

La tuberculosis genital con ó sin peritonitis, bastante frecuente en la segunda infancia, produce un tipo bien definido de atrofia del útero con amenorrea absoluta. La misma tuberculosis genital, después de la pubertad, produce frecuentemente aplasia ó atrofia uterina, que en este caso aparece como adquirida, así como en el primero figura á menudo con el epígrafe de congénita. El efecto atrofiante de la tuberculosis genital sobre el útero es á menudo muy manifiesto.

La aparición de la menstruación suele ser tardía é irregular, ofreciendo con frecuencia largos períodos amenorreicos. No siempre existe esterilidad, aunque la fecundación suele tardar en realizarse, algunas veces años después del matrimonio. Después de un parto, por lo común se corrige la atrofia, quedando un útero normal, lo que se comprende, dados los cambios que sufre durante el embarazo el aparato genital. Los procesos hipertróficos que caracterizan el período de desarrollo del huevo, son completamente opuestos á lo que caracteriza la esencia de la dolencia.

En la atrofia adquirida depende todo del grado alcanzado. En tanto el útero no se reduce hasta cinco centímetros, no es del todo rara la reintegración del órgano y el restablecimiento de sus funciones, pero cuando alcanza dicha reducción, es tan incurable como el útero infantil.

En todo caso, el pronóstico no es tan desfavorable como para las formas anteriores, y el diagnóstico se hace mediante la exploración local y con el auxilio del tacto y del histerómetro, no ofreciendo por lo común dificultades.

El empleo del histerómetro para el diagnóstico de las atrofias del útero es indispensable y el único medio seguro para calificar el grado alcanzado. Recuérdese, sin embargo, que á veces es muy difícil su introducción, y como ciertas atrofias comportan un pronóstico de incurabilidad absoluta, hay que proceder con gran cautela antes de aceptar como definitivamente buena y completa una histerometría. Tengo por costumbre no dar como definitivo el resultado sino después de haber ensayado dos veces el cateterismo del útero con una ó dos semanas de intervalo.

Las atrofias del útero pueden dar lugar á distintas indicaciones, según los fenómenos que determinan. Algunas de ellas no ocasionan molestia ninguna, y no necesitan, por tanto, tratamiento más que en el caso de que puedan obtenerse resultados curativos. Cuando la atrofia del útero es menor de cinco centímetros, no es susceptible de tratamiento, por lo menos no he tenido ocasión de observar resultados favorables en ninguno de los muchos casos que he tratado. Si el útero alcanza cinco ó más centímetros, entonces debe ensayarse un tratamiento local y general que algunas veces surte efecto.

Cuanto más próximo esté de la pubertad, más fácilmente se obtendrán resultados positivos, y si se trata de una atrofia adquirida ocurre lo mismo, ó sea que los resultados obtenidos son tanto más seguros cuanto más próximo esté su comienzo. De aquí la necesidad de someter á un reconocimiento á toda joven que alcanza diez y siete ó diez y ocho años sin establecerse el período menstrual, y sin que se noten en su organismo enfermedades ó estados que justifiquen tal anomalía, y la verdad es que, con relativa frecuencia, se descubre una falta de desarrollo del útero que lo explica todo.

El tratamiento general debe ser tónico y estimulante, pero dando gran

importancia á las medidas higiénicas, entre las que ocupa un primer lugar grandes paseos al aire libre, que algunos substituyen por la gimnasia ginecológica y aun por el masaje. Los preparados farmacológicos, calificados de emenagogos, y las aguas ferruginosas están perfectamente indicadas.

El tratamiento general, por sí solo, produce pocos resultados si no se acompaña de medios locales excitantes, entre los que figuran las inyecciones vaginales calientes, la aplicación frecuente y por pocas horas de tallos de laminaria, los pesarios intra-uterinos y las aplicaciones eléctricas.

Los pesarios intra-uterinos ejercen indudablemente un gran estímulo: no es preciso, no obstante, emplear sistemáticamente el de Sims, de cobre y zinc, pues su acción, debida al estímulo mecánico que produce como cuerpo extraño, se obtiene asimismo con el de Lefour, el de Petit, el que más adelante describiré, y tantos otros como se han recomendado; sin embargo, todos tienen el inconveniente que pueden producir ciertas lesiones, facilitando el acceso á la cavidad del útero de los microbios vaginales. Algunos, como Doleris y otros, substituyen los tallos intra-uterinos por taponamientos repetidos, con lo que obligan al útero á una verdadera gimnasia.

Ninguno de estos medios me ha parecido tan eficaz como las corrientes eléctricas. Algunos autores preconizan las corrientes farádicas; pero yo he conseguido mejores resultados con la galvánica aplicada en sesiones de cinco á ocho minutos con una intensidad de 15 á 20 miliamperios, y aplicando el polo negativo en el útero. Indudablemente, con una sesión cada dos ó tres días, se logran mejores efectos excitantes sobre el aparato genital que con ningún otro medio. Varias veces he obtenido el establecimiento de la función menstrual en úteros infantiles y pubescentes ó en super-involuciones que no medían menos de cinco centímetros; los resultados obtenidos suelen ser bastante permanentes, pero en ocasiones hay que insistir en el tratamiento de vez en cuando para lograr la continuación de los efectos obtenidos.

Cuando la atrofia del útero, como ocurre en el útero rudimentario y en el fetal, es absolutamente incurable y se presentan fenómenos dolorosos intensos, que algunas veces tienen la periodicidad del período catamenial, indica que los ovarios están desarrollados, y si un tratamiento médico apropiado no logra calmar los sufrimientos, puede imponerse la castración, recurso al que han recurrido Martín, Schröder, Lawson-Tait y muchos otros; dos veces me he encontrado en tales circunstancias habiendo recurrido á la intervención y los resultados han sido siempre buenos. Generalmente se atribuyen estos fenómenos á síntomas de retención menstrual, y muchas veces se me han recomendado enfermas en este sentido; es un error de diagnóstico muy fácil de evitar, pues, como luego veremos, en la retención menstrual hay siempre tumor.

La *hemiatrofia del útero* se origina cuando la falta de desarrollo alcanza un solo conducto de Muller dejando indemne al otro, que se desarrolla totalmente, dando lugar al útero unicorne (fig. 54).

No es raro que el cuerno atrófico conserve comunicación con la vagina y presente, en el sitio correspondiente al fondo del útero, una pequeña cavidad que forma un verdadero cuerno rudimentario, por fuera del que se inserta el ligamento redondo.

El útero unicorne no produce síntoma ninguno, pues, por lo general, la va-

gina está bien desarrollada, la menstruación es regular y los fenómenos de la generación se realizan normalmente. Conviene, sin embargo, recordar esta anomalía, porque no es raro que en el cuerno rudimentario anide el huevo fecundado y se desarrolle en él un embarazo con todos los caracteres de un embarazo extra-uterino, con la sola diferencia de que llega más fácilmente á término que cuando el huevo anida en la trompa. Un caso he visto de embarazo en cuerno rudimentario que llegó á término sin rotura del saco; murió el feto y á los seis meses lo extraje por laparotomía; curada la enferma, con el medio útero ó cuerno izquierdo que le quedaba, tuvo tres partos consecutivos completamente normales, uno de ellos gemelar.

**Anomalías por falta de permeabilidad del conducto genital ó atresias uterinas.** — Ya he indicado antes (1) que las atresias del conducto genital



FIG. 54

*Útero unicorne.*

son verosíblemente, y conforme á la teoría de Nagel y de Veit, más que verdaderas anomalías congénitas ó vicios de desarrollo, enfermedades adquiridas durante la vida intra-uterina, en virtud de las que por un proceso adhesivo de naturaleza desconocida, obtúranse los conductos naturales ya formados ó en vías de formación. Así se comprende que las atresias uterinas puedan recaer en órganos por lo demás bien desarrollados, ó bien en órganos que tienen algún defecto de desarrollo; ora recae la atresia en el cuello de un útero normal ó en la parte alta de la vagina, ora en la mitad de un cuello doble correspondiente á un útero tabicado ó bicorne, bien en la parte alta de una media vagina correspondiente á un útero doble con vagina tabicada, originando la hematometra simple ó la hematometra lateral.

Es muy posible que el proceso que origina la atresia uterina ocurra en períodos distintos de la evolución genital, pero, en todo caso, ya bastante adelantado su desarrollo; es más fácil comprenderlo con la teoría de Nagel, que no aceptando un paro en un momento dado de la perforación de los conductos de Muller, en virtud del que dejarían de estar perforados en un islote ó istmo de los mismos, estando permeables por arriba y por abajo: en cambio, la obtura-

(1) Véase tomo I, pág. 354.





LÁMINA II



I. — Hematometra por obturación del cuello.



II. — Hematometra útero-vaginal por obturación de la parte alta de la vagina.



III. — Hematometra lateral.



IV. — Hematometra lateral útero-vaginal (Hemelitometra).



ción consecutiva es un fenómeno secundario, análogo al que tiene lugar en la vida adulta de la mujer á consecuencia de determinadas lesiones, como esfacelos por compresión durante el parto, y también ciertas neoplasias del cuello, ó bien por efecto de cáusticos enérgicos.

**HEMATOMETRA.**—La imperforación puede existir: al nivel del orificio interno del cuello ó bien al nivel del hocico de tenca: á veces es la parte alta de la vagina la obturada, y como existe poco conducto vaginal para la distensión, ésta alcanza también al útero; de aquí dos variedades de hematometra: simple, cuando la atresia reside en el cuello; útero-vaginal, cuando se encuentra en la parte alta de la vagina.

Existe un momento de la vida intrauterina, en el que si se produce un paro en el desarrollo de los órganos genitales, sobreviene en la pubertad una hematometra típica por imperforación del hocico de tenca. Las figuras 55 y 56 procedentes de un feto hembra al quinto mes de la gestación, demuestran cómo ya formada la cavidad del útero y de la vagina por la coalescencia de los conductos de Muller, persiste en el conducto cervical, inmediata al hocico de tenca, una porción no perforada todavía y que aísla ambas cavidades: si la coalescencia se detiene, la perforación no se realiza y la hematometra es inevitable. He visto algún caso con útero y vagina normales é imperforación absoluta del hocico de tenca: ¿fueron debidos á un paro en este período ó á una obturación posterior? La normalidad de las regiones vecinas inclina á lo primero.

Dadas estas imperforaciones, al llegar la pubertad se establece la menstruación y la sangre menstrual queda retenida en la cavidad del útero; á cada nueva menstruación se añade una nueva cantidad á las anteriores, y el órgano uterino se llena y distiende pudiendo alcanzar un volumen variable en forma de tumor, que asciende hacia el hipogastrio ( lám. II, 1). Si la atresia está situada en la parte alta de la vagina, toma parte en la formación del tumor por retención una pequeña porción vaginal, y entonces la cavi-



FIG. 55

Útero de un feto de 5 meses. (Corte sagital en la parte media.)

*P.A.*, pared anterior.—*F*, fondo del útero.—*C*, cavidad uterina recubierta de epitelio cilíndrico, que en algunos puntos forma subintraciones para formar las futuras glándulas *G*.—*P*, peritoneo que se relieja en la cara anterior y en la posterior en el sitio donde comienza el cuello.—*C'*, cuello uterino. En su parte inferior está todavía imperforado, observándose todavía en *E* el epitelio de los cordones de Müller, que falta reabsorberse para comunicar la cavidad uterina con la vaginal, ya formada en su parte media.

(Aumento 12 diámetros.)



dad está constituida por la vagina y por el útero distendidos (lám. II, II). Ya dije antes que las atresias vaginales bajas difícilmente desarrollan hematometra, pues el conducto vaginal puede sufrir una gran distensión.

Cuando la distensión uterina es muy grande, puede la colección sanguínea extenderse á las trompas y formar una hematosalpinx como complicación de la hematometra, con lo que hay que contar para el tratamiento. La colección de hematosalpinx no existe siempre, y cuando aparece suele ser bastante tardía en

su desarrollo y tan sólo en casos de hematometra antigua.

Los síntomas de la hematometra son muy característicos. Al llegar la pubertad la menstruación no aparece, pero los períodos menstruales se marcan por la aparición de cólicos uterinos que duran cuatro, seis ú ocho días, para reaparecer en el período siguiente y cada vez con mayor intensidad, llegando á ocasionar sufrimientos insoportables; más adelante los cólicos uterinos aparecen aún en los períodos intermenstruales.

A la exploración encontramos dos síntomas patognomónicos. Si la atresia está en la parte alta de la vagina ó en el hocico de tenca, el simple tacto revela la imperforación, y si está en el orificio interno, el histerómetro la descubre con

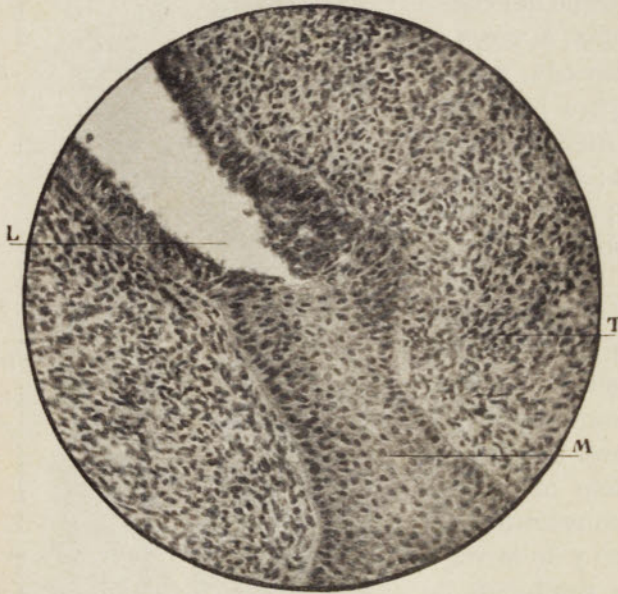


FIG. 56

Útero de un feto de 5 meses. (Porción aumentada de la figura 55)

Conducto cervical en vías de perforación por fusión de las células centrales de los cordones de Muller, ya fusionados entre sí.— *L.* límite inferior del conducto cervical, tapizado ya por células cilíndricas.— *M.* cordones de Muller: la capa epitelial más externa formará el epitelio del conducto cervical.— *T.* tejido conjuntivo y muscular no diferenciados todavía.

(Aumento 120 diámetros.)

seguridad. La palpación combinada, y cuando el tumor es algo grande á la simple exploración abdominal, revelan en el hipogastrio la existencia de un tumor redondeado, esférico y duro que no es más que el útero distendido; si existe hematosalpinx algo voluminoso, la exploración revela en los bordes del tumor la existencia de abolladuras propias del quiste hemático de la trompa.

Con esos dos síntomas y la historia de la enferma, el diagnóstico no ofrece dudas ni se presta á confusiones.

HEMATOMETRA LATERAL. — No es tan frecuente como la anterior, pero últimamente se han reunido bastantes casos. Gross, en su tesis (1), ha podido re-

(1) *Revue de Gyneco'ogíe et de Chirurgie abdominale*, 1901, pág. 256

unir 78 observaciones, y posteriormente ha publicado otros seis casos (1), que dan un total de 84, de los que dos le son personales. Es de notar que en estos casos figuran también los de hematocolpos lateral simple ó complicados con hematometra.

La imperforación en estos casos puede recaer en un orificio de un cuello doble perteneciente á un útero tabicado ó bicorne, originando la hematometra lateral simple, ó bien puede hallarse en la parte alta de una vagina tabicada inherente á un útero bicorne ó didelfo, ocasionando la hematometra lateral útero-vaginal ó *hemelitometra* de Bresiky. En los casos reunidos por Gross, hay 47 de hematometra lateral simple: los demás son complicados con hematocolpos, excepto cuatro que son de hematocolpos simple.

La historia de la enferma es, en estos casos, muy distinta de la anterior. La menstruación aparece en la época normal, pues la otra mitad del útero funciona regularmente: periodicidad, duración y cantidad de sangre derramada son completamente normales.

Desde las primeras reglas suelen aparecer fenómenos dismenorreicos, que se hacen cada vez más intensos, debidos á la distensión y cólicos del cuerno uterino óbturado.

La exploración arroja síntomas importantes, pero no siempre característicos. Si se trata de una hematometra lateral simple ( lám. II, III), el tacto y la exploración combinada y la palpación abdominal revelan la existencia de un tumor redondeado, duro, á veces fluctuante, que ocupa uno de los lados del útero y se extiende hacia la fosa ilíaca correspondiente, siendo asequible por el fondo de saco lateral; este tumor se descubre que es francamente quístico, y en su topografía y aspecto enteramente igual á los quistes del ovario intraligamentosos, según he podido observar en un caso típico que he tenido ocasión de tratar, ningún síntoma anatómico ni topográfico descubre la naturaleza del tumor, y si no es la historia de la enferma con sus crisis periódicas que despierta la sospecha, el diagnóstico suele quedar dudoso ó establecerse de tumor ovárico, sobre todo cuando el tumor es ya algo voluminoso, como ocurría en el caso antes mencionado.

Cuando se trata de hematometra lateral complicada con hematocolpos ó hemelitometra, por residir la atresia en la parte alta de una media vagina tabicada (si está en la parte baja merece figurar entre el hematocolpos lateral ya descrito (2), puesto que si hay hematometra ésta es poco importante), el diagnóstico es más fácil, porque á la exploración vaginal se encuentra un tumor vaginal lateralizado y alto, fluctuante, que á veces impide alcanzar el cuello del útero que existe del otro lado; esto, unido á la historia de la enferma, permiten establecer con facilidad el diagnóstico, puesto que los tumores ováricos intraligamentosos, que fácilmente se confunden con el caso anterior, no descienden tanto hacia la vagina ( lám. II, IV).

*Curso y complicaciones de las hematometras.*—El curso de la hematometra es progresivo; raras veces se abre camino la sangre retenida al través del cue-

(1) *Annales de Gynecologie et d'obstetrique*, 1904, pág. 23.

(2) Véase tomo I, pág. 362.

llo: este fenómeno ocurre, por lo general, en las atresias adquiridas en la edad adulta. Generalmente el tumor aumenta, pudiendo llegar á presentar el volumen de un embarazo de nueve meses, como he podido verlo en una joven de veintitrés años. Si no sobrevienen accidentes ó complicaciones, los sufrimientos continuados y los fenómenos de compresión del tumor acaban por desarrollar un estado caquético verdaderamente grave que puede conducir á la muerte.

También en su curso ofrece la hematometra lateral diferencias con la verdadera hematometra. Algo de lo que ocurre en el hematocolpos lateral, y que ya he indicado, ocurre en la hematometra lateral. El tabique de separación con la otra mitad del útero no presenta en todas partes el mismo grosor, y por el sitio más delgado suele verificarse una abertura espontánea con evacuación del contenido de retención; esta abertura suele fraguarse cerca del cuello del útero, próximo al hocico de tenca, si es hematometra lateral simple, ó bien hacia el fondo de saco si es hemelitometra; este accidente está expuesto á iguales complicaciones que el hematocolpos lateral (1), pues no evacuándose por lo común todo el contenido, se infecta fácilmente, y al obturarse nuevamente la abertura y reproducirse la retención, ésta se convierte fácilmente en piometra. Tal fenómeno ocurrió en una joven de veintiún años que hubo en la clínica oficial, y que presentaba un caso típico de hematocolpos lateral muy acentuado con hematometra bastante reducida. Este accidente, común en el curso de la hematometra lateral, es más bien un inconveniente que una ventaja, pues por sí solo raras veces conduce á una curación espontánea.

Otra de las complicaciones que pueden sobrevenir en el curso de la hematometra es el hematosalpinx: el útero se distiende, y llega un momento en que la sangre refluye hacia la trompa, fraguándose un hematosalpinx de uno ó ambos lados; parece, sin embargo, según algunas observaciones de Lawson-Tait, Spencer-Wells, Stratz y otros, que el origen principal del hematosalpinx reside en la exhalación catamenial, que tiene lugar por las paredes mismas de la trompa, que se acumula con tanta mayor facilidad en cuanto la retención uterina no permite la evacuación de la trompa. Esta complicación es bastante frecuente y tanto más fácil cuanto más alta se encuentra la ginatresia. Puech encontró 30 casos sobre 300 atresias vaginales y uterinas, y Gross 28 casos de hematosalpinx en 84 casos de atresias laterales.

El hematosalpinx es origen de un accidente gravísimo que puede ocurrir en el curso de una retención uterina, cual es la rotura del hematosalpinx; casi siempre es mortal, porque la sangre retenida en la trompa inflama el peritoneo, produciendo probablemente una peritonitis tóxica, ya que ella en sí carece de gérmenes. Field refiere nueve casos de rotura espontánea de las trompas hematoquísticas, y Gross seis, todas mortales. Por otra parte, debemos tener muy en cuenta esta complicación para el tratamiento de las retenciones uterinas.

El útero dilatado puede también romperse como en el caso antes citado de hematometra lateral: si la rotura tiene lugar hacia la vagina puede ocurrir una curación espontánea, aunque es más frecuente la infección de la cavidad; si la rotura se verifica hacia el peritoneo, es tan grave como la rotura de la trompa, fraguándose un hemocele peritoneal que suele ser origen de una peri-

(1) Véase tomo I, pág. 362.

tonitis gravísima; se citan también casos de rotura hacia la vejiga ó hacia el intestino.

Todo ello hace que el pronóstico de la hematometra sea muy grave, pues no sólo resulta habitualmente incurable abandonada á su curso espontáneo, sino frecuentemente mortal, sea directamente á consecuencia de una rotura interna, sea consecutivamente á una infección que sobreviene después de una rotura externa.

*Tratamiento de las hematometras.*—Es puramente quirúrgico, y hubo una época en que pudo discutirse su conveniencia, dada la inmensa gravedad que ofrecían estas intervenciones, hasta el punto que Dupuytren consideraba menos peligrosa la expectación que la intervención; los peligros de la intervención dependían, de una parte, de la facilidad con que sobrevenían infecciones rápidas y mortales, pues no existe terreno tan abonado para la infección como esa sangre espesa y siruposa, largo tiempo retenida, y de otra, de las frecuentes roturas de la trompa después de la operación. Fuld ha reunido una estadística de 65 ginatresias con hematosalpinx, de las que 48 terminaron con la muerte, y de ellas 39 después de la operación; al reducirse el útero después de la evacuación por las vías naturales, suele rasgarse la trompa en los cinco ó seis primeros días después de la intervención, originándose una peritonitis rápida ó lenta, pero casi siempre mortal; parece debida esta rotura de la trompa á cambios estáticos más que á otra causa, pues al sufrir tracción la trompa, si su abertura uterina está cerrada, fácilmente se rasgan sus paredes; pocas veces es por el pabellón que tiene lugar la irrupción peritoneal.

El peligro de la infección y de la rotura de la trompa deben, pues, guiar el tratamiento.

Para evitar la infección, no sólo debe procederse asépticamente, sino, además, asegurar un desagüe á la cavidad abierta, de modo que no continúe ó pueda reproducirse la retención. De ahí la conveniencia de adoptar una técnica adecuada: lo mejor es puncionar con el trócar la cavidad desde la vagina, luego, sirviendo de guía el trócar mismo, practicar con el bisturí una incisión grande de unos tres centímetros, si la obturación está en la parte alta de la vagina, y más pequeña, si al nivel del cuello, y luego suturar la mucosa de la vagina con la de la cavidad de retención con algunos puntos de catgut.

Si la obturación está en la parte alta de la vagina, debe procederse á la disección de sus paredes formando un trozo de vagina artificial, siguiendo las reglas indicadas anteriormente (1). También creo preferible en estos casos no practicar inmediatamente irrigaciones antisépticas, que considero peligrosas antes de la retracción de las paredes: creo que basta asegurar el desagüe en perfecta asepsia y no comenzar los lavados hasta tres ó cuatro días después, cuando ya se ha verificado la retracción. En cinco casos de hematometra en que así he procedido, sólo he tenido que lamentar un fracaso, debido á la rotura de la trompa, que estaba hematoquística; entre ellos figura uno de hematometra lateral.

El peligro de la rotura salpingiana es tan inminente y serio, que ha hecho

(1) Véase tomo I, pág. 423.

pensar en proceder distintamente contra la hematometra tratándola por medio de la laparotomía y extrayéndola como si se tratara de una neoplasia. Ciertamente que Amann, Thoru y otros han observado casos en los que la evacuación del útero fué seguida de la evacuación de las trompas, pero con ello no hay que contar, y la existencia de hematosalpinx debe modificar en un todo nuestra conducta. Bajo este punto de vista, pueden presentarse tres casos en la práctica:

- 1.º Hematometras en las que parece indudable que las trompas están sanas.
- 2.º Hematometras en las que la existencia de trompas quísticas es dudosa.
- 3.º Hematometras evidentemente complicadas con hematosalpinx.

Las del primer grupo, sean laterales ó medias, suelen corresponder á hematometras no muy antiguas con tumor de retención pequeño, perfectamente regular, y en las que la exploración más minuciosa nada descubre en las fosas ilíacas ni la historia de la enferma revela sufrimientos en la región de los anexos. En estos casos debe intervenir directamente por las vías naturales, tal como queda descrito; el pronóstico es benigno generalmente, y si en la convalecencia aparecieran síntomas que hicieran temer una rotura salpingiana, debe procederse inmediatamente á la laparotomía para corregir, si es posible, las malas consecuencias de un error de diagnóstico.

Pertencen al segundo grupo los casos ya algo antiguos, y en los que la historia de la enferma y la exploración directa nos dejan en la duda de si existe ó no existe el hematosalpinx. En estos casos creo la mejor conducta practicar una laparotomía exploradora para cerciorarse del estado de los anexos, lo que resulta inocuo. Si las trompas no presentan alteración ninguna, se cierra el abdomen y se procede á la evacuación de la vagina; así procedí en uno de mis cinco casos en que se trataba de una hematometra lateral, y los resultados fueron excelentes.

Pertencen al tercer grupo los casos en que la complicación salpingiana es evidente, y que hecha la laparotomía queda comprobada la existencia de hematosalpinx. Pueden las circunstancias ser muy variables: si se encuentra una hematometra con anexos hematoquísticos en un lado, siendo sanos del todo los del lado opuesto, se practica la extirpación de dichos anexos y luego se opera la hematometra por la vagina, con lo que conserva un aparato útero-ovárico completo. Si ambos anexos están atacados, entonces parece preferible una histerectomía abdominal, la que previa la punción y evacuación de los exudados quísticos, no ofrece más peligro que el de toda histerectomía, siguiendo la técnica que para esta operación tenga adoptada el ginecólogo, y que más adelante expondré; únicamente podrían extirparse los anexos evacuando luego el útero por la vagina cuando por condiciones locales ó generales se considerase demasiado grave la extirpación total. Si se trata de una hematometra lateral, se procederá según las facilidades técnicas que se presenten; casos habrá de cuerno uterino tan libre y aislado que no presente dificultades su extirpación, y entonces no habrá inconveniente en extraer un cuerno y los anexos correspondientes, porque queda otro útero útil. Pero si el cuerno uterino está íntimamente unido al opuesto, la operación podría resultar muy laboriosa, y parece preferible extirpar los anexos y luego evacuar la hematometra por la vagina, á pesar de registrarse varios casos de extirpación de hematometra lateral, según recomiendan Kustner, Gross y otros. Paréceme preferible proceder á la extirpación de los

anexos antes de evacuar la colección uterina, que no evacuar ésta primero y luego extirpar las trompas, como han hecho Schroeder, Winckel, Sanger y otros, pues procediendo como queda dicho podemos adaptar mucho mejor nuestra conducta á las condiciones de cada caso.

Adoptar la laparotomía como regla en todos los casos es privarse de las ventajas que algunos de ellos pueden ofrecernos, y el caso referido de hematometra lateral operado por la vagina, previa la exploración laparotómica, que me permitió convencerme de la integridad de los anexos, prueba bien que ni aun para las hematometras laterales la extirpación de la cavidad es siempre necesaria, como algunos pretenden (Gross) (1).

El caso referido de hematometra que operé por la vagina y falleció á los quince días de una peritonitis sub-aguda de apariencia tóxica por rotura de la trompa, me convenció de la necesidad de cerciorarse del estado de los anexos antes de la intervención, pues, realizada ésta, la rotura de la trompa puede presentarse en cualquier momento. Los tres casos de hematometra típica, operados felizmente por las vías naturales, demuestran también claramente que, cuando las circunstancias son favorables, es ésta una operación sencilla y relativamente benigna.

En otros cuatro casos he practicado con éxito la histerectomía abdominal, en ellos la anamnesis hacía presumir complicaciones salpingianas que la operación confirmó. Hay otro caso que á mi ver justifica la histerectomía abdominal, aun no estando interesadas las trompas, y son aquellos, pocos en verdad, en que existe hematometra con ausencia total de vagina; dadas las dificultades de una vagina artificial, es preferible una castración total abdominal; así he procedido en un caso único que he visto en tales condiciones.

La vía vaginal propuesta por Abel (2), y elegida felizmente por dicho autor en un caso afortunado de un cuerno atresiado con hematosalpinx en un útero doble, no demuestra gran cosa, y difícilmente podrá en estos casos substituirse la vía abdominal, amplia y libre, por la vía vaginal, difícil, peligrosa y expuesta á operaciones incompletas y á roturas del saco salpingiano en el curso de la operación, que invalidan las ventajas que aparentemente puede tener la vía vaginal.

Aparte de las anomalías indicadas, existen otras que no merecen atención especial, como el útero rudimentario bicorne, en el que se mezclan dos mecanismos de producción de anomalías, cuales son la atrofia y la falta de unión de los conductos de Muller. Así pueden existir otras combinaciones en que la atrofia se mezcla á una atresia, por ejemplo, ó á un desdoblamiento.

Las desviaciones congénitas de la matriz, como la látero-versión, la oblicuidad congénita, la retroflexión y la anteflexión, perfectamente comprobadas, pueden encontrarse desde la vida intra-uterina, pero, igual que las anteriores, carecen de importancia práctica, y cuando la tienen se confunden con lesiones análogas adquiridas.

---

(1) *Revue de Gynecologie et Chirurgie abdominale*, 1904, pág. 740.

(2) *Revue de Gynecologie et Chirurgie abdominale*, 1902, pág. 597.

## ESTENOSIS DEL CUELLO

**Etiología y patogenia.**— Muchas de las estenosis del cuello del útero son de origen congénito y pertenecen á las anomalías por defecto de evolución. Quizás algunas tienen su génesis en la evolución extra-uterina del aparato genésico, pero se observan numerosos casos en los que no se ve causa abonada para producirla.

Se observa, por lo general, en tipos de escaso desarrollo y va seguida de un crecimiento deficiente del órgano uterino, ó de desviaciones que acusan trastornos tróficos, lo que autoriza á creer que la estrechez del cuello aparece frecuentemente en jóvenes en las que el desarrollo del útero no se verifica con todo el esplendor durante la infancia y al llegar la pubertad.

Al lado de estos casos, muy numerosos, cuyo origen espontáneo es debido á la defectuosa evolución del útero, se encuentran otros debidos á otras causas. Así, pueden ocasionar estrechez del cuello las metritis cervicales, tanto mucosas como pãrenquimatosas: estrecheces por engrosamiento del endometrio cervical, particularmente en la forma hipertrófica, y estrecheces por hipertrofia de la capa muscular, que puede ser bastante para estrechar la luz del conducto cervical.

Los esfacelos con pérdida de substancia producidos en el cuello del útero por partos laboriosos, originan fácilmente deformaciones y estrecheces consecutivas. De la misma manera obran los cáusticos potentes y el termocauterio empleados con poca destreza para combatir la endometritis cervical. Las operaciones anaplásticas sobre el cuello, en las que se emplea una técnica defectuosa, pueden también ser origen de estrecheces consecutivas.

Existen, además, un cierto número de estenosis consecutivas ó indirectas que no son estrecheces anatómicas reales: en el sitio de flexión del cuello, en las desviaciones uterinas que afectan dicha región, se presenta siempre una estrechez virtual por adosamiento y compresión de sus paredes, que cierran la luz del conducto como un tubo de goma al doblarse. En el orificio interno del cuello se encuentra también frecuentemente una estrechez virtual, más ó menos persistente, producida por la congestión de la mucosa y el espasmo que, según Doleris, se verifica como acto de defensa para impedir que la infección ascienda del cuello al cuerpo del útero.

Las estrecheces congénitas suelen existir desde el comienzo de la vida genital en la mujer, y sus manifestaciones se hacen sensibles con la aparición de la primera regla. Las demás pueden aparecer en cualquier época de la vida genital.

**Anatomía patológica.**— Puede encontrarse la estrechez en el orificio externo, en el interno ó en todo el conducto cervical.

La estrechez del orificio externo se presenta en los cuellos uterinos de forma cónica más ó menos acentuada. En el hocico de tenca se observa, en vez de una pequeña abertura transversal, un agujero redondeado tan reducido que á veces



FIG. 57

*Útero cónico usual.*

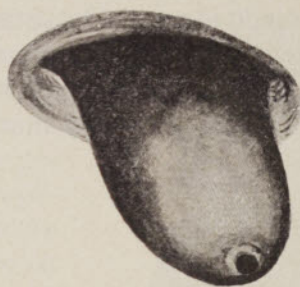


FIG. 58

*Útero cónico tapiroide y alargado.*

llega á ser puntiforme, sin alcanzar más diámetro que el de medio á un milímetro: generalmente tiene unos dos milímetros (fig. 57).

En estos casos, el cuello del útero, en su porción vaginal, ofrece dos modificaciones importantes: una de forma y otra de volumen.

En cuanto á forma, casi siempre se presenta cónico, con el orificio en el vértice del cono. Algunas veces aparece algo ladeado, como si uno de los labios

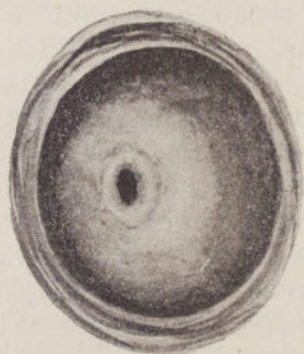


FIG. 59

*Útero cónico tapiroide y aplanado.*

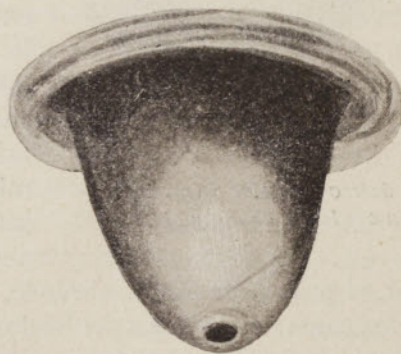


FIG. 60

*Útero cónico hipertrofiado (Barnes).*

fuese más hipertrofiado que el otro, lo que algunos han llamado cuello tapiroide. El cono que forma el cuello es unas veces verdaderamente puntiagudo (fig. 58), con el orificio en la punta, otras más plano y como achatado (fig. 59).

En cuanto á volumen, es muy frecuente que el cuello presente un pequeño grado de hipertrofia en la porción vaginal, de manera que se hace más saliente y prolonga hacia la luz de la vagina. Esta hipertrofia, sin alcanzar grado bastante para incluirla en las hipertrofias del cuello, es á veces bastante acentuada (figs. 58, 60 y 61).

Muchos autores aceptan la estrechez del orificio interno como verdadera estrechez. No hay duda que puede existir, pero es muy rara y va ligada siem-



pre á congestiones de la mucosa ó á desviaciones del útero, cuya flexión se encuentra al nivel del istmo. Barnes, que ha hecho de las estenosis del cuello un estudio detenido (1), niega en absoluto la estrechez real y efectiva del orificio interno, pues en sus numerosos reconocimientos siempre ha podido introducir la sonda al través del istmo, y en muchas preparaciones y cortes anatómicos que ha practicado al nivel del orificio interno, nunca ha podido comprobar la existencia de una verdadera estrechez. Schroeder acepta la estrechez del istmo, aunque opina que es mucho menos frecuente que la del orificio exter-

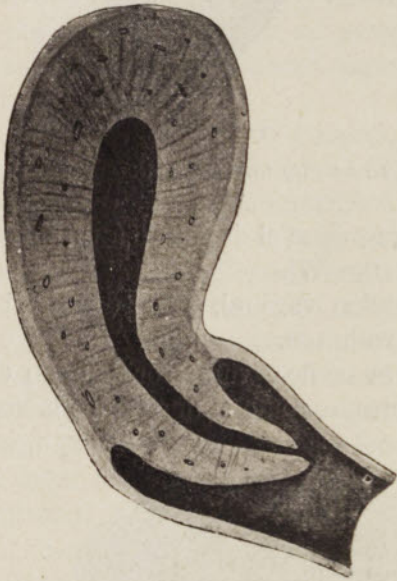


FIG. 61

*Corte antero-posterior de un útero con cuello cónico alargado.*

no (2). Si es rara, y aun podemos aceptar con Barnes que no existe la estrechez anatómica del orificio interno, es indiscutible que existe la estrechez funcional cuando la mucosa inyectada, ó el ángulo de una flexión, ó el engrosamiento del parénquima coaptan con cierta energía las paredes del anillo interno, de modo que su separación es siempre un obstáculo más ó menos resistente, así á la entrada como á la salida de la cavidad del útero.

La estrechez de todo el conducto cervical puede ser congénita ó adquirida, y se extiende desde el hocico de tenca al istmo por coaptación de sus paredes en toda la extensión del conducto (fig. 62). A veces la estrechez del conducto es debida á repliegues mucosos que se encuentran en cualquier sitio del conducto cervical, pero más generalmente hacia la parte alta del mismo, muy cerca del istmo. Esos repliegues pueden ser únicos ó múltiples, y oponen un gran obstáculo, á veces muy difícil

de salvar, al paso de la sonda, obrando, por tanto, como verdaderas válvulas.

En los casos de estenosis del hocico de tenca es frecuente encontrar el conducto cervical ensanchado en vez de estrechado (fig. 63); el moco retenido va dilatando lentamente la cavidad cervical, por lo que no es raro encontrar detrás de un orificio apenas perceptible, un cuello dilatado; en cuanto se entreabre dicho orificio por el paso de una sonda, el moco retenido que llenaba la cavidad del cuello sale formando un gran grumo.

En la estenosis adquirida la estrechez puede ser muy irregular, cuando son cicatrices viciosas las que la originan.

Generalmente, en los casos de estenosis el cuello se presenta duro, como cartilaginoso al tacto, debido á que la porción vaginal está esclerosada; muchas veces va acompañada la estenosis cervical de cervicitis, otras no se descubre huella de ninguna lesión mucosa, y la estrechez en sí constituye toda la dolencia.

(1) *Traité clinique des maladies des femmes*, 1876, págs. 188 y siguientes.

(2) *Organes genitaux de la femme*, pág. 62

**Síntomas y diagnóstico.**—Dos son las síntomas principales de la estrechez del cuello: la *dismenorrea* y la *esterilidad*.

La dismenorrea es tan frecuente, que la mayoría de autores ingleses designan la enfermedad por el síntoma, con el nombre de *dismenorrea mecánica*. Tiene el inconveniente de prejuzgar uno de los fenómenos más discutibles. La dismenorrea suele aparecer en estos casos desde la primera menstruación para repetirse constantemente, con intensidad un tanto variable, en todos los períodos menstruales. Generalmente precede á la aparición de la pérdida menstrual en forma de dolores intensos en el bajo vientre, con todo el carácter de fuertes cólicos uterinos, con irradiaciones hacia la vejiga y el recto, hacia las fosas ilíacas y los muslos. El dolor es angustioso y continuo con exacerbaciones: produce en la enferma un malestar general, con tendencia al desvanecimiento, y á veces vómitos más ó menos rebeldes; algunas enfermas son presa de un estado de excitación muy acentuado que las obliga á echarse al suelo y á encorvarse sobre el abdomen, procurando comprimir la zona hipogástrica, lo que parece producirles algún alivio. Dura este cuadro desde un par de horas hasta diez ó doce por término medio, pudiendo alcanzar hasta veinticuatro, y desaparece como por encanto al comenzar la pérdida menstrual. Algunas veces aparecen las manifestaciones dolorosas con el flujo menstrual en vez de precederlas, y en estos casos son más duraderas, siendo raros los casos en que persisten durante todo el período.

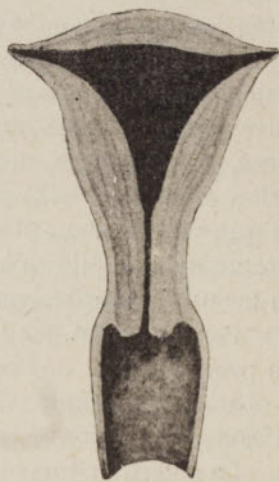


FIG. 62

*Estrechez total del conducto cervical.*

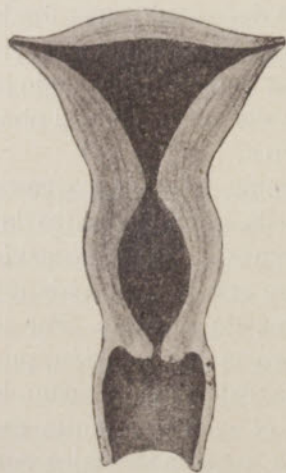


FIG. 63

*Dilatación cervical en un útero cónico.*

El origen del dolor en estos casos es muy discutible; para explicarlo se han sustentado dos opiniones, cada una de las cuales cuenta con acérrimos partidarios. Barnes es partidario convencido de que el dolor es debido al obstáculo mecánico opuesto por la estrechez al paso de la sangre menstrual; Duncan (1), por el contrario, concediendo poca importancia á la estrechez como fenómeno mecánico, atribuye el dolor á un espasmo del útero, y de aquí el nombre que le da de *dismenorrea espasmódica*. Estoy convencido que en las manifestaciones dismenorreicas que suelen acompañar la estenosis cervical, influye más la predisposición del organismo y el espasmo del útero y quizás de todo el organismo, que el obstáculo mecánico. He visto bastantes casos de estrechez notablemente acentuada, con un cuello muy cónico y un agujero casi invisible, que

(1) *Clinical lectures on the diseases of Women*, 1887, pág. 147.

no ocasionan la más insignificante manifestación dolorosa; recaen casi siempre en campesinas robustas ó en mujeres con sistema nervioso bien equilibrado; he visto casos de estrechez notable del cuello que, á lo mejor, sin causa conocida, pasan dos y tres meses sin que las manifestaciones dolorosas se presenten, y otras con cuello cónico y notable estenosis, que vienen á Barcelona procedentes de la alta montaña y se hacen aquí dismenorreicas, desapareciendo las manifestaciones dolorosas al regresar á su país. Esto demuestra claramente que la estrechez por sí sola no basta para ocasionar esas grandes dismenorreas mecánicas, y que cuando menos se necesita, por parte del organismo, una predisposición especial creada por el modo de ser de la enferma, por las circunstancias en que vive, por su posición social, por su educación, etc. Por regla general, la estenosis del cuello se hace sensible en esas jóvenes de temperamento nervioso, en las que la impresionabilidad nerviosa ha sido excitada en extremo.

Por lo común, las manifestaciones dismenorreicas desaparecen después de un primer parto; no obstante, algunas excepciones á esta regla confirman que el obstáculo mecánico no es el único que interviene en la producción de las manifestaciones dolorosas que acompañan usualmente la estenosis cervical.

La esterilidad es otro síntoma, si no tan constante como la dismenorrea, por lo menos frecuente en los casos de estenosis cervical. El mecanismo por el que la estenosis produce la esterilidad, es bien conocido; es por el obstáculo que opone á la progresión de los espermatozoides hacia el interior del útero. Sin embargo, son numerosos los casos en que, con estrecheces acentuadísimas, la fecundación no tarda en verificarse en cuanto el aparato genital se coloca en condiciones, lo que demuestra que la simple estrechez no basta para producir la esterilidad.

Realmente, bañado el cuello por el semen que queda depositado en el fondo de la vagina, los espermatozoides pueden enfiar al través del conducto cervical, que por muy estrechado que sea, siempre es una vía muy ancha, dado el volumen de los mismos; de modo que una simple estenosis no explica el obstáculo para la fecundación, como no explica la dismenorrea.

El hecho se explica fácilmente si se tiene en cuenta que en los casos de estrechez el moco cervical, ya de sí glutinoso, queda retenido entre las paredes del cuello por una especie de capilaridad: si además existe endocervicitis, resulta más evidente el hecho, porque el moco, sobre ser más abundante, puede estar alterado, siendo, por ejemplo, ácido en vez de alcalino. Por lo tanto, la estenosis es tan sólo un obstáculo relativo para la fecundación, pudiendo desaparecer en cualquier momento y con él la esterilidad, bastando para ello que el moco cervical se haya eliminado y el cuello, aunque estrechado, esté permeable en el momento en que los espermatozoides son depositados en la vagina; el orgasmo venéreo, que gran parte del vulgo considera necesario para la fecundación, es muy posible que no sea extraño á la expulsión del tapón cervical en el acto del coito y favorezca, por tanto, la fecundación, en esos casos bastante numerosos y frecuentes en que la esterilidad persiste por obstáculo mecánico en el cuello. No se olvide que Lott ha demostrado, en mucosas sanas, que el espermatozoide camina por sus movimientos propios un centímetro en una hora, si no encuentra obstáculos, y éstos son precisamente los que opone el moco cervical, retenido ó alterado.

El diagnóstico no suele presentar dificultades, particularmente en los casos algo acentuados. El tacto revela un cuello cónico, y apenas percibe la depresión del hocico de tenca, que la inspección hace ver reducido á un orificio pequeño y á veces á un punto negro.

La sonda sirve para confirmar el diagnóstico: siempre que el extremo olivar de una sonda uterina encuentra dificultades para penetrar en el hocico de tenca, y suponiendo que dicho extremo tiene las dimensiones usuales de una sonda, ó sean 3 á 4 milímetros, puede decirse que hay estrechez; á veces es imposible su penetración, otras exige cierta fuerza para vencer un obstáculo como de un anillo resistente: en ambos casos existe estrechez.

Una vez penetrada la sonda por el hocico de tenca, deslízase difícilmente al través del conducto cervical, porque éste está estrechado ó porque los repliegues mucosos coaptados se separan con dificultad; á veces se atasca el histerómetro por chocar contra un repliegue transversal que obstruye la luz del conducto.

La estrechez del orificio interno puede ser primitiva ó consecutiva. Raras veces deja de penetrar la sonda por estrechez primitiva: casi siempre que la sonda se detiene al nivel del istmo es por que existe una flexión ó una neoplasia que se opone á su paso.

Desde luego, cuando la sonda usual no puede recorrer cualquier trayecto del conducto cervical, la estrechez es manifiesta y muy acentuada, pero existen muchos casos en que la sonda usual penetra, aunque con alguna violencia, y sin embargo, el cuello puede calificarse de estenósico; basta para ello que la sonda tenga que obrar como cuerpo dilatador.

Para saber si se trata de una estrechez verdadera ó sintomática del conducto ó del istmo, bastará desviar la sonda en el sentido que los demás datos indiquen como probable, para convencerse, al ver la facilidad con que penetra, que más que de una estrechez se trata de una desviación del conducto cervical.

**Curso y complicaciones.** — Es enfermedad estacionaria y bastante á menudo progresiva, sobre todo cuando se trata de estrecheces adquiridas. Aun en las estrecheces congénitas se observa tendencia á hacerse más intensas las manifestaciones dolorosas; éstas constituyen á veces una complicación importante, pues la repetición de fenómenos dolorosos puede producir en la enferma un estado general de irritabilidad sumamente molesto y rebelde.

Por lo demás, si no es la facilidad con que en estos casos aparece la endometritis cervical, no hay que temer, por parte de la estenosis del cuello, complicaciones ni accidentes graves.

Algunas veces mejoran sus manifestaciones con motivo de establecerse las relaciones sexuales; otras se agravan, según el carácter de normalidad que dichos actos revisten. Por lo común, cuando se realiza la concepción, después del parto y aun de un aborto cuando éste ocurre, las manifestaciones dismenorricas desaparecen. Al aproximarse la menopausia también se observa que espontáneamente, y aun sin contar con la intervención de ninguno de los elementos citados, va disminuyendo la intensidad de la dismenorrea hasta llegar á desaparecer.

**Tratamiento.**—El tratamiento comporta una sola y única indicación: la dilatación de la estrechez. Sea cual sea la génesis que se atribuye á sus dos principales síntomas, la dismenorrea y la esterilidad, con la dilatación suelen éstos desaparecer inmediatamente.

Puede hacerse la dilatación del cuello por diversos medios: aplicación sucesiva de dilatadores, empleo de laminarias, electrolisis y discisión del cuello por cualquiera de los medios empleados.

La dilatación sucesiva del cuello por medio de dilatadores graduados y sucesivos, de entre los que sin duda uno de los mejores son las bujías de Hegar, se había recomendado y practicado mucho, y aun sigue empleándose. Fijando, y aun á veces sin fijar, el cuello con una pinza, se van introduciendo los dilatadores de menor á mayor, en sesiones sucesivas, repetidas diariamente ó en días alternos, hasta hacer penetrar una bujía de 7 á 8 milímetros. El método es doloroso por regla general é ineficaz, porque la dilatación no se mantiene, puesto que el cuello fácilmente recobra sus dimensiones primeras. No hay duda que algunas veces produce alivio más ó menos persistente y puede sobrevenir la concepción, pero es un medio defectuoso y que sólo suelen emplearlo ginecólogos á quienes inspira excesivo respeto la más pequeña intervención.

La dilatación por medio de laminarias es más eficaz que la anterior y menos molesta. Su técnica es por demás sencilla é igual á la ya descrita á propósito del raspado del útero. Dos ó tres laminarias bastan para producir una dilatación suficiente al paso del dedo; dejándolas *in situ* veinticuatro horas, hacen la dilatación más permanente y duradera, y la hipersecreción de moco cervical que producen es un buen elemento para, con la desingurgitación del cuello, mantener por más tiempo la dilatación obtenida. Los resultados son eficaces, pues se ve desaparecer la dismenorrea y sobrevenir con frecuencia la fecundación. He obtenido muy brillantes resultados con el empleo de laminarias para combatir dismenorreas y esterilidades que persistían aún después de doce y catorce años de matrimonio.

Mucho se ha hablado de los peligros de la laminaria en estos casos, y sin duda que en los tiempos de Sims, Barnes y Schröder ocurrieron frecuentes complicaciones caracterizadas por perimetritis más ó menos intensas. Dichos peligros son completamente ilusorios si se procede con la corrección debida, empleando una técnica adecuada de una parte, y de otra atendiendo todas las contraindicaciones. El conducto genital debe desinfectarse bien, al igual que la laminaria, antes de la aplicación de ésta, y la enferma debe guardar reposo los dos ó tres días que dura el tratamiento. Por otra parte, debe tenerse en cuenta que no debe hacerse la dilatación en días que precedan al periodo menstrual, y que toda lesión infectiva de los anexos es una formal contraindicación al empleo de las laminarias.

Los resultados obtenidos por la laminaria no son permanentes, y no es raro, á los tres ó cuatro meses, ver reaparecer la dismenorrea, aunque por lo común menos intensa, y persistir la esterilidad. Entonces precisa aplicar otra laminaria, que en general basta, pues suelen conservarse algo los efectos de la primera dilatación. Poseo numerosos ejemplos de los beneficiosos efectos obtenidos por la dilatación con laminarias, así es que la juzgo un medio que por lo fácil y sencillo recomiendo eficazmente. También he visto numerosos casos en los que so-

brevino una perimetritis que agrava la situación, tanto bajo el punto de vista de los resultados terapéuticos como funcionales; estos casos no han ocurrido en mi práctica, y por eso insisto en la necesidad de proceder con rigor en la técnica y de atender las contraindicaciones.

Se ha pretendido combatir la estenosis cervical con la electrolisis, aplicando el polo negativo en el conducto cervical. No hay duda que para calmar la dismenorrea produce efectos sorprendentes, tanto que pocas veces he visto resistir á cinco ó seis galvanizaciones de 15 á 20 miliamperios, dismenorreas mecánicas muy intensas; pero la estrechez beneficia poco de la electrolisis y los fenómenos

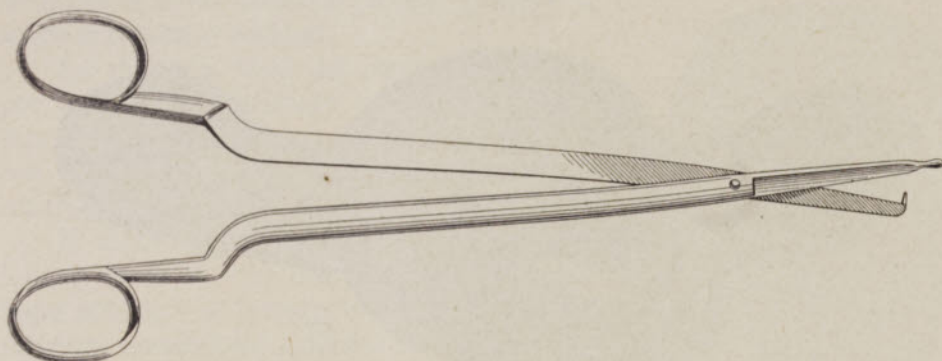


FIG. 64

*Tijeras de Kunchenmeister.*

se reproducen al cabo de más ó menos tiempo, durante el cual no es raro ver sobrevenir la fecundación.

Dada la facilidad con que se reproduce la estrechez después de la dilatación gradual y de la electrolisis, se comprende la conveniencia de aplicar otros recursos más expeditos, y de aquí el origen de la *discisión del cuello*.

Según la forma de la estrechez, así será preferible uno ú otro procedimiento de discisión, y de ello resulta que surten buen efecto, según los casos, los distintos procedimientos propuestos.

En los casos en que la estenosis radica preferentemente en el hocico de tenca, sin que el istmo se halle estenosado y el conducto cervical más bien está dilatado, puede combatirse fácilmente la deformidad practicando á cada lado del cuello una incisión, de uno á dos centímetros de profundidad, con tijeras usuales ó con el bisturí; para este caso se han construido las tijeras de Kunchenmeister (fig. 64), que tienen en una de sus ramas un pequeño gancho para que el cuello no se deslice entre las tijeras; no son precisas en manera alguna, y yo he practicado muchas veces la discisión del orificio externo del cuello con tijeras usuales ó con el bisturí, manteniendo fijo el útero con una pinza de garfios. Con esta discisión el hocico de tenca resulta muy ensanchado, porque el conducto cervical queda abierto en la extensión que se desea. Pero las superficies cruentas de la discisión tienen gran tendencia á reunirse otra vez, y de aquí la conveniencia de colocar entre las dos valvas un pequeño taponamiento que las mantenga separadas; además se había recomendado, y yo lo he usado y sigo todavía empleándolo, empapar dicho taponamiento con solución de per-

cloruro de hierro, que á la vez que detiene la pequeña hemorragia que se produce, cauteriza la superficie de sección y la inhabilita para una reunión por primera intención; el apósito se mantiene durante dos ó tres días, después de los cuales se practican irrigaciones ligeramente antisépticas, y cada dos ó tres días se separan con el dedo las valvas para que no se reunan; á los quince días se ha cicatrizado la herida, dejando un cuello abierto.

No hay duda de que algunas veces, con el tiempo, el tejido de granulación se retrae, y á pesar de la discisión, se reproduce en parte la estrechez; de aquí que muchos ginecólogos prefieran á la simple discisión una operación plástica, que en este caso concreto recibe, desde Schröder, el nombre de *estomatoplastia*:

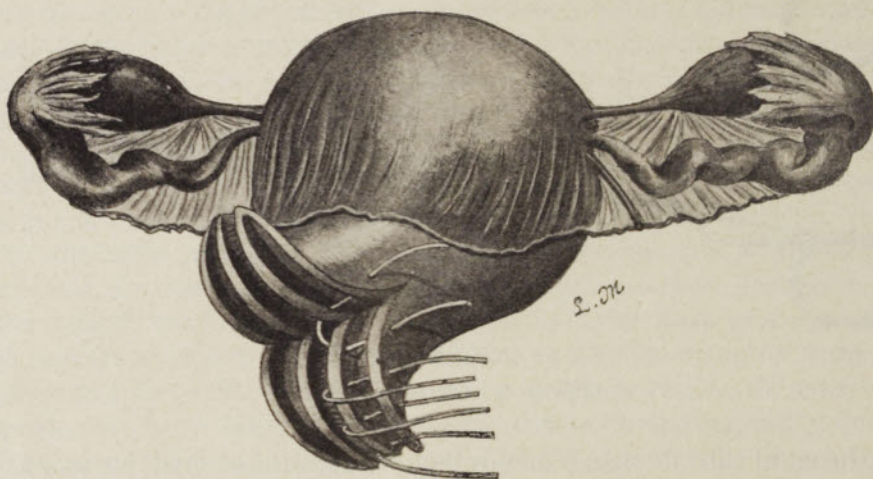


FIG. 65

*Vaciado comisural del cuello de Pozzi.*

consiste en una verdadera amputación bicónica de Simón Marckwald (1), practicada de manera que el hocico de tenca quede suficientemente abierto. Debe procederse siempre con el mismo rigor que si se tratara de una gran operación; de esta manera se obtiene una cicatrización perfecta y nada expuesta á retracciones consecutivas.

Cuando la estrechez se extiende á todo el conducto cervical, no basta la discisión del orificio externo y debe recurrirse á otros procedimientos.

La operación plástica, propuesta por Pozzi con el nombre de *vaciado comisural del cuello* (2), no solamente corrige la estrechez del orificio externo sino también la del conducto cervical en casi toda su extensión. Consiste en dividir el cuello en dos valvas, como para la amputación bicónica, hasta los fondos de saco vaginales. Cada valva tiene en cada uno de los bordes una superficie cruenta triangular (fig. 65) sobre la que se extirpa una lengüeta de tejido de forma análoga á la superficie, respetando en los bordes la mucosa vaginal y cervical respectivamente; dichas mucosas se unen por tres ó cuatro puntos de catgut,

(1) Véase pág. 108.

(2) *Traité de Gynecologie*, pág. 616.

comprendiendo uno de ellos el ángulo de separación de las dos valvas; se repite la operación para cada uno de los colgajos, y terminada ésta, presenta el cuello el aspecto de la fig. 66, enteramente análogo á la discisión simple, pero con la completa garantía de que el adosamiento de las dos mucosas impedirá la reproducción de la deformidad, aunque con el tiempo el vértice de los colgajos se retrae algo y el cuello toma una forma más regular.

Este procedimiento de Pozzi, con ser completamente eficaz para las estrecheces del conducto cervical, tiene el inconveniente de no influir para nada en el orificio interno, y de aquí que el método ideado por Simpson con su metrotomo, conserve toda su importancia cuando se necesita obrar sobre el orificio interno y sobre el conducto cervical.

La discisión total del conducto cervical por medio del metrotomo es una operación sencillísima y exenta de peligros, procediendo con rigor antiséptico y aceptando las mismas contraindicaciones que para la laminaria.

El metrotomo de Simpson tiene una sola hoja y el de Martin dos. Ambos llevan las hojas ocultas y se introducen como un histerómetro, abriéndolos una vez introducidos, y tirando hacia afuera se desbrida el cuello por ambos lados como el de Martin, y por uno solo con el de Simpson; éste se introduce otra vez para desbridar el lado opuesto, pero como no tiene el instrumento el apoyo del cuello, ya desbridado, resulta del otro lado una discisión deficiente. Prefiero á ambos el de Aveling (fig. 67), de una sola hoja, que se abre más ó menos á voluntad por medio de un tornillo que limita el movimiento de la palanca separadora; tiene, además, la ventaja de que la hoja cortante se separa menos hacia el orificio interno que hacia el externo. Previamente las debidas precauciones antisépticas, se fija el cuello y se introduce el instrumento, orientado á uno de los lados: se abre rápidamente y se retira, para que practique la discisión; en seguida se reintroduce en sentido opuesto, previo el aflojamiento del tornillo, para que se abra más la hoja y practique del lado opuesto una incisión igual á la primera. La operación no es apenas dolorosa, y sobre todo tan corta, que no requiere anestesia. Si el orificio externo está muy estrechado, al retirar el instrumento se procura profundizar algo más, y en caso necesario se aplica la tijera.

Inmediatamente después de la incisión se puede ver que pasa fácilmente una bujía del número 8 ó 9. La hemorragia es escasa, y aunque se ha hablado mucho de la pérdida de sangre que produce la discisión del istmo, no he visto nunca que revistiera gravedad ni tampoco he visto sobrevenir flogosis periuterinas. Inmediatamente se aplica una mecha empapada en una solución de percloruro que alcance todo el cuello, y la enferma guarda cama un par de días.

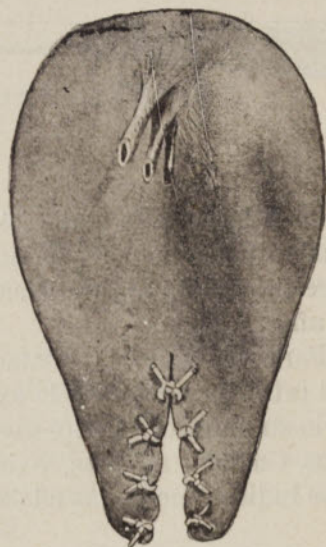


FIG. 66

*Sutura en el vaciado comisural de Pozzi.*



Luego se retira el apósito, y durante tres semanas se pasa cada dos días una bujía del número 5 ó 6 para evitar que al cicatrizar se vuelva á estrecharse el conducto cervical; sin esta precaución, muchas veces resultaría fracasada la intervención, porque se reunirían las superficies cruentas á pesar del percloruro.

Siguiendo este procedimiento he obtenido resultados positivos, viendo desaparecer la dismenorrea por completo y verificarse la concepción en períodos

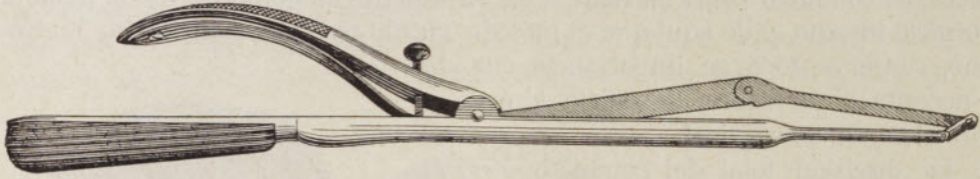


FIG. 67

*Metrotomo de Aveling.*

variables después de la discisión, pero que oscilan entre tres meses y dos años, lo que prueba la permanencia de los efectos obtenidos, si se tiene en cuenta que se trataba en algunos casos de enfermas cuya esterilidad databa de doce y más años.

Para mantener la dilatación del cuello, aconsejan algunos el empleo de tallos intra-uterinos. Si sólo existe estrechez sin desviación del útero, es innecesario su empleo, pues los medios indicados producen efectos positivos y permanentes. Cuando, además, existen ciertas formas de desviación, cumplen magníficas indicaciones; más adelante estudiaré la mejor manera de emplearlos.

---

## ANOMALÍAS ADQUIRIDAS

---

### ATRESIAS DEL CUELLO DEL ÚTERO

De la misma manera que existen estenosis adquiridas enteramente análogas á las congénitas por sus síntomas y sus efectos, pueden presentarse atresias adquiridas del cuello del útero en cualquiera momento de la vida genital de la mujer.

Las causas productoras son los esfacelos producidos por el parto, los cáusticos potenciales aplicados en el conducto cervical, ciertas neoplasias del cuello, que pueden obturarlo, y las operaciones plásticas mal practicadas; cuando se empleaba el estrangulador ó el asa galvánica para realizar la amputación del cuello, este accidente post-operatorio era bastante frecuente; hoy es una verdadera rareza y acusa siempre una técnica defectuosa.

La atresia adquirida se distingue de la congénita por el contenido retenido en el útero; en las ginatresias congénitas el contenido de retención es siempre la sangre menstrual, con su aspecto siruposo particular; en las ginatresias adquiridas puede el contenido ser muy variable, porque la cavidad del útero, convertida en quiste, es frecuentemente infectada, sea por su comunicación al exterior, sea, como acontece gran número de veces, por la índole de la afección que produce la atresia.

Cuando después de un traumatismo quirúrgico ó puerperal se obtura el cuello, puede fraguarse una hematometra típica (dos casos he visto), perfectamente equiparable en su curso, síntomas y tratamiento á la hematometra congénita, de la que sólo se distingue por la época de su aparición y por su patogenia, pues el mecanismo oclusivo nos es conocido en la primera, mientras que ignoramos su esencia en las congénitas.

El contenido de la cavidad del útero, infectada en los casos de obstrucción adquirida, ofrece caracteres variables, dando origen á la piometra, fisometra ó hidrometra, según sea pus, gases ó serosidad su contenido. Se comprende que la obturación del cuello en estos casos no es más que un episodio de la enfermedad causal, y carece, por tanto, de entidad nosológica propia, siendo, por consiguiente, preferible estudiar estas retenciones con las enfermedades que suelen producirlas y como complicaciones de las mismas.

## HIPERTROFIA DEL CUELLO

**Etiología y patogenia.**—A pesar de ser una afección frecuente, no están de acuerdo los ginecólogos acerca de su existencia: entre ellos algunos muy distinguidos, como Emmet (1), niegan la hipertrofia primitiva del cuello y la atribuyen siempre á un proceso secundario; otros, con Schröder (2), sólo aceptan la verdadera hipertrofia de una de las porciones del cuello, y no falta quien, siguiendo las primitivas descripciones de Huguier, ve en todo cuello alargado un caso de hipertrofia del mismo.

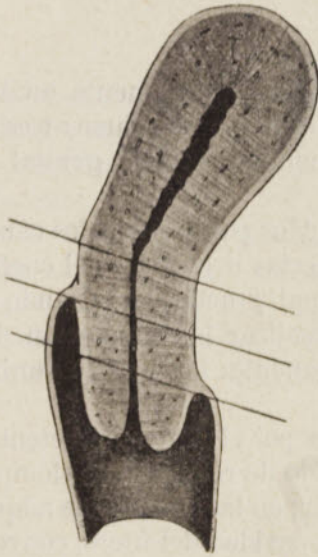


FIG. 68

Esquema de la división del cuello en porción supra-vaginal, media é infra-vaginal.

Conviene recordar la división topográfica del cuello del útero, basada en la inserción de las paredes vaginales anterior y posterior (fig. 68). Existe una porción de cuello libre en la vagina, que mide normalmente de uno á uno y medio centímetros, extendida desde el hocico de tenca al fondo de saco vaginal anterior, y conocida con el nombre de porción libre ó *infra-vaginal*. Otra, extendida desde el istmo á la inserción de la pared ó fondo de saco posterior, de longitud igual á la anterior, oculta toda ella por arriba de la inserción vaginal, y que se llama porción superior ó *supra-vaginal*. Y, finalmente, una tercera ó porción media, extendida de la inserción del fondo anterior al posterior, de extensión también de un centímetro, y conocida con el nombre de *porción media*. Es fácil observar que la distancia entre la inserción de fondo de saco posterior y el

hocico de tenca es bastante mayor que la del fondo de saco anterior á dicho punto; toda la parte del cuello extendida de una á otra es la porción media.

Dejando de lado las hipertrofias y deformaciones del cuello debidas á la existencia de metritis, y que ya conocemos, pueden encontrarse y reconocerse fácilmente en el cuello del útero dos formas principales de hipertrofia: una de hipertrofia verdadera, y en la que el volumen del cuello está aumentado así en longitud como en grosor, constituyendo una verdadera hipertrofia autóctona, en la que dicha lesión parece constituir toda la enfermedad; otra, en la que el cuello sólo ha sufrido una modificación en su longitud, encontrándose alargado

(1) *La Practique des maladies des femmes*, pág. 192.

(2) *Loc. cit.*, pág. 85.

y constituyendo, más que una hipertrofia, una verdadera elongación ó alargamiento del cuello.

La hipertrofia autóctona del cuello del útero puede ocurrir en cualquier época de la vida, pero existen dos formas principales, que suelen presentarse en períodos distintos. Una forma de hipertrofia que ataca la porción vaginal ó libre del cuello, algunas veces alcanzando algo la porción media, y que aparece en jóvenes vírgenes de los diez y seis á los veinte años; esta forma, que algunos ponen en duda y llegan á negar, como Emmet, no diré que sea una afección común, pero sí bastante frecuente. Nada se encuentra que explique su etiología; la he visto en bastantes casos de jóvenes vírgenes, en las que no existía vulvo-vaginitis ni metritis que la expliquen. No existen otras enfermedades constitucionales ni el onanismo que puedan explicar tal perturbación; teniendo en cuenta la época en que casi exclusivamente aparece, no es desacertado pensar que quizás pueda tener un origen congénito, no en la vida intra-uterina, sino en el desarrollo ulterior, que en vez de detenerse al llegar la pubertad, sigue el cuello desarrollándose y originando esas hipertrofias que se hacen visibles á los tres ó cuatro años de establecida la menstruación.

La otra forma de hipertrofia suele encontrarse localizada en la porción supra-vaginal y en la media: es la verdadera hipertrofia, según Huguier. Aparece en cualquiera época de la vida, pero más frecuentemente de los veinte años para arriba, y simula un prolapso del útero, con el que muchas veces se confunde. La etiología y patogenia de estos casos tampoco aparece clara, pues si bien algunas veces existen fenómenos metrícos, éstos faltan en otras, y el trabajo hipertrófico é hiperplásico no parece ligado á una causa determinada, ya que tampoco podemos invocar las funciones de generación, pues sin ser exclusiva de las nullíparas, es más frecuente en éstas que en las múltiparas. Probablemente no son extrañas al desarrollo de esta forma las congestiones repetidas y frecuentes del aparato genital.

Así como la hipertrofia autóctona ó verdadera del cuello ataca sus tres porciones, según los casos, aunque localizándose preferentemente en una ú otra, la hipertrofia secundaria ó elongación sólo ataca la porción media ó supra-vaginal, ó ambas á la vez, pero nunca la porción infra-vaginal. Es un fenómeno puramente mecánico de estiramiento del cuello por las paredes vaginales que en él se insertan, y sólo se presenta, por tanto, en los casos en que el prolapso de las paredes vaginales obra haciendo tracciones continuas sobre el cuello. Si la causa es un cistocele, entonces vemos que se alarga la porción media, y por lo común, algo también la supra-vaginal; casos se ven en los que parece que tan sólo el labio anterior está estirado. Si es un colpocele posterior, entonces se ve alargarse tan sólo la porción supra-vaginal, puesto que la media queda libre de tracciones. Si ambas paredes vaginales á la vez sufren prolapso, entonces se observa el alargamiento de ambas porciones, y á poco que el útero conserve íntegro y enérgico su mecanismo de sostén, esta elongación del cuello puede ser extraordinaria, pues si el útero cede, es arrastrado hacia fuera y el cuello no se estira tanto.

La etiología y patogenia de estos casos, sumamente frecuentes, se encuentra, por tanto, en un simple acto mecánico de estiramiento, y parece que el cuello del útero pierde en tales circunstancias en grosor lo que gana en longitud.

**Anatomía patológica.**— Macroscópicamente, el aspecto del cuello del útero es muy variable.

En la hipertrofia evolutiva de la porción vaginal del cuello, éste suele conservar el grosor del cuello normal, á veces algo aumentado, y en su vértice tiene generalmente el aspecto de un cuello cónico, no es raro que uno de los labios esté más desarrollado que el otro; en los casos típicos no existen alteraciones de la mucosa cervical ni de la vaginal. La porción vaginal se prolonga, pudiendo alcanzar seis y más centímetros; los fondos de saco vaginales ocupan su sitio, y el cuello desciende hasta asomar á la vulva y salir al exterior dilata-

tando el himen; he visto más de un caso en que el cuello salía fuera de la vulva tres y cuatro centímetros, con el fondo de saco anterior en su sitio; la porción vaginal tenía una longitud de 10 á 12 centímetros. Consérvase en forma enteramente regular y lisa, como en un cuello normal (fig. 69).

En la hipertrofia de la porción alta y media del cuello se observa también un cuello alargado que viene hasta la vulva y sale á veces á su través, pero en su descenso arrastra los fondos de saco vaginales. Si es sólo la porción media la hipertrofiada, tan sólo el fondo de saco anterior está descendido (fig. 70); si únicamente la porción supra-vaginal está hipertrofiada, ambos fondos de saco descienden hacia la vulva (fig. 71). La porción vaginal puede en estos casos

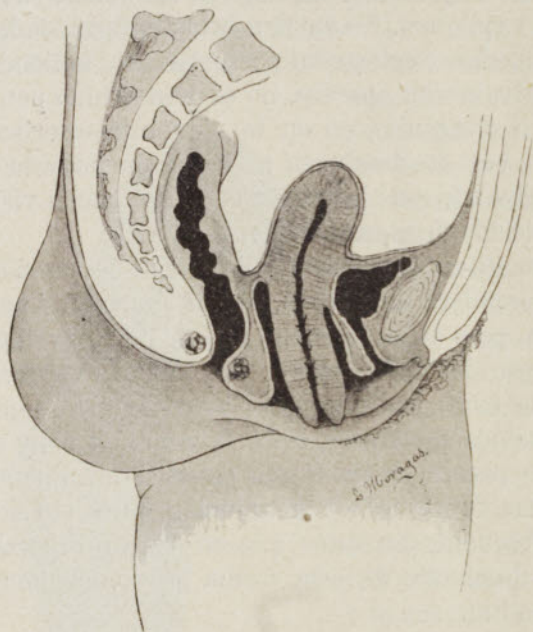


FIG. 69

*Hipertrofia de la porción infra-vaginal  
ó libre del cuello.*

estar también hipertrofiada, pero su forma no es la forma cónica y alargada de la hipertrofia de la porción vaginal, sino achatada y con aumento de sus diámetros transversales. El útero, en estos casos, ocupa su sitio, y desde el hocico de tenca al istmo media una longitud que puede alcanzar 10, 12 y más centímetros. Si se coge entre los dedos un cuello hipertrofiado en esta forma, se nota que su grosor es algo mayor que el normal, más duro y menos flexible.

Histológicamente, esta hipertrofia del cuello está caracterizada por una verdadera hipertrofia é hiperplasia de la capa muscular, en la que unas veces domina el tejido conjuntivo y otras el tejido muscular, pareciendo en este último caso un verdadero mioma difuso. Las lesiones histológicas son muy parecidas á las que se encuentran en los casos de metritis parenquimatosa. La vascularización de los cuellos hipertrofiados es sumamente variable, quedando unas veces reducida á los límites de lo normal, y presentándose otras con los vasos numerosos y dilatados, que parecen formar á veces un verdadero tejido vascular casi cavernoso.