

12799

Leigeros Consideraciones

sobre la
estenosis del cuello del útero
y su tratamiento



Tesis para optar el grado de

Bachiller

presentada por

Señor J. Dufaut

1.900

Señor Decan

Señores Catedráticos

La importancia de la Ginecología,
y el notable incremento que ha
tomado esta rama de las Ciencias
Médicas. Con los profesos verifica-
dos últimamente, me han indu-
cido a escoger como tema, para
mi tesis de Bachiller, el mejor
estudio que sobre "Extensión del
Quello del útero" tengo el honor
de presentar, teniendo por base
los Casos que me ha sido dado
observar, durante el tiempo que
funciona la Clínica Gineclo-
gica, bajo la dirección del profe-
sor Dr. Carallo, la Cuya bondad
y Competencia debo de haber podi-
do presenciar los diferentes méto-
dos operativos que hoy están en
uso para el tratamiento de
esta enfermedad. Al desarrollar es-
te punto, me ocuparé sucesivamen-

3

te, de la etiología, Anatomía
patológica, Sintomatología,
diagnóstico, pronóstico y trata-
miento, exponeendo, por último,
al fin las Conclusiones, relativas
a la elección y buenos resulta-
dos del procedimiento opera-
torio. Presentaré, además, las histo-
rias Clínicas, de los Casos de
extensis, que me sirven de
fundamento.

Etiología. La palabra este
niosis, significa etimológicamente
contracción o estrechamiento.

La estenosis del cue-
llo del útero, es pues, el estrecha-
miento del calibre de este seg-
mento del virginio, estrechamiento
que puede limitarse a los
orificios o hacerse extensivo a
toda la cavidad cervical.

Dice Avard: Siem-
pre que con un estilete de
dos milímetros de diámetro,
no se pueda franquear la ca-
vidad cervical, debe considerar-
se el Quello como estenótico.
La estenosis es por
genital y adquirida.

La primera que,
según Vedeler, se manifiesta en
el Seis o muere por Causa de
los Casos, coincide regularmente
con la hipertrrofia del Quello,
con su forma conica y con la
anteflexión que borra el calibre
del Conducto cervical.

La adquirida, reco-
noce como causas: la cicatrización

de las desgaraduras del Cuello uterino, ocasionadas por el parto, la calcinización de escaras, producidas por el mismo acto fisiológico, en los casos en que el trabajo es lento, la aplicación repetida de clísticos eutrigicos, y las amputaciones del Cuello, hechas por un método de exéresis, en que no se ha limitado la herida operatoria, por la natura de las mucosas vaginal y uterina y ha dado como consecuencia, la retracción concéntrica del tejido modular.

Ademas de estas causas, debemos citar la presencia de neoplasmas: fibromas del Cuello, intersticiales o sub-mucosos y el epitelismo de la misma region.

El profesor Heiser admite una variedad de estenosis producida por el espasmo del Cuello uterino y dice que de treinta y siete mujeres dismenorreicas, en treinta y dos, se pudo reconocer causa local determinante y en los cinco restantes que estan

virgenes, la Afección no podía ser atribuida sino a un espasmo.

Esta Afección es bastante frecuente y entra por una buena parte en la producción de las dismenorreas.

Según el Dr. Blachet, en más de la mitad de los Casos, en que se notan Alteraciones menstruales en la pubertad, estas subsistirán. Cuando la niña se haga mujer, si menor que un parto saludable, rectifique la desviación uterina o dilata el Conducto Uterinal.

La estenosis que durante el periodo de Actividad genital de la mujer, debe considerarse como patológica, es una consecuencia obligada, cuando esta pasa de la menopausia y depende entonces de la regresión o Atrofia que sufre el útero, bajo la influencia de la Sembladad.

Anatomía patológica. El Quillo estenótico, que tiene una rigidez y dureza pronunciadas. Dependiente del exceso de tejido conjuntivo, está generalmente hipertrofiado

en su porción vaginal.

Esta hipertrofia,

Afecta mas veces a los dos labios, otras cada labio individualmente y es debido a esta Causa que el Cuello presenta formas variadas: la forma Conica, con un orificio punto forme en el Centro; Degún Grünewald, esta forma reconoceeria como Densa, en muchos Casos, el estancamiento del mucoso y la dilatacion consecutiva de la Cavidad Cervical, en la extensio del orificio externo exclusivamente; el Cuello zapatazo, en que la hipertrofia está limitada al labio Anterior, que se hace prominente y Conica hacia abajo y recibe en esta Cavidad el labio posterior que ha conservado sus dimensiones normales, disposición que en conjunto simula el hocico del topo; Si inversamente, la hipertrofia afecta solo al labio posterior, el orificio se encuentra desviado hacia Arriba, formando entonces el espaldas del Cuello.

La mucosa uterina

Cuyas funciones se hallan entrabadas, presenta las lesiones Anatómicas correspondientes a la metritis Cataral Crónica; así pues, el epitelio, el tejido Glándular y el Conjuntivo están alterados en su estructura.

Según que el predominio de estas lesiones, este se pase de cada uno de estos elementos, se notará; la hiperemia de la mucosa, la hipertrofia de los fondos de saco Glándulares o su atrofia en los casos en que la proliferación del tejido Conjuntivo impida su desarrollo.

Sintomatología. Los síntomas que ponen de manifiesto esta afeción, son de dos órdenes: físicos y funcionales.

No me ocuparé de los primeros que se refieren a la forma, consistencia, dimensiones, etc., que han sido descritos al tratar de la Anatomía Patológica.

Los segundos,

9

Son inconstantes, pero existen
en la mayoría de los casos.

En metritis, se
revela, por lo que Pozzi, designó
con el nombre de Síndrome
uterino, signos racionales, su
ministrados por el intero galeno
de las enfermedades y fases comunes
— con ligeras variantes de in-
tensidad y predominio de unos
o otros — de la mayoría de
las afeciones uterinas.

Estos signos son:
el dolor, variable en su intensi-
dad y en su localización.
Ocupa de preferencia la si-
guientes regiones: en el hipo-
gastrio, en las fosas iliacas, es-
pecialmente la izquierda, sin
que se conozca bien la causa
de esta localización, en la
región lumbar y en el perineo.

Es sordo, gravati-
vo, continúa unas veces, con exa-
cerbaciones en el período me-
nstrual y otras intermitente, pre-
sentándose solo en este últi-
mo período.

La leucorrea,

10

que muchos explican por el mal estado general — clorosis, Anemia — depende casi siempre de la infeccion misma de la mucosa, alterandose la secrecion normal y cambiando su reaccion y color.

Existen, ademas, Sintomas de inmediacion y Sintomas reflejos.

Entre los primeros encontramos la medicion dolorosa, el levesmo vesical, al lado de la vejiga, la constipacion del lado del recto.

Entre los segundos, la Anorexia, las náuseas, las mialgias, especialmente la lumbo-abdominal y sobre todo, las neurosis, que, se sum County, "resisten todas las formas de la histria, no porque despidan de ella, con la que sin embargo pueden coincidir, sino porque en la mujer, las alteraciones del sistema nervioso, especialmente aquellas, cuyo punto de partida es el útero, toman lo mas ostensivo, este caracter"

Como Comprobacion de esto, entre otros, se cita el Caso de una enferma de Mundé, en la que se provocaba, un ataque de Catálepsia, presionando con el dedo, la cicatriz de una desgarradura del Cuello, accidente que desaparecio con el arranamiento y la sutura.

Paso a ocuparme ahora, de las dismenorreas y la esterilidad, que se consideran como los principales síntomas de la estenosis y obstrucción cuya patogenia se han suscitado numerosas discusiones.

Mientras uno, con Mackintosh y sobre todo Marion Sims, sostienen la idea de que la menstruación dolorosa es enteramente debida a causas mecánicas y la comparan al dolor provocado por la retención urinaria, en las estrecheces uretrales; otros y especialmente Emmett califican de mito la teoría mecánica.

Por mi parte, me

inciso si creer, que la teoría que mejor explica la dismenorrea, es la que, considerando a la estenosis como causa favorecedora de la formación de Coágulos, tiene también en cuenta, los eufósicos esfuerzos, que debe hacer el útero, para vencer esta resistencia, esfuerzos que se traducen por verdaderos cólicos uterinos.

Que existan, algunos casos de mujeres, manifestamente atacadas de estenosis, sin que al mismo tiempo, exista la dismenorrea, lo que explicable por la dilatación que durante el periodo menstrual, experimenta el conducto cervical, dilatación que permite el paso de la sangre de las reglas, sin exigir contracciones uterinas intensas, como en el caso anterior.

Por lo demás, en los casos que he observado, la dismenorrea ha sido constante.

La esterilidad

Acompañan frecuentemente a la dismenorrea y es tanto mas marcada, cuanto mas intensas son las lesiones del endometrio.

Otro de ocupar me del mecanismo de la fertilidad en la esterilis,pondré ligeramente, algunos de tales relativos a la fecundación.

El encuentro del espermatovario y el vaso se realiza generalmente en el tercio externo de la trompa; y para llegar hasta allí, el espermatovario tiene que recorrer un largo camino.

Las teorías que se han invocado, para explicar su localización, son las siguientes:

Teoría de la Capilaridad, sosteneda por Corte, Biaggio, segun la que los microscópios espermáticos, se elevarían en la capilaridad uterina, como por un tubo capilar. Las leyes de la Capilaridad, podrían explicar igualmente como estos elementos, depositados en la vulva, pueden

recorrer la vagina, cuyas paredes aplicadas, hacen virtual la luz de este conducto, en las condiciones fisiológicas.

Teoría de las pectanas vibrables, sostenida por Müller, según la que las pectanas vibrables que existen en el Cuello, dirigían por sus movimientos el esperma hacia el fondo del útero.

Teoría de la aspiración, de Rivland y Morgagni. Normalmente, en el momento del orgasmo, el Cuello, bajo la influencia del eretismo, que Rongé ha comparado a una verdadera erección, expulsa el mucus que contiene. En su lugar, mucus vaginal mezclado con esperma, penetraría en su cavidad por una especie de aspiración.

Teoría espermática o de Heule. Esta asigna al esperma forzado un papel activo; progresaría gracias a sus propios movimientos.

Cada una de

15

estas teorías contiene algo de verdad: la Capilaridad, las pestanas vibrátilas, la aspiración y sobre todo, los movimientos propios, desempeñan un papel en la progresión del elemento masculino hacia el óvulo.

Además, debemos tener en cuenta, la reacción del muero medio que debe recorrer el Grímen.

La reacción del muero vaginal es ligeramente ácida. Normalmente, solo existe la cantidad suficiente, para lubrificar las superficies. El espermatorroario puede vivir allí, sin que su vitalidad esté atacada, pues se ha visto que al cabo de ocho días aun conservaba sus movimientos; pero cuando la reacción es fuertemente ácida muere rápidamente.

La secreción uterina es alcalina y el hervidero de Yerca alberga un tapón muerto que ordinariamente

no impide la Concepcion.

Sin embargo, Schultze

Cita el Caso de una mujer que durante los trece primeros años de su matrimonio, fue estéril y que quedó en Cinta con la desaparición momentánea del mucus cervical.

Véamos ahora el mecanismo por el que la estenosis produciría la esterilidad.

La rigidez del Cuello, que tan frecuentemente acompaña a la afecion de que me ocupó, influiría impidiendo la dilatacion expulsiva del orificio externo, durante el Coito.

Esta Causa disminuiria dolamente, las probabilidades de la Concepcion; pero de ninguna manera la haria imposible, pues no quitaria a los espermatozoides su movilidad propia, que debemos considerar como indispensable para la realizacion de este acto fisiológico.

11

Y tampoco es posible admitir que la estenosis por marca da que sea, oponga por sí misma un obstáculo absoluto a la penetración de los gemenes y aceptó que la verdadera causa de la esterilidad, debe buscarse en la muerte del espermatorizo, por la fuerte reacción ácida de la secreción cervical y en la imposibilidad del intercambio entre el esperma depositado en la vagina y el mucus retenido en el Cuello.

Diagnóstico. Los métodos de examen de que debemos valernos para el diagnóstico de la estenosis del Cuello uterino son: el tacto, la inspección mediante el speculum y el Cabotismo.

Por el tacto, se apreciarán las dimensiones de la porción vaginal del útero, el dedo explorador dará datos precisos, con respecto a la forma del orificio externo, completamente distinto del orificio normal, sobre todo, si se trata de

una multiplicada y completa tan
su examen, por la apreciación
de la consistencia y de la
dureza.

La inspección con-
firmará y corregirá en caso ne-
cesario estas primeras impresiones.
Se notará además el grado
de hipertrrofia, la coloración,
la existencia o ausencia de ul-
ceraciones, de cicatrizes del cue-
llo.

Finalmente, las
tentativas de cateterismo, no de-
ján duda sobre la existencia de
la lesión. El sondaje es a veces
imposible; el orificio es tan pe-
queño que no permite el paso
a la sonda más delgada. En
otras ocasiones, franqueado el pri-
mer obstáculo se cae en una
caridad. Puede también sucon-
se estrechado el orificio interno
y es este un segundo obstáculo
al cateterismo.

Hay que tener
en cuenta al hacer estas explora-
ciones, que el paso de la sonda
puede ser impedido, por una

flexión forzada del utero, por un tumor prominente o por un pliegue de la mucosa.

Creo, sin embargo, que en todos estos casos es posible darle cuenta de la naturaleza del obstáculo y aun salvarlo.

Prónostico. Si solo tenemos en cuenta los fenómenos dolorosos y los trastornos funcionales, experimentados por las enfermas, fenómenos que por sí solos no ponen en peligro inmediato la vida de la mujer, podemos considerar el pronóstico como bueno; pero si nos fijamos en que la estenosis cuenta en su sintomatología la esterilidad, que hace incompleta la vida genital de la mujer y anula una de las principales funciones, cual es la reproducción de la especie, debo considerar el pronóstico como grave.

Tratamiento. La higiene, que nunca debe descuidarse en el tratamiento de las enfermedades, en

20

Cuentra también su aplicación en la extensisio, sobre todo cuando se trata de mujeres Anemicas o Cloroticas; entonces, la Alimentación y el ejercicio bien dirigidos, los vestidos apropiados, etc, ejercerán su influencia bien hecha.

Se evitará por medio de los laxantes, el estremecimiento que se opone a la Circulación normal de la matriz y por medio del hierro, Glicoporfatos, estriolina, etc. Se atenderá el estado general de las enfermas.

El tratamiento médico comprende además de estas sustancias, la Acetaminida, la Antipirina, como Analgesica y Antineurálgica, el viburnum prunifolium que forma la base de muchas especialidades Americanas; Simples fálativos, que faltan en muchas ocasiones.

Señalaré además el empleo que se ha hecho del opio y del alcohol. Inicial me parecerá indicar los peligros si que expone esta medicación.

Bis Continuus fracc

Dos del tratamiento médico, de
bian ceder el campo a operacio
nes que al principio incertas
e incompletas, han ido alcanzán
do poco a poco el perfecciona
miento que era lógico esperar
del impulso que en estos últimos
años han recibido la Ginecología
y la Antisepsia, poderoso auxi
liar que permite la cicatrización
de las heridas por pri
mera intención, requisito si
de Guere indispensable para
el éxito de las operaciones au
toplásticas.

Entre los procedimien
tos operativos puestos en prá
tica, señalaré en primer lugar
la dilatación del Cuello. Al
Principio se practicó con tallos
de laminaria; después con bujías
que siguen una escala determina
da y entre las que debe preferir
se las de Higuer. Segun los Dres,
esta dilatación se hace de un
modo lento o rápido, con o sin
anestesia.

En esta operación
debe observarse minuciosamente

22

las reglas de la antisepsia, pues aun que no se dan muchos casos de accidentes operativos, se citan sin embargo: una peritonitis generalizada de guarda de muerte; un caso de perforación de la pared posterior de la matriz, que gracias a la antisepsia y a la laparotomía que se hizo, para suturar esta perforación, no tuvo mal resultado, muchas desgaraduras del cuello uterino y buen número de peritonitis pélvicas latentes que estas manipulaciones habían dejado.

La electroterapia, de un empleo muy extendido en Inglaterra y los Estados Unidos, es la fundada en la modificación química que sufre la mucosa, bajo la influencia de las corrientes eléctricas. En el caso de la estenosis, se formaría en el polo negativo introducido en el cuello, una escara blanda y extensible que corrigería la estrechez.

La sección de los orificios externos e internos, operación

precomizada por Simpson y Marion Dime, practicada, sea por medio del bisturi, sea con instrumentos especiales, como las tijeras de Huchenneister y diferentes variedades de metrotomes.

Los procedimientos

de Amputación del Cuello, en que
también se aplicaron. Descri-
biré rápidamente los dos más usa-
dos: el procedimiento de Schröder
y el de Simon-Markwald, pues las
Amputaciones que se hacían antes
por Constitución, por el tumor o gal-
vano-Cauterio, si es verdad que
garantizaban contra la hemorragia,
también lo es que por la retracción
consecutiva que sufren los tejidos
producen el mismo mal que se
habían encargado de remediar.

Procedimiento de Schröder

Amputación del Cuello a un Colgajo.
Se trae el Cuello hacia la vulva,
por medio de pinzas de tracción,
colocadas una sobre el labio ante-
rior y otra sobre el posterior.
Con las tijeras se practica la
incisión de las Comisuras hasta
los fondos de saco. Se hace en

24

Seguidamente, una incisión en V de 2 amas desiguales; la más corta, ataca la mucosa cervical y se detiene en profundidad variable, según la cantidad de tejido que se quiere resecar; la 2ª amá más larga, ataca la mucosa externa y va a reunirse en el espesor mismo del labio con la primera. Recorrido el Colgajo, se aplican en él si los labios en la superficie cuentan, por medio de suturas.

Procedimiento de Simon-Marechal o Amputación a los Colgajos. Comprende los mismos tiempos preliminares que el procedimiento anterior, hasta la sección de los Comisuras. Se practica entonces una incisión en V sobre de 2 amas iguales. Una, que ataca oblicuamente la mucosa interna, yendo de la superficie hacia la profundidad y de abajo arriba; la otra, dirigida ligeramente oblicuamente de la mucosa externa al encuentro de la primera, es decir, de delante a atrás y de

10

Arriba y abajo, de manera de circunscribir entre ella, un Colgajo Cíngulo, que se reseca y se introduce entre si los lados de la herida y las comisuras.

Estos dos procedimientos deben comenzar a ejecutarse por el lado inferior, para que la hemorragia, no inunde el campo operatorio.

Nos queda por señalar un nuevo método operatorio, descrito por Pozzi. Consiste en la resección comisural del Cuello.

Comprende los siguientes tiempos:

Iº Incisión de las comisuras hasta los fondos de saco. Hemos traspuesto por compresión.

IIº Cada segmento del Cuello dividido consta de tres partes; una media y dos laterales. La primera corresponde a la mucosa del Canal Cervical y las segundas a las superficies Cimentadas. Estas tienen la forma de un triángulo rectangular. Uno de los lados del triángulo recto

Corresponde al borde de la mu-
cosa del Canal, el otro es
el límite de la Sección y la
hiopatencia corresponde al bor-
de de la mucosa vaginal del
Cuello. En el área así limitada
se halla un Colgajo prismático
que extirpado, deja una Cavidad
que hace virtual, por medio de
los Ductos, permíté de Aportamiento
de la mucosa interna o in-
tra cervical a la externa o vaginal
del Cuello. Este tiempo se repite
en Cada uno de los Cuatro Se-
mentos.

El 3º Tiempo está Constituido por
la Colocación y Acondicionamiento de
los Ductos.

Por este método

Queda el Cuello, según la Gráfica
Comparación de Pozzi, Si mu-
do un pico de pato.

Conclusiones.

Una vez que hemos conseguido
a grandes rasgos, la estenosis
del Cuello uterino, debemos de
diseñar algunas Conclusiones que
nos permitan resolvemos sobre
la elección del procedimiento
operatorio que en la actuali-
dad reúne las mayores ventajas.

Los tratamientos
higiénicos y medicos no pueden
considerarse sino como auxiliares
del tratamiento quirúrgico que
es el único que da probabilidad
de Señales de Curación.

La Dilatación no
ha correspondido a las esperanzas
que en ella se fundaron. Es
innegable que la disminución
desaparece, pero esta desaparición
es temporal y la retracción del
los tejidos vuelve a reproducir
la estenosis, de la misma manera
que una estrechez uretral se re-
produce si no se tiene el cuida-
do de dilatarla de vez en cuando.

No asegura pues el éxito

Dijo de una manera pasajera
y expone si Complicaciones gra-
ves, Cuando la estenosis es
difícil de vencer.

Combinada la
Dilatacion Con la electrotisis
parece que ha dado mejores
resultados, pero no puedo pro-
nunciarme acerca de su valor,
por cuanto no la he visto pra-
cticar jamás y no conozco nin-
guna estadística sobre este punto.

Los procedimientos
que se limitan a practicar la
separacion de los labios del
cuello, es decir, la disision,
sin preocuparse de la retrac-
cion consecutiva, no son el mi-
jico, los mas recomendables,
por que dejando en contacto las
superficies crudas, estos se apron-
tarán, por los solos esfuerzos de
la naturaleza, reproduciendo
así la estenosis que se había tra-
tado de curar. Por otra parte, cuan-
do la estenosis afecta al orificio
interno, estos procedimientos, que
no lo alcanzan, tienen que ser
ilusorios.

Los métodos de Amputación
pueden dar buenos resultados.
El de Schroeder Destruiría se fu-
ramente la estenosis del omi-
ciso exterior: no así las del in-
terior. Otro tanto diré del pro-
cedimiento de Simon Maserkow.

A demás, estos
métodos, suprimiendo en todo o
en parte la mucosa, privan al
conducto de un epitelio que es
tan necesario a su buen funcio-
namiento.

En la mayoría de
los Casos, el procedimiento de
elección, será pues el de Poggi.

Las ventajas de este método
son evidentes:

Es suiza más rápido que los
anteriores.

La resección Comisural, deja
intacta la mucosa del Cuello

Permite tratar Ampliamente
la endometritis concomitante.

La dilatación siendo permanen-
te hace desaparecer con sefuri-
dad la dismenorrea y la Ovi-
Cpción se hace más fácil.

En algunos Casos

De debe combinar este procedimiento al de Simon-Mackwald p.e. Cuando se trate de un Cuello fundamentalmente hipertrófico y en el que la retracción dada por el método de Poggi, sea insuficiente.

Espero, Señores Catedráticos, fia
do en vuestras generosidades, que
aprobaris este trabajo, que para
cumplir con un deber reglamenta-
rio, someto a vuestra considera-
ción; trabajo que ha sido ins-
pirado por la iniciativa y el
nuevo giro que toma entre noso-
tros esta importante rama de la
Cirugía, debido a los esfuerzos
de nuestros más traidos maestros de Ca-
vallo.

Firm. Director 12 clas. for
Puis J. Duffant

3º Cistórias Clínicas

J. P. nacida en el Callao, de 19 años, temperamento sanguíneo, constitución fuerte, ocupó la Camilla N.º 8 de la Sala de la Merced; Servicio de Clínica Ginecológica del Dr. C. J. Carallo.

Sin antecedentes morbosos hereditarios, solo mencionare entre los personales, una blenorragia año y medio antes de su ingreso al Hospital, 15 de Octubre del año del 1898.

Previamente a los diez años, su menstruación fue siempre irregular y acompañada de fuertes dolores. Antes de cada época menstrual, la enferma tenía 3 ó 4 días de supuración que se prolongaba a los 7. siguientes de duración de sus reglas.

No ha tenido embarazo, ni aborto. Además, se quejaba la enferma de pérdidas abundantes, amarillentas y espesas.

Exploración externa. Nada de particular; todo correspondía a una multipara.

Exploración interna. Colocada la enferma, en decúbito dorsal, nada se notó en los órganos genitales externos.

Al tacto vaginal, se observa algo de hiperestesia en la vagina Un Cuello largo, de pequeño orificio Circular y Con labios desiguales predominando el Anterior. El dedo salió Cubierto por una secreción abundante, Grumosa. Hecho el análisis Microscópico de ese líquido en el sentido de una infección gonocócica, el resultado fue negativo.

Por medios del especulum se comprueba una extensión muy marcada del orificio del Cuello, Con prominencia del labio Anterior y abangamiento total del Cuello. Cuello lapirotado.

El Color de la mucosa era rojo violáceo y entre la Cantidad y el orificio interno del Cuello, habían grandes masas de muco - pas que l'ambien se espacian en la vagina). Mictis del Cuello y Cuerpo del útero. Dimensiones de la Cantidad del útero $7\frac{1}{2}$ Cent. de los gem $3\frac{1}{2}$ para el Cuello.

Tratamiento. Se practicó primero un Curetaje y después fue operada por el procedimiento de Pozzi el 10 de Noviembre

En Noviembre 28, dia en que sa
lio de aeta, el Cuello, Ovidio en
los valvulas habia sufrido una retrac
cion manifiesta

Posteriormente fue obser
vada por el Dr. Minubela. Ha
retraccion Continua. Ha perma
necido del Conducto Cervical en
Suficiente para permitir el paso
de un Catetero de mediano Ca
libre. Ha masticacion no habia
tenido lugar hasta esa fecha, pe
ro la enferma se sentia y se de
cia curada.

M. G. v. de Y. nacido en Quito
de 34 años de edad, de profesión
Corturero, de Constitución débil, tem-
peramento linfofático, vió fiera a la
Sala de la Meced, el 17 de Octo-
bre del 1898. ocupando la Cama
no 1.

Antecedentes heredales. Nulos
previos a su nacimiento. História
Reyes anteriores y después de su ma-
trimonio. Diámenes.

Niños de embrazos. Ni siquid.
Su enfermedad se inició cuando
la apariencia de la pubertad.
Yeran dolores constantes, exacerbados
después la menstruación, en el
lado izquierdo principalmente.
Secreción mucosa profusa abun-
dante.

Examinada este enferma se comprobó
la existencia de un Cuello Cónico, de Consis-
tencia dura, que presentaba un nódulo redondo
y muy reducido

Dra. J. J. Sánchez. Estomacitis Confusa. Endometritis
gratamente. Injertos y fármacos va-
namente. Antisepticos. Dilatación por
los sondos de Kirsch y final-
mente desescisión del Cuello.

M. Ch. de S. de 26 años de edad, natural de Ycaz, ingresó el 24 de Julio de 1.889 y ocupó la Cama nro 24 de la sala de la Merced.

Antecedentes hereditarios. Nulos
" personales. Placu dismó
Vascular. Blenorragia.

Número de embarazos. Nueve.
Menstruaciones irregulares, muy dolorosas. Duración 4 o 5 días.

Flores blancas en regular cantidad.
Dolores constantes, de preferencia en la zona ilíaca derecha.

Exploración externa. nada anormal.

Id. interna. Dolorabilidad vaginal dolores.

Útero. Orificio pequeño y circular, indurado y prominente, asiento de notable hiperestesia, da sangre en pequeña cantidad.

La porción vaginal. de un color cilíndrico, es de forma cónica, constructura clara y está ligamente tripartita. Fondo del útero. Grande, doloroso. Por el tacto rectal, se le encuentra aumentado de volumen. Dirección fija. Anteversión diagnosticada. Metritis. Estenosis. Gran aumento. Curativo de la metritis y disociación.

J. Y nacida en ello su fua, de 34
años; de edad; profesion Lavandera,
ingresó el 10 de Nov. de 1898, ocupando
la Camas Dr. F. de la Sala de la Miser.

Antecedentes trae de tiempos de su fua.

Personales

Niños de embarazos de su fua.
Refluxo dismenorróico desde la puber-
tad. Durante un año tuvo amenorrea.
Flores blancas en escasa cantidad y
de pronunciado mal olor.

Tres poloraciones extensas. Nada de poloraciones
intensas. Desarrolló la
vaginal exageradas. Oídos interiores
muy estrechos, de forma Circular.
Porción vaginal del útero. Forma Cónica
hacia Anterior. Dimensiones 3 1/2 cent.
Hipertrofia.

Dimensiones de la Cantidad uterina. 7 cent.
Diagnóstico. Endometritis. Estenosis. Hipertrofia.
Tratamiento. Operada por el proce-
miento de Simon Mackwold. el 6.
de Diciembre.

Éxito — Curación.

1^o 150
Dra. S.

J.

