

## LAS SINEQUIAS UTERINAS DE ORIGEN TRAUMATICO (Análisis de 45 casos)

Dr. LUIS RICAUD ROTHOT \*

Dr. FRANCISCO CASTRO CARVAJAL \*\*\*

Dr. ELIAS S. CANALES PEREZ \*\*

Dr. DAVID SALAS VILLAMAR \*\*\*\*

Hospital de Gineco-Obstetricia N° 1

Instituto Mexicano de Seguridad Social, México, D. F.

Las sinequias uterinas, llamadas por distintos autores, sínfisis intrauterinas, adherencias o coalescencia de las paredes internas del útero, fueron descritas por primera vez en 1894, por Fritch (8), quien publicó un caso de atresia total de la cavidad uterina después de un legrado post-parto. Al año siguiente, Veit (19) reporta otro semejante después de un legrado post-aborto. Posteriormente diversos autores, Bass, Hald, Stamer (6, 9, 16), se ocupan del tema aunque refiriéndose solamente a aspectos parciales del problema. No fue sino hasta 1950 en que Asherman (1, 2) recoge experiencias anteriores, precisa factores etiológicos, define claramente las manifestaciones clínicas, señala la utilidad del estudio radiológico y reporta su experiencia en el tratamiento quirúrgico.

A partir de esto se multiplican las publicaciones sobre el tema, destacando los trabajos de Netter, Musset, Dalsace, Salomón, Siegler, Topkins y nuevas publicaciones de Asherman (3, 4, 5, 7, 11, 13, 15, 18). En nuestro medio, uno de nosotros publicó en 1959 una revisión bibliográfica y su experiencia en tres casos (14).

En los últimos años hemos continuado interesados en el problema, tratando de acrecentar nuestra experiencia, buscando explicación a trastornos funcionales que a veces acompañan a las sinequias e interesados en conocer la importancia real que el llamado síndrome de Asherman tienen en la patología Gineco-Obstétrica, especialmente desde el punto de vista del futuro obstétrico de la paciente.

---

\* Jefe de los Servicios de Gineco-Obstetricia.

\*\* Gineco-Ostetra.

\*\*\* Médico-Residente.

\*\*\*\* Del Departamento de Radiología.

Para esto nos proponemos analizar los casos de sinequias uterinas vistos en nuestro hospital en los últimos dos años, haciendo finalmente consideraciones sobre las distintas técnicas quirúrgicas que venimos utilizando.

### MATERIAL Y METODOS

Siendo el legrado uterino post-parto la condición etiológica más frecuente en la aparición de una sinequia, tomamos un primer grupo de 50 pacientes toxémicas a las que con fines de otra investigación les practicaron un legrado uterino instrumental con cucharilla cortante, en el post-parto inmediato.

Un segundo grupo se formó con 45 pacientes en las que la histerosalpingografía demostró algún tipo de sinequia uterina, independientemente de si tenían o no sintomatología sugestiva, pero en las cuales había el antecedente de uno o más legrados post-parto o post-aborto o alguna intervención quirúrgica que la justificara, a excepción de las que pueden aparecer después de una electrocoagulación o cauterización de cuello, quedando también eliminadas las sinequias no traumáticas de origen tuberculoso que algunos autores llaman espontáneas.

A 30 pacientes del primer grupo se les practicó histerosalpingografía entre los 2 y 12 meses después del legrado; como las 20 restantes estaban nuevamente embarazadas, este estudio no se realizó.

En todos los casos del segundo grupo se hizo el análisis de los antecedentes, especialmente su tipo menstrual, presencia o no de dismenorrea, infección previa o posterior al legrado, su número, momento en que se practicó y técnica seguida, así como la localización de la sinequia. Clasificados estos elementos de estudio, se hizo su comparación con las condiciones del aparato genital después de la formación de la sinequia, investigando si aparecieron problemas de esterilidad o infertilidad.

En los casos en que se hizo tratamiento quirúrgico para la corrección de la sinequia, se analizaron nuevamente los mismos elementos para valorar técnicas y resultados.

### RESULTADOS

En las 30 pacientes del primer grupo a las que se practicó estudio radiológico no se encontró ningún tipo de sinequia, debiendo aclarar que en este grupo no hubo infección clínicamente demostrable previa o posterior al legrado. Se ha programado histerografía en las pacientes actualmente embarazadas después de su parto ya que no es posible descartar una sinequia parcial por el hecho de haberse embarazado.

En adelante nos referiremos solamente a los resultados del análisis del segundo grupo.

CUADRO Nº I

Edad	22 a 45	33
Gestas	0 a XV	5
Paridad	0 a XII	3
Abortos	I a IX	2
Cesáreas	V	

Como se demuestra en el Cuadro Nº 1, la edad de las pacientes osciló entre 18 y 49 años, encontrando como edad promedio la de 33.5 años, cifra que solamente demuestra que el padecimiento se presenta fundamentalmente en la época de procreación. El promedio de gestas fue de V con un máximo de XV y II nuligestas, estos casos correspondieron a una paciente a la que se le practicó 3 legrados con fines de diagnóstico y tratamiento, la otra estéril primaria fue sometida a una neoimplantación tubaria.

La paridad fue de 0 a 12 con promedio de 3. Nueve pacientes no tuvieron antecedentes de abortos, a 5 se les practicó operación cesárea seguida en 4 ocasiones de legrado, las 4 restantes fueron sometidas a intervenciones que posteriormente se analizan.

En el Cuadro Nº 2 se analizaron el tipo menstrual previa y las modificaciones, cuando las hubo, después de la formación de las sinequias.

CUADRO Nº II

Sin trastorno menstrual previo	37	
Con trastorno previo	8	
Pacientes sin alteración previa cuyo tipo menstrual se modificó	19	
Amenorrea - más de 6 meses	4	
Proio-polihipermenorrea	7	
Polihipermenorrea	1	
Proio-hipermenorrea	2	
Opso-oligo-hipomenorrea	1	
Opso-hipomenorrea	3	
Oligo-hipomenorrea	0	
Poli-hipomenorrea	1	
TOTAL	19	51.3 %
TRASTORNOS POR EXCESO	10	casos
TRASTORNOS POR DEFICIT	9	casos

En los casos en que existía trastornos menstrual previo, 6 lo eran por exceso y 2 por déficit. Después de la aparición de la sinequia, 4 casos que tenían proimenorrea se normalizaron, en los restantes no hubo modificación.

En 44 pacientes no existía dismenorrea previo o fue tan moderado que no llamó la atención. En 17 casos ésto apareció después de la formación de la sinequia y en grados variables que fueron valorados de + a + + +. En un solo caso la dismenorrea desapareció con el legrado a pesar de que éste dejó una sinequia corporal parcial.

En 41 casos hubo antecedente de uno a siete legrados uterinos que se distribuyen como se ve en el Cuadro N° 3.

CUADRO N° III

Legrados Post Aborto	30 casos
Post Parto	9
Por S. G. A.	2
Otras intervenciones	4

El número de legrados post-aborto varió de 1 á 7 en uno misma paciente y los practicados en el post-parto de 1 á 3, en uno de los casos hubo 3 legrados en el mismo puerperio post-parto. De acuerdo con otros reportes y nuestra propia experiencia, el legrado que se hace fuera del estado grávido puerperal raramente deja sinequia, sin embargo, 2 de nuestros casos la presentaron después de legrados para corregir sangrado genital anormal.

En los Cuadros Nos. 4, 5, 6 y 7 analizamos el momento en que se practicó el legrado, la técnica que se siguió, así como si hubo o no infección, elementos que consideramos de capital importancia y que serán discutidos en el comentario final.

CUADRO N° IV

## TIEMPO EN QUE SE PRACTICO EL LEGRADO \*

	0 - 3	3 - 10 días	más de 10 días
Post-Parto	4	1	4 casos
Pos-Aborto	30		

\* Se excluyen 2 por S. G. A.

CUADRO N° V

LEGRADO INSTRUMENTAL	37
LEGRADO DIGITO INSTRUMENTAL	17

CUADRO N° VI

<b>Legrado post parto inmediato-digi. inst más infección</b>	
2 legrados	3 casos
3 legrados	1 caso
TOTAL	4 casos
<b>Legrado post parto digit. inst. después - de 3 días más infección</b>	
1 legrado	3 casos
2 legrados	1 caso
3 legrados	1 caso
TOTAL	5 casos

CUADRO N° VII

LEGRADO INSTRUMENTAL O DIGITO INSTRUMENTAL  
POST ABORTO

Con infección	22 casos
Sin infección	8 casos
Total	<hr/> 30 casos

Como se observa en estos Cuadros, en todos los casos de legrado post-parto estuvo presente la infección y en la mayor parte de las practicados después de un aborto. Creemos importante señalar de una vez que inmediatamente después del parto la cavidad uterina es muy amplia y que no es fácil suponer que un legrado, por profundo que sea, pueda hacer que se adosen y cicatricen las paredes uterinas, por lo menos a nivel de su cuerpo. En cambio cuando pasa más tiempo y la cavidad se reduce, parecería más fácil que esto suceda. En los casos que presentamos se agregó infección y legrados repetidos. Esto explica el porqué no en todos los legrados post-parto se provocan sinequias, si no están presentes alguna de estas dos condiciones.

Después de un aborto más fácilmente las paredes uterinas se ponen en contacto como consecuencia de la menor capacidad de la cavidad, es por esto que aún en ausencia de infección clínicamente demostrable tuvimos 8 casos en que el legrado dejó como secuela una sinequia. En las pacientes con sangrado genital onormal el legrado fue instrumental con cucharilla cortante y no se asoció infección. No por esto restamos importancia a este factor agregado, al que seguimos considerando casi imprescindible.

Por su localización las sinequias se distribuyen como se ve en el Cuadro N° 8.

## CUADRO N° VIII

## SINEQUIAS CORPORALES

Parciales	22
Totales	1
	<hr/>
Total	23

## SINEQUIAS CERVICOISTMICAS

Con permeabilidad	10
Sin permeabilidad	1
	<hr/>
Total	11

## SINEQUIAS CERVICALES

Con permeabilidad	9
Sin permeabilidad	2
	<hr/>
Total	11

De acuerdo con estos resultados, tuvimos 4 casos en que no era posible hubiera songrado menstrual aparente, uno de ellos por desaparición total de la cavidad corporal y tres por obstáculo en porciones más bajas, de éstos sólo en uno hubo hemotometra, el que correspondió a la operación de Manchester, datos que serán discutidos posteriormente.

El resto de los casos se acompañó de trastornos menstruales variables que ya han sido señalados.

El motivo de consulta de las pacientes, Cuadro N° 9, fue esterilidad secundaria, abortos de repetición, trastornos menstruales; sólo una consultó exclusivamente por la dismenorrea y dos más fueron enviadas de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital porque tuvieron duda de sinequia en la revisión post-parto.

## CUADRO N° IX

Trastornos Menstruales	23
Infertilidad	11
Esterilidad Secundaria	3
Esterilidad Primaria	1
Interconsulta	2
Otras	5
	<hr/>
TOTAL	45

De los 45 casos que se analizan sólo tratamos 14 (31%). Los razones por las que no intervenimos a las demás son algunas de las siguientes: En unos casos la sinequia era poco extensa y no ocasionaba dismenorrea, trastornos menstrual de importancia o problemas de infertilidad, otras, después del legrado se vieron curadas del trastorno menstrual por exceso que las llevó a consultar y no aceptaron una nueva intervención para corregir su sinequia. De todos modos se prosigue su control y podrá modificarse la decisión tanto de parte de la paciente como de la nuestra.

El Cuadro N° 10 resume el tipo de intervención quirúrgica que se practicó y los resultados obtenidos.

CUADRO N° X

LOCALIZACION	TRATAMIENTO		RESULTADO
1 Corporal Parcial	Dilatación	- Tubo de hule	Emb. act. 20 semanas
2 Corporal Parcial	Dilatación	- Tubo de hule	Parto Normal
3 Corporal Parcial	Dilatación	- Sonda de Foley	Mejoría
4 Corporal Parcial	Dilatación	- Sonda de Foley	Mejoría
5 Corporal Parcial	Dilatación (perforación)		
	Histerotomía	- "Leep loop"	Mejoría
6 Corporal Parcial	Dilatación	- "Leep loop"	Mejoría
7 Corporal Parcial	Abdominal	- Tubo de hule	Exito
8 Corporal Total	Combinada	- Tubo de hule	Fracaso
	Dilatación	- Tallo acrílico. "Leep lopp"	Mejoría
9 Cérvico-ístmica (Obstrucción total)	Dilatación	- Tubo de hule	Fracaso
	Dilatación	- Tubo de hule	Parto Normal
10 Cérvico ístmica (Obstrucción total)	Dilatación	- Tubo de hule	Mejoría
11 Cervical	Dilataciones repetidas	-	Emb. act. 32 semanas
12 Cervical (Obstrucción total)	Dilatación	- Tallo ocrílico	Mejoría
13 Cervical	Dilatación	- Tubo de hule	Exito
14 Cervical	Dilatación	- Sonda de Foley	Exito

Como lo demuestra este Cuadro, pensamos que la mayor parte de las sinequias pueden resolverse por vía vaginal practicando una dilatación suficiente del cervix, la que resuelve de por sí las sinequias cervicales y las cérvico-ístmicas o como vía de acceso a las más altas, las que dependiendo de su antigüedad pueden ser seccionadas o rotas con más o menos facilidad con el mismo dilatador o el histerómetro; en general, presentan mayor problema las que tienen más de un año de formadas. Debemos considerar tam-

bién su situación, siempre es más fácil destruir una sinequia en plena cavidad que las que están en sus bordes, especialmente las próximas a los cuernos.

La posibilidad de perforar un útero en las corporales parciales es más remota y más factible en las totales o en las cérvico-ístmicas, sin embargo, tuvimos esa complicación en el caso 5, lo que nos obligó a practicar una histerotomía fúndica por vía abdominal y hacer la sinequiotomía con tijera.

Utilizamos solamente la vía abdominal en la paciente N° 7, en la que había otra indicación precisa para practicar laparotomía.

El caso 8 fue resuelto por vía combinada, o sea lo abdominal y vaginal simultáneas en 2 equipos. El dilatador que forza el paso de abajo hacia arriba permite el cirujano que trabaja en abdomen el localizar por una histerotomía, en este caso también fúndica, lo que fue cavidad uterina ahora transformada en una masa fibrosa, al mismo tiempo que ayuda que el dilatador no haga una falsa vía. Musset (10, 11) aconseja la vía combinada con un solo equipo, él introduce una mano a través de la laparotomía con la cual fija al útero, con la otra mano y por vía vaginal pasa el dilatador; así, dice este autor, se evita la histerotomía fúndica; nosotros pensamos que en caso de usar esta técnica puede quedar reservada sólo sinequias corporales totales en las cuales forzosamente debe hacerse la sección del útero para poder practicar la sinequiotomía lo más amplia posible y a lo visto del cirujano.

En algunos casos resulta más o menos fácil la destrucción de la sinequia, pero el problema es evitar su recidiva, para lo cual debemos impedir que las superficies cruentas vuelvan a quedar frente a frente. Para esto hemos seguido diversas técnicas según la extensión y localización de las sinequias, colocando distintos cuerpos extraños en la cavidad uterina; en un solo caso, el 11, la permeabilidad se conservó por dilataciones repetidas. En base a la experiencia de otros autores (12, 13) nos pareció inútil tratar de hacer injertos de endometrio, pensando que están destinados al fracaso.

Inicialmente y siguiendo las ideas de Asherman (2), colocamos tubos de hule fijados con puntos de seda en cuello, en algunos tipos de sinequia como en los casos 1, 2, 8, 9, 10, 13, los cuales dejamos por 15 días; en dos casos (8 y 9) el tubo fue expulsado en los primeros cinco días, por lo que recurrimos a nueva aplicación de otro cuerpo extraño.

En los casos 3 y 4 se colocó una sonda de Foley durante quince días. Teniendo cuidado de que el globo permanezca bien inflado no hay posibilidad de que se expulse o por lo menos nosotros no tuvimos esta contingencia. En la paciente 14 la sonda se puso para mantener la permeabilidad del cervix y solamente como un medio para sostener un tubo de hule introcervical. Creemos que la sonda con globo especialmente diseñada por Musset (10) para estos casos representa escasa ventaja sobre la de Foley.





Figs. Nos. 1 y 2.— Sinequia Corporal parcial antes y después del tratamiento.



Figs. Nos. 3 y 4.— Sinequias Corporales Parciales.



Figs. Nos 5 y 6.— Sinequia Corporal Parcial antes y después del tratamiento.

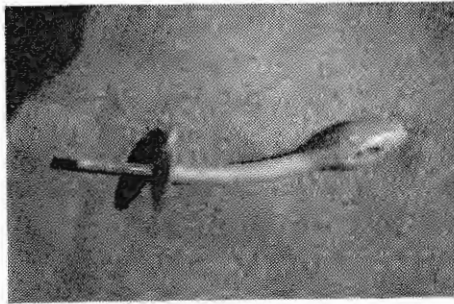


Fig. N° 7.— Tallo de acrílico usado en algunos de nuestros casos.



Fig. N° 8.— Tallo de acrílico colocado.

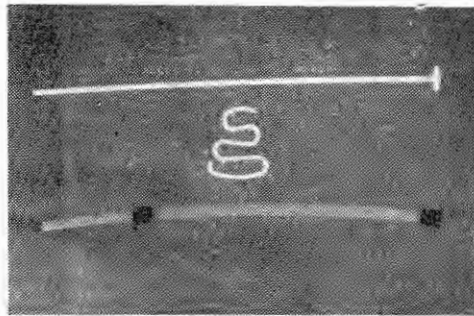


Fig. N° 9.— "Loop" y conductor

En el caso 8, en su segunda intervención colocamos un tallo de acrílico de los que usa Loría en nuestro hospital para estimular el crecimiento uterino; encontramos así una nueva aplicación del tallo de la que no hemos encontrado ninguna referencia, sin embargo, por tratarse de un útero de dimensiones muy reducidas, el tallo no fue bien adaptado, siendo expulsado al cabo de 3 días, teniendo que recurrir por tercera vez a otro cuerpo extraño, en esta ocasión, uno de los dispositivos de plástico que se vienen usando para hacer anticoncepción y que se conoce como "Leep loop" el cual fue colocada sin anestesia y sin necesidad de nueva dilatación. Este "loop" ha sido dejado hasta la fecha (3 meses), con la idea de estimular el crecimiento de este útero pequeña, ya que tenemos algunos casos de hipoplasia que hemos mejorado con esta técnica, la cual reportaremos próximamente.

De primera intención utilizamos el "loop" en los casos 5 y 6 y tallo de acrílico, en el 12, sin ningún contratiempo y con resultados que se comentan posteriormente.

Además del tratamiento quirúrgico consignado, a todas las pacientes se les administró, desde el post-operatorio inmediato, estrógenos para proliferar rápidamente el endometrio y aumentar las secreciones cervicales, efectos que son, a nuestro juicio, complementarios y útiles; también se administró antibióticos de amplio espectro y enzimas proteolíticas.

Al referirnos a nuestras resultados hemos consignado siete éxitos, ya que dos pacientes han tenido embarazos y partos normales, a las dos cursan con embarazos de 20 y 32 semanas, en dos más no existe evidencia de problema actual y hacen anticoncepción. La última de este grupo con antecedente de operación de Manchester ha entrado en climaterio y la sinequia no dejó ninguna secuela.

Al hablar de mejoría en las 7 restantes la hacemos tomando en cuenta que en el caso 3 persiste una falta de llenado menor que la inicial, aunque la paciente está libre de molestias y regla normalmente. En el 4 se logró sólo en un 50% la destrucción de las sinequias en los bordes de la cavidad que ocluyen el ostium uterino de los trompas; esta paciente ha rechazado nueva intervención. En el caso N° 6 hubo recidiva parcial de la sinequia pero el sangrado menstrual es normal. Con el tratamiento en el caso N° 8 se logró cambiar una amenorrea por una hipamenorrea, la que ha representado una mejoría psicológica para la paciente. Consideramos este caso de los de más difícil solución y no creemos se obtengan mejores resultados con otras técnicas como la que propuso Strassman (17) que incluye una trompa dentro del útero después de hacer la sinequiatomía por vía abdominal.

En los casos 5, 10 y 12 desapareció totalmente la sinequia; desde este punto de vista el tratamiento puede considerarse exitoso, sin embargo, el san-

grado menstrual es demasiado escaso y sólo inducido con ciclos esteroides. En las tres el útero se ha hecho regresivo, pequeño, con histerometrías totales de 4, 4 y 5 respectivamente, sin poder limitar con facilidad lo que corresponde a cuello. En el caso 5 tuvimos la oportunidad de corroborar a través de la laparotomía el aspecto de útero de post-menopáusica que ya ha sido reportada por otros autores (12, 13). En especial estos casos fueron motivo de un estudio hormonal exhaustivo previo y posterior al tratamiento que demostró una repercusión de la sinequia sobre la función ovárica que condujo a hipoestrogenismo y a hipogonadotropismo hipofisiaria repetidamente comprobado, no pudiéndose integrar en ninguna de ellos un síndrome de Sheehan; estos casos son analizados y discutidos ampliamente en otra trabajo.

### COMENTARIO

Nos interesa subrayar el hecho ya señalado en otra parte del trabajo de que muchas sinequias se acompañaron de alteraciones menstruales por exceso; clásicamente se han venido asociando a trastornos por déficit, sin embargo, en base a nuestra experiencia este concepto debe de ser modificada por lo menos para algunos casos.

Ha sido motivo de discusión si debe considerarse a la infección como un factor obligada en la etiología del problema que nos ha acupado. Nuestra casuística, aunque no es numerosa, si nos parece suficientemente demostrativa para considerarla como el factor predisponente más importante; en todos los casos de legrada post-parto en que se asoció la infección, apareció la sinequia y en la gran mayoría de los practicadas después de un aborto.

Par lo menos en 30 de las 50 pacientes toxémicas legradas con cucharilla cortante na hubo ninguna complicación adherencial y no podemos negar que se practicaran en el momento que se considera el más favorable para su aparición, cuando las paredes uterinas son muy blandas y el endometrio está inactivo por un tiempo más o menos largo, sin embargo, insistimos, en ningún caso se asoció la infección a los otros factores predisponentes.

Ya hemos señalada que nos parece rara la pasibilidad de adherencia intrauterina fuera del estado grávido puerperal y consecutiva a legrados diagnósticas o terapéuticos, en los dos casos que repartamos habrá de tomarse en cuenta que con unos días de diferencia se practicaron 2 legrados en cada paciente con cucharilla cortante y que a pesar que el endometrio obtenido no demastró procesa infeccioso, queda la pasibilidad de infección posterior al acto quirúrgico, aunque aceptamos no hubo datos clínicos para asegurarlo.

Cuando una sinequia es muy extensa y ha lesionado la mayor parte del endometrio, se entiende que haya trastorno menstrual que puede llegar a la amenorrea, pero lo que es motivo de discusión es el por qué una sinequia poco extensa localizada en cavidad uterina puede conducir a una amenorrea, la que desaparece después del tratamiento. Recordamos el caso publicado por Asherman (3) de una paciente con útero bicorne con una de sus cavidades normal y en la otra sinequia, la cual estaba en amenorrea que se corrigió después de la extirpación del cuerno enfermo. Por otra parte, el mismo autor reportó la ausencia de hematometra en sinequias que ocluyen totalmente el cervix o el istmo uterino, hecho no aceptado por otros investigadores (11, 12 y 13) que han encontrado hematometra, hematosalpinx y aún hemoperitóneo.

Nosotros no hemos encontrado hematometra en los casos de sinequia por legrados y sólo obtuvimos escaso material de endometrio inactivo, esto puede explicarse por la formación inicial de hematometra en que después de algunos meses de estar comprimiendo al endometrio la adelgaza y destruye en buena parte o lo inactiva; parecería más accesible esta explicación y no la de Asherman que invoca un mecanismo reflejo comparable al reno renal de la anuria calculosa a partir de la sinequia y que sería el culpable de la inhibición de la función menstrual sin impedir la ovulación.

Ya hemos señalado en nuestros resultados que en algunos de nuestros casos sí hubo repercusión importante en la función ovárica que llevó a la anovulación; a hipoenestrogenismo y a una importante reducción del volumen uterino. Netter (12) quien más se ha ocupado de investigar sobre esta repercusión ovárica piensa que es el traumatismo sobre las terminaciones nerviosas endometriales el que por vía simpática determina trastornos tróficos sobre el ovario. Ascheim y el mismo Netter (12) provocando sinequias en el útero de la rota ya sea por legrado o irritándolo con cloruro de zinc han demostrado la aparición de unas células en el ovario que tienen características especiales y que ellos llaman "células de deficiencia".

Como se ve, existen aún muchas dudas en este terreno y es un hecho que no conocemos la intimidad de estos problemas que ameritan un mayor estudio.

Muchas veces la sinequia es un mero hallazgo y los pacientes pueden embarazarse y llegar a un parto sin problemas; no todas las sinequias deben alarmar y ser sometidas a tratamiento, éste debe reservarse a los casos en que se compruebe o sospeche su intervención en un problema Gineco-Obstétrico.

## R E S U M E N

Se revison dos grupos de pacientes, el primero formado por 50 tóxicas a las que con fines de un estudio se les practicó legrado uterino en el post-parto inmediato, 30 de las cuales no demostraron sinequia en estudio radiológico posterior. El segundo, formado por 45 pacientes, en las que un estudio radiológico demostró algún tipo de sinequia uterina; se hace un análisis de las condiciones que intervinieron en su producción, haciendo la comparación del estado del aparato genital, previo y posterior a la formación de la sinequia. Se reporta la técnica seguida en el tratamiento de 15 casos.

## S U M M A R Y

Two groups of patients are studied; the first one was composed of 50 patients with eclampsia who had an endometrial curettage performed immediately after delivery. The second group was formed by 45 patients in whom X-ray demonstrated same type of uterine sinequia. The conditions necessary for its production are analyzed, marking a comparison of the genital tract before and after the formation of sinequia. The results obtained in the treatment of 15 cases are reported.

## B I B L I O G R A F I A

- 1.— ASHERMAN, J. G.: J. Obst. Gynaec. Brit. Emp. 55 : 23, 1948.
- 2.— ASHERMAN, J. G.: J. Obst. Gynaec. Brit. Emp. 57 : 892, 1950.
- 3.— ASHERMAN, J. G.: Bull. Fed. Soc. Gynec. et Obst. 9 : 490, 1957.
- 4.— ASHERMAN, J. G.: Internat. J. Fertil, 2 : 49, 1957.
- 5.— ASHERMAN J. G. J. Obst. Gynaec. Brit. Emp. 67, 228, 1960.
- 6.— BUSS, B.: Zentralbl. Gynak, 51 : 223, 1927.
- 7.— DALSACE J. ROBERT. H. Bull. Fed. Soc. Gynec. et Obst. 9 : 329, 1954.
- 8.— FRITCH citado por ASHERMAN J. G.: J. Obst. Gynaec. Brit.
- 9.— VEIT citado por ASHERMAN J. G.: J. Obst. Gynaec. Brit.
- 10.— MEYLAN J., Solal R. Rev. Franc. Gynec. 60 : 215, 1965.
- 11.— MUSSET R.: Bull Fed. Soc. Gynec. et Obst. 9 : 541, 1957.
- 12.— NETTER A. P. et Obst. 9 : 194, 1957.
- 13.— NETTER A. P., MUSSET R., LAMBERT A., SALOMON Y.: Am. J. Obst. Gynec. 71 : 368, 1956.
- 14.— RICAUD R. LUIS. Ginecología y Obstetricia de México 79 : 171, 1959.
- 15.— SIEGLER A. M. Am. J. Obst. Gyn. 83, 1595, 1962.
- 16.— STAMER, S.: Acta. Obst. et Gynec. Scandinav. 28 : 169, 1948.
- 18.— TOPKINS P. Am. J. Obst. Gynec. 83, 1599, 1962.
- 17.— STRASSMAN E. O. Internat. J. Fertil. 1 : 1953.