

Sesión científica del día 29 de mayo de 1920

PRESIDENCIA: DOCTOR CARULLA

## Sobre la técnica para la ablación de los fibromas nasofaríngeos

Por el doctor R. BOTEY

La eradicación de los pólipos fibrosos del cavum retronasal, constituye para mí una operación penosa, difícil y sobre todo hemorrágica en extremo, por cuya última circunstancia efectúola siempre con cierta emoción.

Sabéis que estos neoplasmas están constituidos por una trama dura, fibrosa, compacta, resistente, insertada de modo tan íntimo en el esqueleto que parece formar cuerpo con él. Estos fibromas, que como no ignorais poseen muchos vasos, son de pronóstico grave. Esta severidad del pronóstico es debida al carácter invasor de estos neoplasmas en una región peligrosa, a las dificultades técnicas de su extirpación y a la formidable hemorragia que se origina durante el acto operatorio, hemorragia que puede en algún caso, ser mortal.

Creo, con la mayoría de rinólogos, que el punto de inserción de estos tumores no es la apófisis basilar, como con Nelatón se lo figuran muchos, sino que esta inserción es esfenoidal, apoyándome para ello en mis exámenes rinoscópicos desde hace más de treinta años en el principio de la evolución de estos neoplasmas, mientras que la opinión sustentada por los cirujanos se funda en exámenes tardíos, cuando el fibroma ha invadido la faringe y las fosas nasales.

En cuanto a la técnica operatoria objeto principal de mi comunicación, he de decir, que desecho en la actualidad, para la ablación de los fibromas nasofaríngeos, la *electrolysis*, el *asa fría*, el *asa galvanocautística* y la *pinza cortante*. Todos estos medios adolecen del inconveniente común de dejar intacta la base de implantación del neoplasma, con lo cual se originan copiosas hemorragias en el acto operatorio o después de él, produciéndose además la recidiva en plazo más ó menos breve, por haber practicado una operación incompleta.

Restan tan sólo dos procedimientos operatorios: el *desprendimiento del pedículo por el legrado y su arrancamiento por torsión*. El *despegamiento del pedículo* con las legras de Doyen ó de Escat, muy en boga hace dos ó tres lustros, ha perdido mucho terreno. El instrumento de Doyen se adapta mal a la bóveda nasofaríngea. El de Escat, aunque mejor construído, no despega el pedículo en la línea de su inserción al esqueleto; secciona este pedículo, si corta bien, en vez de desprenderlo, favoreciendo la hemorragia; y si no corta inútilmente contra un tejido resistente y elástico, prolongando un acto operatorio cuya primera condición debe ser la rapidez.

Además, la formación de cada faringe nasal siendo variable; según la edad y los individuos, pocas veces se adapta su inclinación a la del instrumento, resultando una sección imperfecta que origina profusa hemorragia.

En cuanto a las adherencias del fibroma con las regiones vecinas, tengo para mí, que su rotura es fácil y si somos dueños del pedículo, al tirar de él con energía sale, ordinariamente, todo el neoplasma.

El *arrancamiento del fibroma por torsión* es, en mi sentir, el método preferible tanto si atacamos el tumor por las vías naturales, como si abrimos brecha para facilitar su extracción. Si extirpo el fibroma por las vías naturales, opero con la luz frontal del fotóforo o del espejo de Brünings o de Klaar y con el abre bocas doble de Collin que se sostiene solo aun contra la voluntad del enfermo.

Intervengo casi siempre por la vía oro-faríngea, porque en la mayoría de mis enfermos el fibroma llenaba el *cavum*. Si el sujeto es muy dócil, opero alguna vez en posición laringoscópica y con la anestesia local, teniéndolo todo preparado para tender al enfermo en caso de abundante hemorragia.

Prefiero hoy, sin embargo, operar siempre en posición de Rose, tanto si cloroformizo como si utilizo la anestesia local, puesto que de esta conformidad me aseguro de la no penetración de sangre en las vías aéreas, en caso de copiosa hemorragia.

Si la inserción parece ser un tanto basilar, y no negaré que en algún caso no pueda serlo, recorro a la pinza de Lubet-Barbon. Si esta inserción es esfenoidal, válgame de la pinza de Escat instrumento que permite agarrar el fibroma no solamente junto a las coanas, sino sobre la bóveda nasofaríngea.

Insinuado el instrumento, un bocado a cada lado del fibroma, aprieto las ramas al mismo tiempo que tuerzo el pedículo del tumor, tirando con fuerza del mismo.

Si he cogido el pedículo del fibroma en su totalidad, cosa poco común, sale la masa del tumor por entero con sus prolongaciones, cesando en seguida la hemorragia.

Però si no hemos hecho presa más que de una porción de neoplasma, como acostumbra suceder, el arrancamiento es parcial y la hemorragia formidable, debiendo repetir los golpes de pinza, no cesando aquella hasta la completa extracción del pólipo fibroso.

He ahí un ejemplo edificante de uno de mis primeros operados, hace algunos años:

Eugenio Casany, 16 años.

Hace cerca de tres años que tiene profusas epistaxis, estando, a consecuencia de ellas, profundamente anémico y desmedrado.

Respira mal por la nariz.

Ha sido tratado sin resultado por distinguidos laringólogos, ingresando últimamente en el Hospital de la Santa Cruz, de donde salió sin haber sido operado.

**Diagnóstico.**—Fibroma nasofaríngeo, ocupando todo el *cavum* y emergente más de un centímetro bajo el velo palatino empujado hacia delante. Prolongación tumoral en la fosa derecha, obstruida en sus dos tercios posteriores. Pólipo operable por las vías naturales.

Cocainizada la fosa nasal y la faringe, el chico se pone nervioso, con tendencia al síncope y pulso filiforme. Es un paciente rebelde de toda rebeldía que se deja operar del mal talante.

Posición laringoscópica. Sujeción en la silla de Taptas.

Colocado el abrebocas de Mackenzie, utilizo primero la pinza de Lubet-Barbon, con el fin de seccionar el pedículo en su inserción basilar. Esta pinza despega parcialmente las inserciones más posteriores del fibroma, arrancando tan sólo una pequeña porción del mismo. La hemorragia es abundante.

Introduzco entonces la pinza de Escat; aprieto enérgicamente sus ramas con ambas manos y tuerzo el tumor, tirando después de él. Luego de varios tirones infructuosos no consigo arrancar más que un trozo algo mayor que el conseguido con la pinza de Lubet-Barbon. La hemorragia entretanto, es más copiosa aún. Nueva presa con la pinza, seguida de torsiones, que consiguen poca cosa.

El enfermo en aquel trance supremo, en el que hace falta concluir pronto para acabar con la peligrosa efusión de sangre, se quita el abrebocas y se opone resueltamente a que se le opere. Cierra la boca, pateo, insulta, quiere salirse de la silla, exponiéndose así a morir en el acto.

Se le sujeta y abre la boca contra su voluntad. Con la pinza de Escat, previo legrado para despegar la base del tumor, se arranca otra porción del fibroma, quedando en la bóveda nasofaríngea una gran parte del mismo.

El enfermo sigue perdiendo sangre en abundancia y defendiéndose ferozmente. Por fin, aparece la asfixia, por por caída de sangre en las vías aéreas, y rápidamente sobreviene el síncope respiratorio. Los asistentes, incluso el padre del enfermo, creen que ha sucumbido.

Se desata al operado y se coloca rápidamente en la mesa operatoria, la cabeza colgante al mismo tiempo que mi ayudante efectúa la respiración artificial.

Resurge, al poco rato, la respiración, expulsando el chico 2 ó 300 gramos de sangre.

Colocación en el *cavum* de una esponja de goma, sistema ideado por mí y del que os hablé el año pasado al ocuparme del tratamiento de las epistaxis. La esponja logra aquí también cohibir la formidable hemorragia instantáneamente. Esta esponja es sostenida con dos dedos, que la aprietan contra la bóveda nasofaríngea durante breves minutos.

Se reanuda la operación en posición de Rose, arrancando con la pinza de Escat algunos otros fragmentos del tumor, con la consiguiente profusa hemorragia. La sangre acumulada en el fondo de la boca no permite ver la faringe ni el velo palatino, mas ello no importa. Sin embargo, ya no se ahoga nuestro enfermo; cae la sangre por las ventanas de la nariz y por un ángulo bucal; la posición de Rose aseguró la no penetración de sangre en las vías aéreas.

A pesar de todo sigue el enfermo defendiéndose encarnizadamente, dificultando toda maniobra incluso la de mantener la boca abierta.

Por último después de una lucha violenta, en la cual lo sujetan a viva fuerza cuatro personas sobre la mesa operatoria, consigo arrancar la porción restante del fibroma, arrastrando con ella la prolongación nasal.

Desde aquel instante cesa por completo la hemorragia, dándose por concluida la operación.

El tacto nasofaríngeo indica que el fibroma fué totalmente extirpado. La rinoscopia enseña que el neoplasma se insertaba en la cara interna de la base de la apófisis pterigoides derecha, junto al borde superior de la coana. Esta inserción era pues, como de costumbre, puramente esfenoidal.

Este caso demuestra una vez más el peligro de la ablación radical de los fibromas nasofaríngeos, peligro debido a la formidable hemorragia que se origina al pretender extraerlos, puesto que en pocas ocasiones se logra eradicar todo el tumor de una sola vez; peligro debido a la posición rinoscópica y a la indocilidad de algunos enfermos, que favorece la asfixia por caída de sangre en las vías aéreas.

Este caso evidencia también que en semejantes trances deberá colocarse un abreboças imposible de quitar por parte del enfermo, el cual será sujetado a la mesa operatoria con ataduras y en posición de Rose, tanto si se le opera con cloroformo como si se utiliza la anestesia local. Con la cabeza colgante hemos visto que por mucha que sea la sangre vertida, no cae en las vías aéreas, se acumula en el fondo de la boca y sale por la nariz, resultando inútiles la traqueotomía, la intercrico y la intubación peroral.

Muestra también este caso que la esponja de goma surte excelente efecto para cohibir la hemorragia.

La pinza de Escat es un buen instrumento, pero los bocados son un tanto estrechos, no alcanzando a pellizcar todo el tumor. La cavidad nasofaríngea ensanchada por el fibroma, permite que la pinza se deslice por delante o por detrás del tumor, cogiéndolo tan sólo parcialmente, principalmente cuando ha sido reducido por los arrancamientos anteriores.

Para extirpar los fibromas en cuestión, ante todo es necesario cogerlos en totalidad, cerca de su base de implantación y torcer mucho su pedículo para tirar de él. El éxito de la maniobra estriba primordialmente en poder ejercer esta torsión del pedículo, el cual una vez bien torcido sale con mínimo esfuerzo de tracción. Esta torsión es limitada, dado que la pinza metida en el cávum no puede dar vueltas.

A fin de conseguir una buena presa y una completa torsión, manda construir esta pinza (fig. 1).

Cogido el fibroma con ella por la base de implantación, dando vueltas a los bocados, a beneficio de la palanca que mueve el mecanismo rotatorio, y a las pocas vueltas queda desprendido el neoplasma con escaso esfuerzo, cesando la hemorragia si se ha conseguido arrancar el fibroma por entero. La anchura de los bocados de nuestra pinza (18  $\frac{m}{m}$  en vez de 10  $\frac{m}{m}$  que tiene la de Escat) hace ocuparla casi todo el cávum y permite coger el pedículo sin dislizamientos. Excuso indicaros que hasta mi pinza no ha servido hasta la fecha más que para fibromas nasofaríngeos de no muy grande volumen; a pesar de que llenaban el cávum, no costó de modo extraordinario su introducción por entre el tumor y las paredes de la faringe.

Cuando existen prolongaciones inaccesibles por las vías naturales, y éstas no poseen luz suficiente, hay que labrar una vía artificial, no haciendo falta entonces pinzas especiales para la ablación del fibroma.

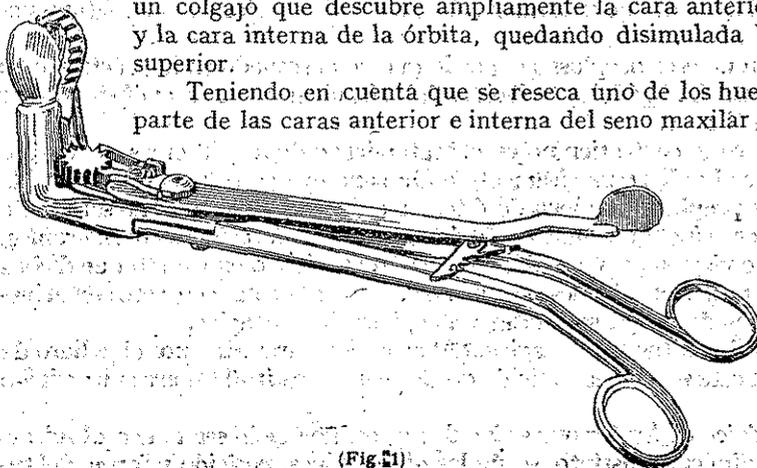
Rechazo los antiguos métodos quirúrgicos, tales como: la rinotomía mediana de Ollier, la rinotomía infralabial de Laurens, la uranectomía de Nelatón, y sobre todo la resección del maxilar superior, para utilizar tan sólo la vía transmaxilar nasal, que no creo pertinente describir.

La incisión a lo largo del surco nasogeniano que contornea el ala nasal, me ha proporcionado poca luz. Si se añade a esta incisión un corte horizontal que sigue el borde inferior de la órbita hay mayor campo operatorio, pero queda después una cicatriz visible en la mejilla. Prefiero suprimir la incisión infraorbitaria y añadir a la nasogeniana un corte vertical del labio en la línea media, creando con ella un colgajo que descubre ampliamente la cara anterior del antro maxilar, la fosa nasal y la cara interna de la órbita, quedando disimulada bajo el bigote la cicatriz del labio superior.

Teniendo en cuenta que se reseca uno de los huesos propios, la apófisis ascendente y parte de las caras anterior e interna del seno maxilar y de la órbita, esta incisión procura

una ancha vía de acceso para intervenir hacia el *cavum*, el seno esfenoidal, la apófisis basilar, la hipófisis, el antro maxilar y la fosa pterigomaxilar, convirtiendo en inútil la resección del maxilar superior.

Pienso que la transmaxilo nasal es una intervención que puede calificarse de *cariñosa*, si se la compara con la brutal resección del maxilar superior, más



(Fig. 1)

traumatizable, más mutilante, más shokante y más hemorrágica para, puesto que aquella deja intacta la boca, el suelo de la órbita y la inervación sensitiva de la región geniana. La transmaxilo nasal es una operación estética, por quedar oculta la cicatriz por los pliegues del rostro y porque en ella se respetan las partes salientes de la cara (pómulos, rebordes orbitario y alveolar), los dientes y las uelás.

En conclusión: la mejor técnica para la ablación de los fibromas nasofaríngeos en el arrancamiento por torsión de las vías naturales.

Si esta torsión es completa, el pedículo del tumor se desprende en el acto.

Con la pinza Escat y otras análogas esta torsión es incompleta.

Si los bocados de la pinza son anchos y giran independientemente de sus ramas, como lo efectúa mi instrumento, se conseguirá esta torsión.

Para evitar la penetración de sangre en las vías aéreas, se operará en la posición de Rose, cloroformizando de preferencia al enfermo.

Cuando las dimensiones del tumor y su penetración en las cavidades de la cara no permitan su radiación por la boca, se apelará a la vía trans-maxilo nasal, deseando las demás y principalmente la resección del maxilar superior.

#### DISCUSION

El doctor Cirera tomó la palabra para recordar que mediante la diatermia se facilitaban grandemente las intervenciones en el cávum y fosas nasales ya que con su empleo se puede operar con menos campo operatorio y no se presentan hemorragias, puesto que la electrocoagulación de la neoplasia precede a su extirpación. Además, presenta la ventaja de que un neoplasma electrocoagulado disminuye considerablemente de volumen. Ya Dóyen en el III Congreso de Fisioterapia de París (1910) presentó una serie de casos verdaderamente notables, que sólo por este medio pudieron ser operados.

Dice el doctor Esquerdo que 30 años atrás, cuando los cirujanos todavía tenían que hacer las especialidades, había tenido que operar pólipos naso-faríngeos y recuerda al efecto dos casos muy graves de los cuales uno curó y el otro murió a las seis horas de operado por hemorragia. Se trataba de casos de tan ancho pedículo que no habría sido posible cogerlos con ninguna pinza. Alaba la pericia de los especialistas, porque con su técnica dominan fácilmente situaciones graves, pero a pesar de esto, no puede renunciar a las grandes intervenciones, aunque haya necesidad de levantar temporalmente el maxilar superior, que es la operación previa que más luz puede dar para extirpar un pólipo nasofaríngeo de extenso pedículo. Dice que aunque es una operación aparatosa, es operación que ha practicado varias veces con anestesia general y escasa pérdida de sangre, y que después no deja deformidad.

DR. SUNÉ Y MEDÁN.—Soy partidario, como el Dr. Botey, de operar esas neoplasias por las vías naturales siempre que las dimensiones y los puntos de inserción de las mismas lo permitan. Si el tumor es muy voluminoso y contrae adherencias en las coanas o en las fosas nasales, creo que es preferible extirpar el fibroma mediante una rinotomía y mejor aún la vía trans-maxilo nasal. Opino también que si hay dificultades de extirpación por vía bucal, puede intentarse la vía nasal anterior cuando es posible asir el tumor en pleno pedículo, como ocurrió en un caso operado por mí hace unos catorce años, en que a pesar de las enormes dimensiones de una de las porciones del fibroma (la que contenía el pedículo) cuyo tamaño era poco menor del de una mandarina, salió al exterior por la ventana nasal como si se destapara una botella.

Respecto al punto de inserción de esos neoplasmas, por lo que he observado en la práctica creo también que radica al nivel de la base de las apófisis pterigoides del esfenoides, no en la apófisis basilar como se había creído durante algún tiempo.

La hemorragia es realmente un serio contratiempo en el tratamiento de los fibromas del cávum pero estoy convencido que no reside el peligro precisamente en la zona que corresponde al punto de implantación del tumor, sino en la propia naturaleza de éste. En efecto, esos fibromas no solamente son muy ricos en vasos sanguíneos, sino que muchos de éstos ofrecen dilataciones considerables, constituyendo lagunas que al abrirse vierten gran cantidad de sangre; teniendo en cuenta que dichas arborizaciones en algunos casos son muy superficiales, no es extraño que al menor contacto con el instrumento quirúrgico en las maniobras de presa, se produzcan copiosas hemorragias.

Dejando aparte el modo de cohibir estas hemorragias, el hecho tiene gravedad por el peligro de caer la sangre en las vías aéreas, y en este sentido la posición de Rose es insustituible para evitar dicho accidente.

En cuanto al tratamiento rinológico de los fibromas rino-faríngeos, no puede ser nunca el mismo puesto que cada caso requiere procedimiento distinto, según las dimensiones, posición y forma del tu-

mór. Con un asa fría robusta bien colocada en el pedículo y tirando fuertemente del alambre con un tornillo a presión montado en un mango a propósito, se consigue muchas veces estrangular dicho punto de inserción, extirpando la neoplasia por arrancamiento. De esta manera he operado algunos casos con lisonjero resultado.

Respecto a otros procedimientos, recuerdo un enfermo en que viéndose claramente el pedículo del fibroma por rinoscopia posterior, pude rodear a éste con un gancho y seccionarlo mediante un pequeño bisturí por vía nasal anterior.

La pinza ideada por el Dr. Botey, sin duda facilita y consigue la rotación del pedículo, pero páreceme poco manejable en ciertos casos de cávum algo pequeño, y además no creo siempre factible la colocación del extremo rotatorio en el propio pedículo. De todas maneras, es digno de alabar este nuevo esfuerzo del Dr. Botey en pro de la cirugía rinológica y por ello le felicito.

Para terminar, dos palabras respecto de la malignidad de estos tumores de que ha hablado el Dr. Esquerdo. En efecto, dicho carácter depende de la constitución histológica, y los fibromas nasofaríngeos tienen tendencia a la degeneración sarcomatosa, creando el fibro-sarcoma, y el mixo-sarcoma. Pero se ha dicho que, aun ofreciendo esta degeneración maligna, es rara la reproducción, y a este propósito puedo afirmar que en el caso que operé hace catorce años se trataba de un fibro-sarcoma, y sin embargo vi al paciente siete años después de operado y no presentaba indicios de recidiva.

#### RECTIFICACION

Da las gracias a los Dres. Cardenal, Esquerdo, Cirera y Suñé y Medán por haberle honrado con sus atinadas observaciones a su comunicación.

Dice el Dr. Cardenal que su modelo de pinza solamente está destinada a los fibromas nasofaríngeos de mediano volumen y que con el instrumento que ha ideado no es posible extirpar los pólipos fibrosos que después de llenar la cavidad retrónasal, han invadido las fosas nasales, la órbita, la fosa ptérgo-maxilar, etc. En estos casos hay forzosamente que abrir la brecha en la cara para extraer el neoplasma por una vía artificial, puesto que es poco menos que imposible introducir los bocados de la pinza por entre las paredes laterales de la nasofaringe y el fibroma.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que la cavidad nasofaríngea queda a menudo muy ensanchada por el neoplasma y la pinza reduce el fibroma por su presión. El Dr. Botey no ha ensayado en estos casos la resección temporal del maxilar superior con el método de Kocher defendido por el Dr. Cardenal, porque considera la vía trans-maxilo nasal un método excelente gracias al cual se abre una amplia brecha hacia todas estas cavidades, no quedando después mutilación alguna.

En estos casos no hace falta pinza especial alguna; cualquiera pinza de bocados robustos sirve para la extirpación del fibroma, una vez puesto al descubierto en el fondo de la cavidad labrada.

Cree que no debe haber diferencia entre el especialista que interviene por las vías naturales y el cirujano que opera por la vía externa. El oto-rino-laringólogo para ser completo, debe poseer el triple carácter de médico, para conocer el enfermo en su totalidad, especialista, para saber diagnosticar y tratar el proceso con los instrumentos y habilidad necesarios; y cirujano, para intervenir por vía externa cuando conviene, constituyéndose en administrador único de todos los procedimientos del oído, fosas nasales, faringe y laringe.

Prueba de ello es que el otólogo ha sido el que ha creado la gran cirugía del oído, operando por vía externa no solamente los procesos infectivos de las cavidades del oído medio sino que penetrando en el cráneo y en el cuello para abrir el seno sigmoideo y ligar la yugular interna ha oficiado de cirujano operador.

Como laringólogo no solamente diagnostica y opera los procesos del órgano de la fonación con el espejillo gútural y los diversos instrumentos cuyo manejo requiere hábito y destreza, sino que interviene por vía externa ejecutando entre otras la extirpación total de la laringe, una de las operaciones más difíciles de la cirugía que es practicada en España y fuera de ella con mayor frecuencia por los especialistas que por los cirujanos generales.

En cuanto a la historia clínica relatada por el Dr. Botey, considérala digna de ser referida como ejemplo edificante, a pesar de que la mayoría de especialistas de Europa, contando entre ellos a Escat y a Moure, operan estos enfermos en posición sentada, arrancando los fibromas con la pinza cuando éstos no tienen prolongaciones inaccesibles, que es lo más frecuente, pues casi todos estos enfermos consultan ahora al especialista al principio del mal y no esperan, como antes, que haya invadido las fosas nasales y las cavidades de la cara.

Dice el Dr. Esquerdo que a pesar de las excelencias de la resección temporal del maxilar superior para abrir camino a la ablación de los fibromas nasofaríngeos voluminosos, prefiere la vía trans-maxilo nasal por las razones ya expuestas.

Dice el Dr. *Suñé y Medán*, que con razón prefiere operar por las vías naturales cuando se puede, utilizando la posición de Rose por sus ventajas innegables a pesar de la congestión pasiva ocasionada por el declive y que facilita la hemorragia, teniendo en cuenta que esta operación dura poco y que arrancando el pedículo cesa en seguida la hemorragia.

El asa, tanto fría como galvánica, no debe utilizarse, puesto que tiene el grave inconveniente de dejar intacto el sitio de implantación del fibroma, siendo causa por ello de hemorragia en el acto operatorio y después de él, como ya dije.

Recuerda el Dr. Botey un caso publicado por el Dr. Prada, de Madrid, en el cual el fibroma fue extirpado con el asa gálgano-cáustica, originándose después en los días sucesivos dos o tres hemorragias formidables a las que muy poco faltó para que sucumbiera el enfermo.

### Sesión científica del 14 de junio de 1920

#### PRESIDENCIA DEL DOCTOR CARULLA

## Un caso de estrechez vaginal adquirida

POR EL DOCTOR FELIPE PROUBASTA

Las estrecheces vaginales adquiridas son de una rareza extrema. Yo no conozco ningún tratado de Ginecología o de Obstetricia que se ocupe de ellas.

La causa de su rareza está en que las inflamaciones no toman en la vagina el suficiente desarrollo ni tienen la permanencia necesaria para dejar marcada huella de su paso. La vagina, sin glándulas y con drenaje fácil, se defiende brillantemente de los insultos infecciosos. A la agresión traumática, se forman con mucha mayor facilidad fistulas véscico-vaginales o recto-vaginales, que no bridas cicatriciales. Una vez formada la fistula, si que son frecuentes las bridas cicatriciales, que en casos se desarrollan exuberantemente para cerrar la abertura vaginal y constituir una cloaca con la vagina y la vejiga o el recto o con los tres órganos a la vez, cloaca que, contra toda lógica, es soportada a la perfección por el organismo y compatible con una vida prolongada.

La poca frecuencia de tales estrecheces me pone casi en la obligación de relatar un caso visto por mí en una muchacha joven, la que, *a priori*, parecía condenada a no poder ser esposa ni madre y que mediante un tratamiento, no diré apropiado, pues fué el azar quien lo impuso, pudo casarse y es hoy madre de un robusto niño.

En el mes de agosto de 1918 presentóse a mi consulta una joven de 24 años manifestándome que tenía las menstruaciones frecuentes, a veces dos veces al mes, abundantes, menorrágicas, de muchos días de duración, llegando en ocasiones a pasar treinta y más días sin quedar libre de pérdida hemática. Cuando desaparecía la sangre, era un flujo espeso, amarillo, en ocasiones mal oliente, el que salía por sus genitales. El pudor la había detenido a someterse a un examen médico; pero debiendo casarse dentro breve plazo, creió era un deber para ella procurar la curación de tales trastornos.

El único antecedente importante que recogí al preguntarle acerca su historia genital, fué que en la primera infancia tuvo una intensa vaginitis de cerca un año de duración, a pesar de repetidas curaciones.

Al examen ginecológico; los genitales externos eran normales; pero al proceder al tacto vaginal, el dedo quedaba detenido a unos cuatro centímetros por una bóveda formada por las paredes vaginales y en la que un fino estilete pudo descubrir un estrecho agujero, no central, sino situado en el lado izquierdo. Sin quitar el estilete insinuado en dicho orificio hice el tacto rectal, por el que pude percibir un cordón de apariencia fibrosa y a su continuación se hallaba la matriz.

El concepto patogenético era bien claro: una vaginitis infantil había determinado una estrechez vaginal, análoga a las estrecheces uretrales blenorragicas del hombre. Las dificultades del drenaje uterino eran la causa de la endometritis con su cortejo de trastornos menstruales.

El pronóstico *quod functione* no podía para mí ser peor. No veía manera de vencer ni modificar