.

En el labio posterior se procede en igual forma, y las comisuras se reúnen por uno ó dos puntos separados.

Se taponan con gasa que se renueva cada dos días. Los puntos de sutura exportables se retiran del sexto al séptimo día.

La operación de Emmet, ó sea la traquelografía, está reservada para los casos de desgarros unilaterales del cuello.

Puesta la enferma en posición, abierta la vagina con las valvas, se toma el cuello con las pinzas y se lo descende colocando una pinza en el labio anterior y otra en el posterior.

Se disecciona todo el reborde del desgarramiento, cuidando de penetrar profundamente para extirpar por completo toda la *clavija cicatricial*.

Luego se hace una serie de suturas á puntos separados, que se colocan por debajo de las superficies cruentas de cada labio del cuello, que se habrá tenido la precaución de tallarlo con simetría para asegurar una coaptación perfecta y se cierra la herida conservando el orificio uterino; se taponan, cambiando este apósito cada dos días. En los casos de desgarradura bilateral es preferible la amputación del cuello.

La amputación del cuello conviene tal vez hacerla preceder del curetaje del útero, determinando así la supresión de toda la mucosa infectada y profundamente alterada y favoreciendo la regresión del órgano.

Se ha imputado á todas estas intervenciones trastornos posteriores en los embarazos y partos, imputación que ha sido rebatida, sosteniendo que dichas operaciones estaban exentas de peligro cuando eran practicadas con buena técnica y curaban por primera intención.

En ciertos casos estos procedimientos operatorios fallan, como los tratamientos médicos, obligando á recurrir en casos extremos, y felizmente muy poco frecuentes á la histerectomía.

---

## CONCLUSIONES

Podemos decir que en la larga serie de enfermas curadas por nosotros, hemos empleado todos los medicamentos conocidos para tratar esta afección bajo forma de aplicaciones locales.

Nuestras preferencias al principio y en las lesiones erosivas de cuello, fueron las soluciones de nitrato de plata al 2 y 5 %.

Las ventajas obtenidas con el coadyuvante de la asepsia cuidadosa de la región han sido francas, pero lentas, y muchas veces insuficiente para conjurar los síntomas de una manera absoluta y satisfactoria.

Hemos empleado también el nitrato de plata en barra, recomendable en las ligeras erosiones, aunque es método largo é inseguro.

La glicerina creosotada al 2 % y soluciones iodoalcohólicas combinadas con el tapón glicero-tigeno-

lado ó ictiolado, nos han dado mejorías, pero casi nunca un resultado rápido y categórico.

El cáustico de Filhos, en aplicaciones moderadas y prudentes sobre la placa erosiva, zona de descamación, ha obtenido siempre y en poco tiempo, cicatrices superficiales, determinando la curación de la lesión que motivara los trastornos, molestias y secreciones.

El cáustico de Filhos nos ha dado siempre resultado práctico y ha evitado la intervención quirúrgica á muchas enfermas atacadas de cervicitis crónica hipertrófica.

La aplicación hecha prudentemente, previo aislamiento del cuello de sus relaciones vaginales, para evitar caída del líquido cáustico, han reducido el espesor del cuello con destrucción de su mucosa, y por ende de la secreción característica de la cervicitis.

Según la intensidad de la lesión y la intensidad de la aplicación cáustica, hemos repetido en las enfermas la cauterización cada 15 ó 20 días, necesitando muy pocas aplicaciones para conseguir el éxito buscado.

De las aplicaciones de Radium, diremos que nuestra experiencia es pobre, solo fundaré sus ponderaciones en los éxitos que conocemos obtenidos por mi Jefe de Clínica, el profesor Bottaro, en algún caso

tratado á muy débiles dosis, repetidas y de poca duración.

Lo propio podríamos afirmar, aunque con muy poca experiencia, respecto á la acción del barro radífero, aplicado en forma de pasta sobre la zona erosiva.

El tratamiento quirúrgico se impone en las cervicitis de las nulíparas á cuello cónico y estrecho, siempre que los tópicos y las dilataciones lentas y progresivas ó la dilatación con laminaria, no hayan conseguido reducir los fenómenos propios de la lesión y la dismenorrea obstructiva concomitante.

Entonces cuadra aplicar la estomatoplastia del Profesor Pozzi ó del Profesor Bazterrica.

Lo propio, es aplicable á ciertos cuellos gruesos, irreductibles por los medios indicados anteriormente.

Ya hemos preconizado los diferentes procedimientos aplicables cada uno de ellos, en cada caso particular según el tipo de lesión.

FERNANDO POPOLIZIO





Buenos Aires, Septiembre 12 de 1916

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

E. BAZTERRICA

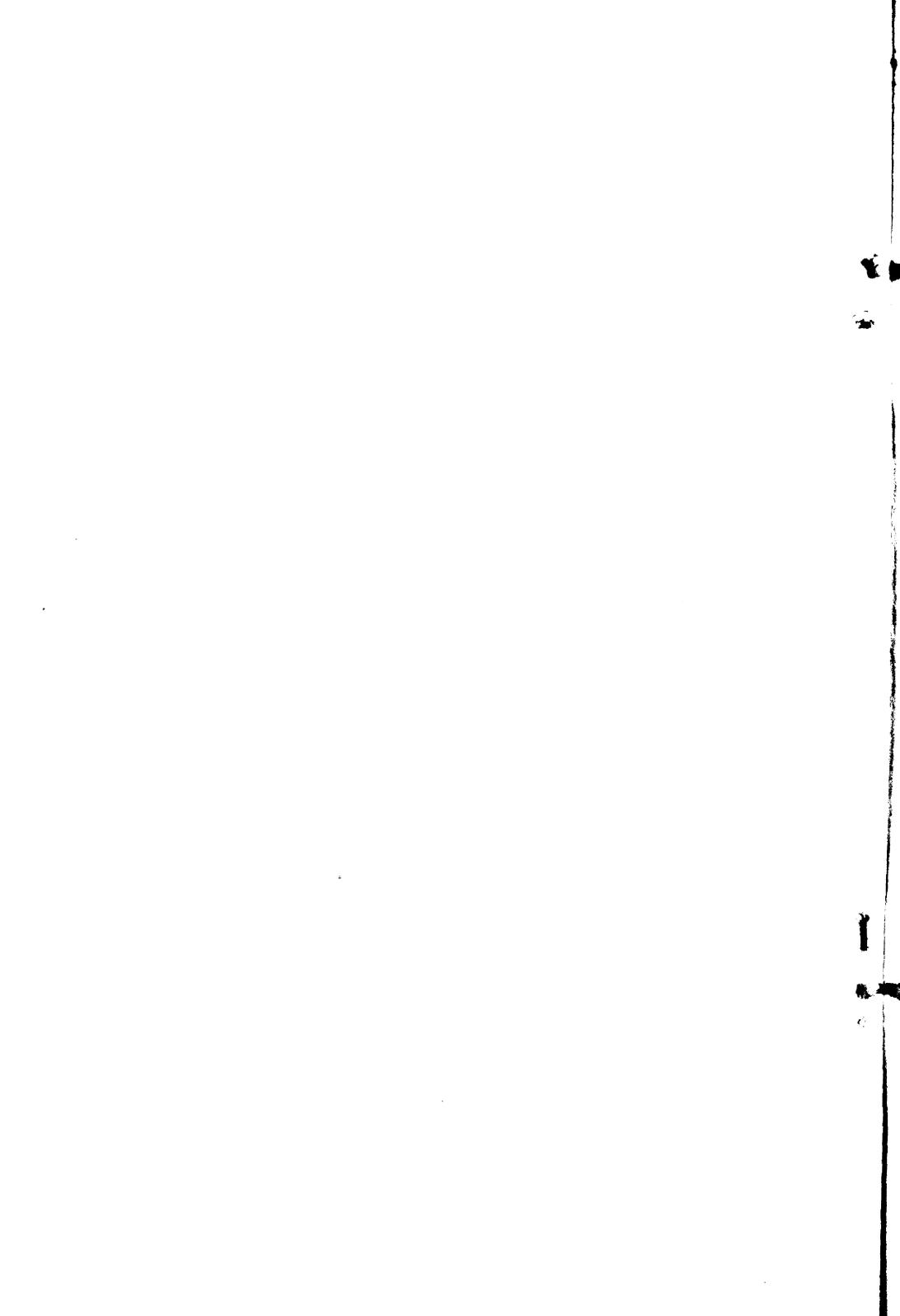
*J. A. Gabastou*  
Secretario

Buenos Aires, Septiembre 20 de 1916

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3189 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

*J. A. Gabastou*  
Secretario



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

Indicaciones del cáustico de Filhos.

*José E. Molinari.*

### II

Escarificaciones del cuello uterino, sus ventajas, inconvenientes y resultados.

*Ricardo S. Gómez.*

### III

El masaje en las metritis crónicas.

*Jaime Salvador.*



