

LECCION XIX.

Productos de concepcion degenerados.=Productos de trasformacion patológica.=Molas carnosas.=Molas hidatídicas.=Patogenia. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas.

Señores:

Hemos incluido entre las enfermedades de la matriz un grupo constituido por la degeneracion de los productos de la concepcion y las trasformaciones que pueden experimentar estos mismos productos degenerados; al decir degeneracion del producto de la concepcion no se entiende que nos referimos á una de esas concepciones aberradas desde un principio y que dan como resultado verdaderas anomalías ó monstruosidades: no nos referimos á esto. Las incluidas en el grupo presente y que en la mayor parte de libros se ven con este nombre, se refieren á gestaciones que en su principio han sido completamente normales, en las que ha descendido el huevo y ha tomado su sitio correspondiente en la matriz, que se han desarrollado todos los demás elementos inclusa la caduca, conforme á las leyes fisiológicas, siguiendo todo su desarrollo normal hasta que viene un momento en que el embrion fallece y persisten dentro de la matriz los elementos del huevo, es decir: las membranas, el contenido líquido del amnios, la placenta en el grado de desarrollo que le corresponde y el feto, reducido unas veces á una especie de momia, pequeña y desecada, otras á una masa adiposa, y allí permanece formando como el núcleo de una nueva

produccion; otras veces desaparece el embrión y no se encuentra de él vestigio ninguno; tan solo hay una masa de grasa que se considera como la última transformación de los elementos embrionarios.

Se puede comprender perfectamente cómo esto sucede sabiendo que al principio del embarazo las relaciones del huevo con la matriz son sumamente ligeras, el huevo se nutre por simple imbibición, y esto se hace á beneficio de esas vellosidades del corion que representan un aparato capilar, destinado al mismo tiempo á medio de fijación y de absorción. Mas adelante se forma la placenta y entonces ya es mas complejo: hay ya una serie de elementos que relacionan ambas superficies, y aunque el huevo con el embrión gozan de suma independencia, está, sin embargo, relacionado á su vez con la vitalidad del útero, y estas relaciones que existen entre estas dos partes, entre el útero y la placenta, que funciona como un órgano especial, son durante algun tiempo bastante ligeras, de modo que la perfecta union que se realiza entre la superficie placentaria y la superficie uterina no se alcanza hasta pasadas muchas semanas. Hasta entonces cualquier causa, por ligera que sea, que allí obre, puede cortar y alterar esas relaciones. Si se añade á esto la posibilidad de que la placenta esté desarrollada fuera del sitio donde normalmente debe estar, en un punto poco rico en vasos, se comprende perfectamente que una causa que obre de una manera brusca, las impresiones mecánicas hijas del choque normal de los movimientos, una caída, un salto, etc., todo esto puede interrumpir las relaciones entre la placenta y el útero y producir la muerte del feto, sin que por ello sobrevenga el aborto, caso de que ya hicimos mencion en Obstetricia diciendo que la muerte del feto no implicaba siempre el aborto inmediato.

Ahora bien; el huevo encerrado dentro de la matriz, sin que esta reaccione ni haga ningun esfuerzo para expulsarlo, puede sufrir diferentes transformaciones; en algunos casos no es mas que la degeneracion de esta masa del huevo alterada y constituye un producto que se compone de las membranas del huevo, sobre todo de la caduca, encerrando en su interior, ó simplemente el líquido amniótico ó bien los elementos del embrión completamente deshecho, ó bien, y

es lo mas comun , gran cantidad de sangre extravasada que puede sufrir las trasformaciones que presenta la sangre encerrada en un sitio limitado donde no puede circular. Esta especie de huevos abortivos sin embrion persisten en el útero un tiempo mas ó menos largo y generalmente sufren trasformaciones de una gran parte de sus elementos. A veces es una verdadera coagulacion de la sangre extravasada, de manera que se parecen mucho á esas masas que se encuentran dentro del corazon de los cadáveres al hacer la autopsia , y que se han llamado malamente pólipos, que llenan las cavidades del corazon y de los grandes vasos. Aquí no significan mas que el resultado de una accion puramente física sobre la sangre que ha dejado de circular y se ha deramado en el interior del huevo, en el cual, despues de algun tiempo forma una masa que parece organizada y en medio de ella los vestigios mas ó menos apreciables del embrion. Pasado este primer período viene la reaccion, aparecen contracciones mas ó menos intensas y el huevo es expulsado, pudiéndose reconocer en él los caractéres de un huevo degenerado porque ha permanecido mucho tiempo encerrado dentro de la cavidad uterina.

Puede suceder otro fenómeno, y es que persistan las membranas, que exista el amnios con bastante actividad para que continúe segregando líquido, y hasta segun algunos en mucha cantidad, mayor de la regular; de esto resulta que la matriz no permanece en estado pasivo, sino que vá creciendo impulsada por esta fuerza, las membranas constituidas por la caduca, el corion y el amnios van aumentando y creciendo hasta venir á formar una especie de gran quiste. No es ilimitado este crecimiento, y desde luego no llega á las proporciones de una verdadera gestacion en sus últimos meses, pero sí lo bastante para que aparezca con los caractéres de una gestacion y produciendo todos los fenómenos reflejos que son propios del aumento de volúmen del útero por el embarazo, con el cual se confunde. El contenido del útero se encuentra entonces formado por una membrana que se vá adelgazando, llena de líquido, en el cual flotan porciones de grasa y partes notables del embrion, las cuales no son absorbidas. Esta especie de degeneracion de los elementos del huevo ha dado lugar á que se estimara

que existen quistes intra-uterinos que tienen cierta relacion con los quistes dermoideos del ovario.

Es probable que siempre que vemos esas trasformaciones, esa gran bolsa llena de líquido que está muy cargado de grasa y de albumina, en el cual se presentan porciones dermoideas, unas veces flotando, otras veces pegadas á las paredes del quiste, debemos creer que son puras secreciones del amnios: generalmente cuando esto sucede, la expulsion no se hace íntegra, sino que se rompen las membranas, sale el líquido y quizás crea la enferma que se trata del parto. Salen con este líquido todas las porciones de embrion que se encontraban flotando y mas tarde las membranas. Estas son las que podemos considerar como simples degeneraciones del producto de la concepcion, en unos casos apareciendo como en estado normal, ó bien notablemente engrosadas, ó demostrando haber sufrido la coagulacion de elementos sanguíneos y su trasformacion en quiste, en cuyo caso es un quiste prójeno desarrollado á expensas del mismo amnios, que es el que se convierte en membrana quística.

Este órden de trasformaciones en quiste con los mismos elementos del amnios, no deben confundirse con las llamadas *molas*. Por ésta se comprende el producto de la concepcion degenerado y trasformado, y esto sucede de la manera siguiente: habiendo precedido los fenómenos que acabo de mencionar, las menstruaciones y la placenta sufren una trasformacion de sus elementos que puede ser de diferentes maneras, y segun se verifique ese cámbio de carácter en cada uno de sus elementos dá lugar á una mola de diferente nombre: así, por ejemplo, si se llena de sangre el huevo y las membranas van creciendo y engrosando, viniendo á formar una especie de bolsa, se constituye lo que se llamó mola sanguínea. Esta variedad no es aceptable hoy dia. Si son las membranas, sobre todo la placenta, las que se impregnan de gran cantidad de grasa, creciendo la masa total del huevo hácia dentro de modo que solo quede una pequeña cavidad, en cuyo interior, ó no se encuentra nada, ó bien solo una pequeña cantidad de líquido, ó bien alguno de los elementos del feto, constituirá la mola grasosa ó adiposa. Si en esta misma trasformacion aparecen predominando los elementos fibrosos, con engrosamiento hipertrófico de la

placenta, sin apenas vestigios de cavidad, tendremos la mola carnosa. Finalmente, las trasformaciones que sufre el corion y sus vellosidades constituyen la mola hidatídica.

Esta trasformacion es sumamente curiosa. Las vellosidades coriales crecen, se hipertrofian, vienen á convertirse en unas como celdillas y á formar una gran masa celulosa, que tiene el aspecto de una aglomeracion de racimos, formado de unos granos transparentes, conteniendo en su interior elementos blastodérmicos, de una gran fuerza de proliferacion. Invaden esos elementos epiteliales, que recordareis son los que mejor proliferan, supuesto que constituyen, por decirlo así, las semillas de todas las formaciones, invaden, digo, toda la masa del huevo, lo mismo el interior que el exterior, y hasta el embrión, convirtiéndolo todo en esa gran masa de celdillas, que por su semejanza á las masas de entozoarios equinócocos, se han llamado mola hidatídica.

Tres son, pues, las variedades de molas reconocidas; pero como la primera, la sanguínea, debemos referirla á la simple degeneracion quística, solo nos resta ocuparnos de las dos últimas, que tienen verdadera importancia patológica y práctica; las molas *carnosas* y las *hidatídicas*.

La mola carnosa procede, como queda indicado, de la trasformacion, en grasa y en tejido celulo-fibroso, de las membranas y de la placenta; principalmente de esta última. Siempre debemos tener en cuenta el hecho de que, muerto el embrión, resultan inútiles aquellos órganos porque no tienen ya un fin especial que cumplir, pero quedan en posesion de esa actividad propia, de esa especie de fuerza antonómica que tantas veces he tenido ocasion de decirnos constituye la actividad intrínseca y la fuerza formativa de los pequeños organismos embrionarios, que sostiene y protege el organismo materno por intermedio del útero, bajo cuya influencia reciben por absorcion elementos nutritivos.

Ahora bien; esa actividad que á medida que va desarrollándose dá lugar en los casos normales á la completa formacion del feto, cuando no tiene tal objeto y está limitada á la fuerza de crecimiento de las membranas y la placenta, se queda todo en ellas y así vemos que van creciendo, que van engrosándose, adhiriéndose las dos hojas de la caduca

que sigue todos los pasos mismos que en los casos normales hasta la separacion de la hoja uterina del fondo de la matriz, formándose ese epicorion engrosado como si se empleara en la nutricion del feto. Esto mismo pasa tambien en la placenta, y para que se pueda formar una idea de la manera de nutrirse este órgano, basta recordar su constitucion, compuesta de un armazon celulo-fibroso que le presta el corion, armazon que forma principalmente las vellosidades, y los vasos procedentes de la alantoides que las llenan: en cuanto muere el feto, esos vasos quedan sin objeto, no hay circulacion pero queda toda la masa placentaria provista de una cantidad inmensa de células allí aglomeradas y que constituyen el magma reticulado dotado de una gran fuerza de crecimiento, y de una capilaridad que le permite absorber de los senos uterinos los elementos de nutricion, realizándose, por lo menos en parte, los fenómenos de endosmose, que así como cuando vive el feto, proporcionan á su sangre los elementos nutritivos necesarios, cuando este no existe quedan en la masa placentaria, que en cierto modo los asimila y los trasforma hasta constituir esa mola voluminosa que llega á ocupar toda la cavidad, guardando unas veces en su interior algunos restos del embrion, y otras veces sin ningun vestigio de éste.

Cuando se explora á simple vista una de esas molas, no se vé nada mas que una masa de apariencia carnosa ó adiposa, pero si se acude al microscopio, se encuentran los elementos de la placenta y del corion dispuestos de la misma manera que cuando se trata de los casos normales.

Se comprende perfectamente el crecimiento de estas molas, que se llaman carnosas porque se parecen á un pedazo de carne, pero que están formadas por sustancia fibro-celulosa, grasa, y tejido vascular que no tiene objeto, y solo representa la canalizacion llena de sangre estancada. Pues bien, el crecimiento de estas molas es bastante limitado; se citan algunos que tienen mayor volúmen que la cabeza de niño, y hay algunas bastante grandes para que representen una tercera parte del volúmen del huevo á término. Antes de que lleguen á este volúmen y á pesar de que pasan á ocupar la pelvis mayor, excitan ya las contracciones de la matriz y se produce la expulsion de las mismas: en algunas

ocasiones puede esto prolongarse mas allá de lo que dura la gestacion normal.

Se ha creido por algunos que podian confundirse estas molas con el fibroma y con los pólipos, y hasta se ha dicho que si en algunos casos se habria llegado á intentar una extirpacion. Es verdad que los síntomas primitivos se parecen algo, pero hay en la historia de una y otra afeccion algunos hechos que no se deben tomar nunca como dudosos ni confundirse. Generalmente las molas empiezan siempre por los fenómenos de una gestacion, pues aunque algunas veces puede esto pasar desapercibido, es sumamente raro puesto que la mola es siempre una trasformacion del producto de la concepcion, y no solo mientras el feto vive se manifiestan los síntomas de gestacion, sino hasta despues de muerto se sostienen, hasta que viene un momento que se provoca el parto; rarísimo será el caso en que un médico podrá decir que no es un feto encerrado, que no es un producto natural y fisiológico lo que dilata el útero, cuando ha comprobado los signos del embarazo.

Mas tarde, y al llegar á cierto grado de desarrollo, la matriz reacciona y produce la expulsion de una mola carnosa, lo cual se verifica lo mismo que en el parto y que podemos considerar como el parto de una gran placenta; los dolores dilatantes primero, se hacen expulsivos y la mola entera es expelida de la misma manera que lo es la cabeza del feto. Generalmente sale entera y cuando sea muy voluminosa le ha de costar á la mujer tanto ó más que la expulsion de un feto. Es posible que bajo la influencia de las contracciones la masa total se rompa y entonces se hace mucho mas fácil la expulsion, despues de evacuado préviamente el líquido que contenia, y modificado el volúmen y forma de la placenta: en todo caso se presenta una gran hemorragia, pudiendo en algunos casos prolongarse despues de la expulsion, si no vienen las contracciones uterinas que cohiban naturalmente esa hemorragia procedente de la superficie útero-placentaria, punto donde está insertado el huevo, sino con el vigor de los casos normales con bastante intensidad para ser notable, saliendo la sangre que se hallaba contenida en los senos uterinos.

No es difícil diagnosticar la mola en el momento mismo

del parto, pero es muy difícil diagnosticar la gestacion de una mola. El tacto acusa allí una cosa que no es ni una parte del feto ni la bolsa de las aguas, sino un producto especial, una masa carnosa que á lo que mas se parece es á una placenta y nos inclinamos entonces, tal vez á creer en un caso de placenta prévia. Solamente cuando pasa mucho tiempo, y crece el útero, y no se comprueban los signos positivos de la gestacion por los movimientos del feto, es cuando sospechamos que será una mola, sobre todo si se recuerda que han sido algo anómalos los principios del embarazo. De este punto debe partir el diagnóstico diferencial entre la mola y el embarazo, pero como esos signos positivos no se presentan sino de los cinco meses en adelante, y es muy fácil que la expulsion de la mola venga antes de esta época, de aquí la posibilidad de la equivocacion. Sin embargo, si se prolongan y pasan cinco, seis, siete meses, si el crecimiento no es proporcionado á la edad que tiene el embarazo, si persiste la falta de los signos objetivos, entonces podemos casi seguramente diagnosticar la presencia de una cosa que no es el feto y que puede ya casi decirse que será una mola, solo que por entonces no cabrá distincion entre la carnosa y la hidatídica.

En rigor no existe un verdadero tratamiento de la mola. Este no tiene razon de ser mientras no podamos asegurar que existe esa trasformacion, lo cual á menudo no sucede hasta el momento en que viene el parto, y entonces ya está hecho lo que se podia hacer en caso de haber diagnosticado la mola, esto es, provocar su expulsion. Sin embargo, es posible que tenga que recurrirse á la terapéutica despues de la expulsion, sobre todo para los síntomas concomitantes, para las hemorragias que siguen, para lo cual no tenemos mas que recordar el tratamiento de las hemorragias puerperales, á las cuales se parecen mucho, puesto que son de la misma naturaleza.

La otra variedad viene constituida por las molas hidatídicas, que han dado lugar á frecuentes discusiones entre los patólogos de todas las épocas. Se llaman en Patología hidátides á esas producciones especiales, á esa especie de entozooario que tiene su vida dentro de una célula en la cual

desarrolla las diversas fases de su evolucion. Los equinococos ó hidátides se desarrollan en diferentes puntos del organismo, y son notables por su gran desarrollo los del hígado y de los riñones, y hoy dia tienen gran importancia los cisticercos, algunos de ellos de desarrollo único como el que dá origen al parásito llamado ténia, y los que se encuentran en algun órgano excepcionalmente, como sucede en algunos que se desarrollan dentro del globo del ojo, en el cristalino y en el humor vítreo. Todos empiezan por ser un entozoario hidatídico encerrado dentro de una vesícula, las que reunidas en gran número forman las masas hidatídicas comparables á racimos de uvas verdes, ó mejor aun al racimo de grosella blanca. Los hidátides son trasparentes, llenos de líquido seroso pegajoso, en cuyo seno se halla el parásito.

Cuando se han encontrado en el útero masas de esta forma, se les ha dado el nombre de hidátides, por considerarlas como verdaderas producciones hidatídicas. Hoy dia, sin embargo, la opinion mas admitida es que esas producciones no son hidatídicas, y están mejor descritas con el nombre de molas vesiculares que con el nombre antes citado, por deberse á una verdadera trasformacion de los elementos del huevo. Se han estudiado detenidamente y no se han encontrado equinococos, y así como no decimos que haya afeccion calculosa mientras no se tenga el cálculo delante, lo mismo se dice respecto á esas producciones parasitarias, que no podemos admitir sin ver el parásito. Pero como la fisiología nos dá bastante luz para explicarnos esas producciones sin necesidad de admitir la presencia de entozoarios, de aquí que la opinion esté hoy fijada.

Sucede aquí lo que hemos dicho ya antes respecto á las otras variedades de molas, solamente que la trasformacion recae en otros elementos. Muere el embrión, y sigue con mayor ó menor vitalidad el huevo, en el cual se verifican ciertas trasformaciones, no en la masa total de la placenta, sino limitada á las vellosidades de esta y del corion. Las vellosidades coriales no son en último resultado otra cosa que una especie de celulitas microscópicas, que una gran parte de ellas sirven de receptáculo á los vasos que provienen del feto, al paso que otras no los reciben y por esto desaparecen por atrofia. ¿Por qué? porque toda la vitalidad ha desapareci-

do para ir á actuar en la vida propia del feto. Pero quitemos esa corriente de la actividad, suprimamos ese objeto exclusivo, y veremos la fuerza de organizacion volver á los elementos que han persistido, á esas vellosidades celulares, que entonces ya, en vez de atrofiarse, irán proliferando, y de la misma manera que al principio de su constitucion, cada una de ellas forma como un tronquito, á cada uno de los cuales corresponde una celulita, á su vez ramificada en otras. Esas derivaciones á su vez crecen por gemmacion y se convierten cada una de ellas en un saquito que se llena de un líquido seroso, y en vez de presentar simplemente la cubierta corial poblada de esas ramificaciones llenas de líquido, forma una masa que no necesita microscopio para apreciarse y aparecen á simple vista como una masa esférica cubierta y rellena de vesiculitas, unas aisladas y otras en racimos, pero que en último resultado todas vienen á ser lo mismo, la proliferacion que constituye las vellosidades del corion llevada á su mayor desarrollo.

Este desarrollo vesicular puede observarse de dos maneras: primera, puede verificarse por fuera y por dentro á la vez la trasformacion; una gran parte de los elementos del huevo sufre la trasformacion vesicular, superficie externa del corion é interna se llenan con las vellosidades hipertrofiadas y proliferadas, desaparece la cavidad, y solo aparece una gran masa hidatídica. La segunda manera de formacion es proliferando alguna porcion de vellosidades en la superficie del huevo: éste conserva su cavidad llena de líquido amniótico, y tal vez con vestigios del embrion, y en una parte de su superficie aparece adherente la masa hidatídica, como si fuese una vegetacion del mismo huevo.

La naturaleza de estas masas ha sido bien definida por Robin y Litré; Robin, principalmente, por medio de sus investigaciones ha marcado la verdadera índole de esas formaciones haciendo que se desterrara la idea de los equinococos y que se comprendiera como un corion trasformado por la vegetacion de sus vellosidades. Algunas veces aparecen estas tan grandes como aceitunas; en estas circunstancias se puede apreciar su contenido y entonces se ve que es un líquido mas ó menos trasparente, unas veces blanco, otras de color de rosa, otras de un color pardo sanguinolento, pero suma-

mente limpio, desprovisto de elementos anatómicos y todo lo mas que se encuentra son pequeñas laminitas que recuerdan los elementos epiteliales ó laminosos del corion, pero nada de cisticercos, nada de séres organizados.

Reconocida ya la naturaleza de esta clase de afecciones, se comprende que crezcan de una manera enorme; al principio el crecimiento es lento, pero una vez emprendida su marcha, explota con toda su fuerza, y crece hasta que llega á un punto tal que no puede dilatarse mas, la matriz reacciona por medio de contracciones y da lugar al parto de una mola hidatídica.

Se han presentado casos exagerados de estas formaciones puramente debidas á la expresada hiperplasia vesicular no precedidos de concepcion, pero en los términos que citan algunos libros, son problemáticos. Hay, sin embargo, algunos que no pueden negarse, como por egemplo, el caso que relata un autor inglés, Churchill. Recayó éste en una mujer de diez y nueve años, bien menstruada, que empezó á presentar los caractéres del embarazo por un crecimiento positivo del útero, pero de carácter dudoso, algunos síntomas reflejos, sin que faltara la menstruacion. Esto se prolongó durante algunos meses y luego empezó á arrojar hidátides, á pesar de la seguridad de no haber concebido, y de presentar los signos físicos de la virginidad, lo cual convenció de que se trataba de una mola hidatídica sin embarazo prévio. A pesar de esto siguió por algun tiempo la expulsion de hidátides, hasta que se curó. Trascurrieron luego algunos meses en completa salud, hasta que reaparecieron los síntomas de sufrimiento del útero, fenómenos resueltos mas tarde por una nueva expulsion de hidátides. De esta suerte vivió hasta los cuarenta años expulsando hidátides en períodos de veinte meses; precedida la expulsion de dos ó tres meses de suspension de menstruacion y dolores hipogástricos, despues de lo cual quedaba completamente sana durante los períodos que eran variables. Esta señora no quiso contraer matrimonio esperando que cesaran esas manifestaciones con la edad crítica, resultado que no consta en la observacion de Churchill (1).

(1) Fleetwood, Churchill. — *Traité pratique des maladies des femmes*, pag. 296.

Este hecho, con otros que se citan, comprueban que en casos raros pueden presentarse masas vesiculosas, no formando molas, sino lo que podemos llamar verdaderos hidátides, como en otros órganos. Hecho este que debe tenerse presente, para la resolución de determinadas cuestiones de Medicina legal.

En efecto, pudiera creerse que siempre que la mujer expele molas ha habido previamente una gestación, y esto, digo, no debe admitirse en absoluto: es lo común que las molas hidatídicas procedan de una degeneración vesiculosa del corion y la placenta, pero desde el momento en que hay siquiera un hecho comprobado de hidátides sin concepción, no puede racionalmente el médico formular un juicio absoluto en el sentido de ser siempre la mola señal segura de que ha habido gestación.

Respecto al diagnóstico de las molas hidatídicas, no se diferencia del de las carnosas. Existen síntomas de embarazo, y por consiguiente desarrollo de las mamas, formación de manchas pigmentarias en la areola del pezón, alteraciones del aparato digestivo, etc.; pero llega el quinto mes y no aparecen los síntomas positivos, los síntomas objetivos provocados por la existencia del feto, no hay ni movimientos activos, ni los latidos del corazón, y esto ya es un dato para que podamos entrar en sospechas de que no se trata de una gestación, pero no lo bastante para que podamos asegurarlo. Aquí hay además otro hecho que puede servir de algo. Recuérdese que auscultando la matriz de una mujer embarazada dijimos que había, además de los ruidos del corazón y los ruidos placentarios, un ruido de soplo ó de fuelle, el cual tiene cierto valor, pero secundario; en las hidátides, pues, se percibe el ruido de soplo lo mismo que se percibe en la preñez, pero acompañado de un ruido hidatídico que recuerda el que produce un pergamino cuando se estruja entre las manos. Esta crepitación es fácil percibiría aplicando el oído y al mismo tiempo comprimiendo la matriz con la mano, y es casi bastante para acreditar la presencia de una mola vesiculosa: este ha sido un signo admitido por la mayoría de ginecólogos para poder diagnosticar la enfermedad.

Cuando ya ha llegado á su último término procede el or-

ganismo como en las molas carnosas, esto es, á la expulsion: sobrevienen dolores intermitentes y contráctiles, se dilata el cuello, y la mola, ó sale en masa cuando no es muy voluminosa, ó se rompe y van saliendo las hidátides en gran cantidad mezcladas con el líquido que llena la cavidad del huevo. Unas veces se concluye de una sola vez la expulsion, pero otras sale en diferentes veces el contenido, expeliéndose á intervalos de algunos dias cantidades diversas de la masa vesicular. Esta expulsion suele ser dolorosa; si se hace en masa, recuerda perfectamente el trabajo del parto, pero si se realiza por pequeñas porciones, apenas es dolorosa la contraccion.

Algunas veces deberá el médico favorecer ese trabajo de la naturaleza, provocando y sosteniendo las contracciones hasta cerciorarse de que quedó completamente vacío el útero y en vias de regresion completa.

Aquí sucede algunas veces un hecho que puede ser muy grave para la pobre paciente, y es que queda en un estado especial el útero con un flujo seroso ó leucorrea, que viene á constituir á la enferma en un estado de sufrimiento y hasta en un estado caquético que algunos han creido que era la reproduccion de las hidátides y que otros atribuyen á una endometritis crónica de mal carácter. Sin embargo, si se consigue una contraccion completa, se puede tener una casi confianza de que no se reproducirá, por lo menos por entonces, siendo lo capital el procurar que quede completamente limpio el útero y que ninguna porcion vesiculosa quede en disposicion de hacerse núcleo de nuevas proliferaciones.

LECCION XX.

TUMORES DEL ÚTERO.=Consideraciones generales. Division en benignos y malignos.=FIBROMA DEL ÚTERO =:Anatomía patológica.=Etiología.= Diagnóstico.= Pronóstico y tratamiento.

Señores:

En el grupo de enfermedades cuyo estudio hoy empezamos hemos colocado las lesiones de nutrición, conocidas ordinariamente con el nombre de tumores, y en lenguaje histológico con el de *neoplasias* y *pseudoplasmas*.

Sin intención de definir lo que sea tumor, y en la precisión de dar de ellos una idea, tomaré como tipo la de Lüecke, no porque sea la única buena, sino porque dentro de las doctrinas modernas expresa bien lo que debe entenderse por tumor. «Este es, dice el profesor de Berna, «todo aumento de volumen constituido por un tejido de nueva formación, cuya producción no corresponde al estado fisiológico.»

Los tumores, á partir de este concepto, son, pues, producciones *heteroplásicas*, calificación más generalmente aceptable que la de *heteromorfas*, pues, sin que pretenda entrar en esta discusión de doctrina histológica, creo que, no en la forma que afecten los elementos constitutivos de cada especie de tumor, sino en la manera y condición como ellos se desarrollan, es en donde hemos de buscar la razón de ser de su naturaleza y la diferencial de sus variedades; y porque así lo creo en conformidad á lo expuesto por la ma-

yoría de escritores alemanes é ingleses, que es tambien la opinion de los mas distinguidos histólogos de nuestro pais, lo expongo como base del concepto anátomo-patológico que me merece esta cuestion.

No haré tampoco, Señores, una clasificacion histológica de los tumores, que ya debeis conocer por patología quirúrgica, y debeis tener formado vuestro criterio: no es aquí necesario, y prefiero sentar la division metódica en caracteres clínicos.

Haré, pues, la division de los tumores en benignos y malignos, éntendiéndolo, empero, en sentido clásico, porque no todas las producciones que están formadas por un tejido que no es el que allí existe normalmente son siempre malignas, y vice-versa, no todos los tumores desarrollados y constituidos por los elementos propios del territorio histológico en que residen son siempre benignos: y citaré un ejemplo: los tumores epiteliales desarrollados en el tejido mucoso que á primera vista pueden confundirse con la hiperplasia de este tejido, en el cual se han desarrollado, parecen ser una simple exageracion de las condiciones normales, y sin embargo, tienen bajo el punto de vista de sus resultados todas las malas condiciones de tumores malignos, y van abocados ya desde un principio á una terminacion fatal.

Hay por otro lado muchos tumores benignos como constitucion, que acaban por hacer sucumbir á la paciente, como sucede con los fibro-myomas; así es que deben entenderse por benignos los que permanecen sin cambiar de naturaleza y sin llevar á una caquexia, ya por absorcion, ya sea simplemente por pérdidas sanguíneas, y que por lo tanto tienen tendencia á permanecer tal como se encuentran; y malignos los que están destinados á trasformarse, como si dijéramos á seguir un curso fatal, acabando por producir una auto-intoxicacion ó una auto-infeccion, y llegan á constituir á la enferma en un estado de caquexia que coincide con las últimas etapas de su evolucion. Acaso se encuentre esta manera de explicar los hechos algo lata, pero es la que mejor responde á la verdad clínica.

Aceptando este mismo criterio, dividiremos los tumores de la matriz en benignos y malignos, entendiendo por los primeros los que en todas las épocas de su existencia vie-

nen constituidos por los mismos elementos anatómicos y no tendiendo á producir caquexia, incluyendo en ellos el *fibroma* y los *pólipos* en sus diferentes clases; y por malignos los que durante el curso de su existencia tienden á transformarse, produciendo elementos que pueden ser absorbidos y dar lugar á una caquexia. Incluimos en esta forma el cáncer y los tubérculos, entendiéndolo por lo primero todas las producciones canceroides ó epiteliales.

FIBROMA DEL ÚTERO.—Llamado también *myoma*, *histeroma*, *fibro-myoma*, diferentes denominaciones que se han dado á este tumor, según el elemento anatómico que se vé prevalecer.

Fibroma significa un tumor formado por elementos fibrosos, por fibras lisas propias de esta clase de tejidos, entendiéndose, sin embargo, que en el tejido uterino como en los demás de la economía debemos admitir dos elementos: el fibroso ya mencionado y el tejido conectivo formando como el magma, que se puede encontrar desarrollado en diferentes proporciones, constituyendo así las diferentes formas de este tumor, blando ó duro, el fibroma quístico ó cisto-fibroma y el sarcoma, que es una variedad de la que luego hablaremos, y que tiene ya alguna malignidad. Teniendo en cuenta que la parte predominante es muchas veces el tejido muscular que caracteriza anatómicamente el útero, es por que se le ha dado el nombre de *myoma*, y así es como algunas escuelas le denominan siempre. Estas fibras unas veces se encuentran dispuestas en forma de haces, otras en forma de membranas imbricadas, otras en forma de tejido compacto, formando como un gran cúmulo de mallas, pero siempre caracterizada la fibra muscular lisa y combinada con el tejido célula-conectivo. Atendiendo á la perfecta analogía que guarda con el tejido normal del útero, lo ha llamado Broca *histeroma*.

Ya hemos dicho desde el principio que esos tumores, lo mismo que la mayor parte de neoformaciones, están constituidos por una gran masa de tejido conectivo; entre este estroma es donde se encuentran los elementos musculares; tenemos, pues, exactamente los mismos componentes histológicos que en el estado normal, aunque amontonados en

mayor cantidad; por esto histeroma equivale á decir myoma uterino.

Los fibromas se desarrollan en el grueso del tejido uterino: es indudable que todos empiezan á crecer en el mismo tejido del útero; nacen allí por proliferacion de sus elementos, ya por segmentacion endógena, ya por fisiparidad de las fibras, ya por gemmacion. Se alojan dentro del tejido uterino como el hueso de una cereza en la pulpa de este fruto; este tejido no comunica con los elementos anatómicos del útero, sino que se rodea de una gran capa de tejido conectivo que le forma como una cavidad, de modo que le podemos considerar como enquistado, y las fibras del útero pasan y cruzan por encima de esta masa sin penetrar en ella; está allí como si se le hubiese metido á viva fuerza simplemente por separacion de las fibras que allí existian.

Esto sirve de distincion anatómica entre el fibroma intersticial y los pólipos fibrosos, que salen fuera de la masa total, como si esta los rechazara; por esto los pólipos representan excrescencias; pero la distincion capital es que en el fibroma las fibras están completamente aisladas. Esto no sucede, sin embargo, en todas las fases del tumor, sino al principio de su desarrollo, pues á medida que crece y se desenvuelve busca formar proeminencia, ya hácia la parte interna ó hácia la parte externa. Para formar esas proeminencias al exterior es preciso que arrastre consigo una gran porcion de fibras del tejido uterino que vienen mezcladas con las propias del tumor; entonces parece estar en comunicacion con aquellos y formar una simple continuacion de sustancia.

El fibroma presenta un color amarillento sonrosado; generalmente al practicar el corte quedan abiertas, formando pequeñas aberturas, las boquillas de los vasos propios del tumor, que representan los elementos vegetativos del mismo. Presenta además una gran cantidad de tejido fibroso elástico que forma como una série de tabiques, el tejido está mas compacto y hasta mas duro que el tejido uterino, y á la exploracion se puede encontrar una diferencia notable al simple tacto. Si no existe en tanta abundancia el tejido fibroso predomina el celular sin tabiques, y entonces constituye lo que se han llamado fibromas blandos, lo cual no supone una diferencia de naturaleza anatómica, ni se debe considerar

como una degeneracion adiposa , como se vé en los tumores viejos, sino simplemente como una diferente combinacion de los mismos elementos.

Los tumores fibrosos generalmente son únicos , pero en algunas ocasiones se les vé múltiples ; por regla general cuanto mas grande es el tumor se encuentra mas aislado , y cuando se vé una gran cantidad de ellos son pequeños, y se observa que están formados por diferentes derivaciones de un mismo tumor central, del cual parten como si fuesen ramas en las que los elementos anatómicos están estratificados á partir del núcleo central , dispuestos luego en círculos ó en capas ó por una superposicion en forma de mallas imbricadas. Generalmente carecen de elementos nerviosos, pero se encuentran vasos bastante numerosos. Respecto á esto, se lee en algunos libros que la vascularidad de los tumores fibrosos es muy grande , que tienen una ó dos arterias voluminosas formando un verdadero sistema , al paso que otros autores dicen que no hay vasos arteriales, que la circulacion es puramente venosa, sucediendo lo mismo que en los tumores erectiles. Esta divergencia de opiniones, hija de una observacion atenta, me hace creer que puede haber las dos clases de circulacion; que pueden darse ejemplos de existir la arterial y la venosa , y que los puede haber con una sola circulacion venosa : tal vez esto varíe segun la edad del tumor, siendo una al principio de su desarrollo, y que luego los vasos sufren una especie de resolucion , siguiendo la del mismo tumor.

Dice Barnes, que, supuesto que el tejido del hysteroma es el mismo tejido uterino, debe considerársele sujeto á las mismas funciones de este tejido, y le asigna la contractilidad; este hecho ha sido comprobado por Virchow, aunque mas limitado, supuesto que no está destinado á movimiento ninguno.

Si consideramos, dice Barnes, siguiendo á Virchow, que el hysteroma sigue las mismas evoluciones que el útero en la gestacion, que esa hiperplasia que se verifica en el útero se verifica tambien en el tumor, y vice-versa, despues cuando empieza la involucion uterina, hay involucion del tumor representada por los mismos elementos histológicos, la atrofia y la degeneracion grasienta, tendremos un testi-

monio fisiológico de la existencia de esas propiedades (1).

Este hecho, que parece completamente comprobado por la experiencia, sirve para demostrar que puede ser la gestacion un motivo de desaparicion radical del tumor; hipótesis fundada en la manera como se realizan sus fenómenos íntimos. Que ello puede suceder, no cabe ninguna duda: ¿por qué no puede atrofiarse un tumor que está sujeto á todas las trasformaciones que sufre el útero? Ahora, creer que esa atrofia sea un hecho comun, ya es una cosa distinta.

El tumor vá creciendo durante mucho tiempo; hay gran fuerza de nutricion del tumor durante la vida sexual; esa especie de actividad aumentada que experimenta el útero no puede menos de comunicarse al tumor, el cual se comprende que recibe periódicamente un gran acopio de materiales aptos para su hiperplasia; pero viene la época de la menopausia, que se caracteriza por una supresion de la menstruacion, y al suceder esto, tambien se atrofia el útero y se atrofia el ovario, y si vive mucho tiempo la mujer despues de esto sin enfermedades, es indudable que la matriz llega á ser casi rudimentaria y los ovarios han casi desaparecido por esa absorcion íntima de elementos en unos órganos ya completamente inútiles. Partiendo del mismo hecho, sucede en el histeroma una cosa parecida, y desde el momento en que la matriz deje de desarrollarse, deja tambien de tener esa actividad; á medida que la matriz degenera, degenera tambien él, y por esto cuando se examinan estos tumores en tales condiciones se puede ver que no guardan la misma apariencia, el mismo estado que cuando se han estudiado en jóvenes, es decir, que el tumor ha envejecido tambien, degenerando. Esto puede ser de varias maneras: 1.º Puede quedarse el tumor sin crecer, sin multiplicarse sus elementos en esa época en que la actividad del útero falta, y no hay por lo tanto hiperplasia ni congestion. Entonces queda en un estado estacionario con tendencia á hacerse mas pequeño. 2.º Pueden los elementos del tumor sufrir la regresion grasienta, que no es mas que una trasformacion, dependiente principalmente del

(1) Barnes,=Traité clinique des maladies des femmes.

estado de pasividad en que ha quedado el útero por falta de elementos nutritivos en el órgano del cual ha de tomar su vida el tumor, y sufre la degeneracion grasienta; esta grasa es mas tarde absorbida y queda el fibroma reducido á un núcleo pequeño, que es ya su última expresion. 3.º Puede sufrir la degeneracion cretácea, ó sea una reduccion de los elementos anatómicos á sus simples componentes inorgánicos. Cuando se hace la autopsia de un individuo avanzado en edad, se ven núcleos formados por sustancia inorgánica, lo que indica que cuando llegó la época de la pasividad funcional, en vez de reblandecerse se iba absorbiendo la parte orgánica, quedando en las mallas fibrosas lo único que no podia absorverse, es decir, sales calcáreas.

Sabido es tambien, que la degeneracion cretácea, es una de esas degeneraciones propias de la edad senil, cuando le faltan al organismo las fuerzas nutritivas en cuyo caso hasta las arterias sufren la degeneracion ateromatosa y la conversion casi ósea de sus paredes. Puede, pues, esta evolucion considerarse como una de las mejores trasformaciones del tumor, debida á la falta de vida referible á la época de la menopausia.

Hay otras terminaciones que no deben referirse á este proceso; una de ellas es la terminacion gangrenosa, unas veces de la cápsula fibrosa, otras veces de los elementos musculares. Si el tumor crece en desproporcion con las paredes que le rodean éstas le estrangulan, sufre por consiguiente una falta de circulacion, una compresion molecular, á la que sigue la gangrena. Si esto se verifica en una masa fibrosa con facilidad de salir al exterior, puede ser una terminacion feliz; pero si es en la cara externa ó peritoneal, no es buena terminacion, porque puede dar lugar á peritonitis con sus consecuencias fatales.

El útero que guardaba en su seno un tumor fibroso, puede inflamarse, supurar y dar lugar á una metritis supuratoria, aun fuera del puerperio, pero ya dije que esto es un hecho muy raro. Generalmente la tendencia de este tumor es á hacerse estacionario, ocasionar mas ó menos incomodidad pero sin ulteriores resultados, como no sea por los que resultan de las hemorragias. A no ser así, pasa mu-

cho tiempo sin que la enferma sufra por ellos; y hasta puede llegar á la menopausia sin haber dado muestras alarmantes de su presencia, en términos que se puede encontrar el tumor en la autopsia sin que se haya sospechado su existencia. Despues de este hecho de inocuidad, el mas frecuente es la degeneracion adiposa y despues de éste la degeneracion cretácea llamada por otros autores degeneracion ósea, al cual se pueden referir los ejemplos que se citan de mujeres que han arrojado porciones huesosas á manera de pequeños núcleos abortivos. Esta trasformacion es menos frecuente y menos plausible que la adiposa.

Los fibromas ó tumores fibrosos del útero se desarrollan durante la época de actividad sexual; no es cierto que sean mas frecuentes en la menopausia; aunque se observa que muchos síntomas de estas enfermedades hacen explosion en esta época de la vida. Lo mismo el fibroma que las otras afecciones del útero empiezan durante la época de mayor actividad de este órgano, y se comprende que entonces es cuando puede haber mas sobra de actividades para dar lugar á su desarrollo; así puede existir un fibroma sin que se sienta al principio ni llegue á producir trastornos, y cuando se nota lleva ya algunos años de existencia. Es posible que esto coincida con la época de la menopausia, en la que veremos se presentan menorragias notables y alarmantes acompañadas de síntomas de compresion, y se cree que es el principio de aquella historia patológica, cuando en realidad lleva ya mucho tiempo de existencia.

En la mayor parte de estadísticas bien hechas se vé que hay más de un noventa por ciento antes de la menopausia. Ya he dicho que el desarrollo al principio era lento, que eran excepcionales los casos en que se desarrollaba con rapidez, lo que le distingue de los tumores del ovario, los cuales crecen rápidamente.

Influencia que ejerce el fibroma sobre el útero y sobre el organismo en general.—Es indudable que el fibroma ha de ejercer influencia notable sobre el útero. La primera modificacion se refiere á lo que podemos llamar vida intrínseca de este órgano. El útero aloja un huésped que se convierte en causa de mayor nutricion, así es muy comun ver aumentada su

actividad y verlo dispuesto á la hipertrofia y á todos los estados que están mas ó menos relacionados con ella. Todo lo que cubre el tumor, toda la porcion de útero que está mas ó menos en contacto con la cápsula que le encierra, se hace asiento de una gran hiperemia, se viene á formar como un gran plexo vascular, hecho muy notable cuando el tumor forma proeminencia en la cara interna, supuesto que la mucosa se hiperemia con mas facilidad que la cubierta externa ó peritoneal. De aquí el origen de las hemorragias que forman uno de sus síntomas. Al propio tiempo el tejido se hace mas compacto y la mucosa se reblandece por causa de esta circulacion suplementaria.

Las hemorragias que acompañan á estos tumores, unos dicen que se hacen por los vasos propios del tumor, al paso que otros sostienen que proceden de la circulacion circun-yacente. Hay pruebas para sostener una y otra opinion. Por ejemplo: es una verdad experimental que si se liga el pedículo del tumor cesan las hemorragias, prueba de que éstas se verificaban por los vasos ligados: pero al lado de esto hay tumores que no tienen vasos, y que si los tienen son tan pequeños que no pueden dar lugar á hemorragias, y sin embargo, estas son graves, hasta llegar á poner en peligro la vida de la enferma; hé aquí un hecho en que la hemorragia no dependerá del tumor, pero sí de la gran vascularidad del tejido uterino, que es asiento de la neoplasia. Diremos, pues, que ambos orígenes pueden serlo de las hemorragias sintomáticas del fibroma, aunque lo sea principalmente la hiperemia uterina.

Aparte de esto el útero presenta modificaciones en su forma, en los distintos momentos en que se observa. Si no es un tumor, sino que son varios, entonces el útero pierde completamente su figura normal y presenta la forma de una como incrustacion, á la que sirve de núcleo la masa uterina. Si se trata de un tumor único y que forma proeminencia, cambiará la forma en aquel sitio. Casi siempre hay version del útero hácia delante ó hácia atrás. Si el tumor se encuentra hácia la parte anterior, será esta la parte que mas pese y se inclinará hácia delante, dando lugar á una anteversion; vice-versa será una retroversion si la masa del tumor gravita hácia atrás. En resúmen, cámbios

de estructura, de forma y de relaciones, serán la resultante del fibroma, que se hará manifiesta en el útero por medio de la exploracion directa.

El fibroma del útero se deja conocer por un conjunto de síntomas que se deben referir á cuatro grupos: 1.º Síntomas revelados por perturbaciones en las funciones del útero. 2.º Síntomas que se refieren á alteraciones en las funciones de los órganos inmediatos, por su contacto con el tumor. 3.º Síntomas de alteracion de las funciones por accion refleja; y 4.º Finalmente, los síntomas objetivos ó locales, que son los que caracterizan anatómicamente el tumor. Los tres primeros grupos, los que se refieren á las funciones del útero, los que se refieren á las funciones de los órganos inmediatos y los generales ó reflejos no tienen mas que un valor aproximado, son síntomas de una afeccion uterina y los veremos reproducidos en la mayor parte de afecciones de este órgano, sobre todo en los tumores, de modo que no se puede decir mas al apreciarlos, sino que existe una alteracion del útero, y aun si es un tumor queda siempre la duda de si radica en el útero ó en el ovario. No sucede así con los síntomas objetivos ó anatómicos cuando de cualquier manera se pueden apreciar.

Haré rápidamente la descripcion de estos síntomas.

Primer grupo.—*Síntomas referentes á las funciones del útero.*—La menstruacion suele presentar la forma de menorragia, acompañada de dismenorrea, ó sea dolor mas ó menos intenso, seguido de una gran pérdida de sangre. Este hecho se comprende perfectamente, porque alterada la constitucion anatómica del útero no puede menos que responder de una manera anómala al orgasmo congestivo que forma parte del proceso menstrual y producir dolor: al paso que por la manera de ser del útero bajo la influencia de esa neoplasia, hay un estado hiperémico, y no solo esto, sino que hasta hay una circulacion suplementaria que forma como un gran plexo vascular al rededor del tumor; por lo tanto, cuando viene la hemorragia se verifica con mucha mas intensidad.

Generalmente hay leucorrea que proviene de la inflamacion de la mucosa, de esa endometritis que constantemente

acompaña á las neoformaciones. En fin, hay tambien á veces dolores fuera de los dias menstruales, pero la existencia de dolores en el fibroma es excepcional; por lo regular no siente la mujer dolores ni aun bajo la influencia de la presion, solo se nota una especie de compresion notable. Recuérdese que esta clase de tumores carece de nervios, y esta condicion anatómica hace que su sensibilidad sea nula y los dolores sumamente raros: pero cuando llegan á presentarse ofrecen los caractéres del dolor pungitivo, y deben ser referidos á la compresion por el tumor de los nervios propios del útero.

Se comprende, pues, perfectamente que todo lo expuesto es referible á otras muchas enfermedades, á cualquiera otra alteracion del útero aunque no sea una neoformacion como sucede con las hipertrofias y con las mismas inflamaciones.

Segundo grupo.—*Sintomas de compresion.*

Vienen despues los síntomas de intermediacion, que se refieren á la compresion que ejerce sobre los órganos inmediatos, en unos casos el tumor, en otros, todo el útero dislocado. Si el tumor radica en la parte anterior, se comprime la vejiga urinaria, y lo que sucede es que hay dificultad en la emision de la orina, una verdadera disuria que puede llegar hasta la estranguria. Se pueden producir en este caso dos fenómenos completamente distintos; ó la disuria ó la incontinencia de orina, segun el punto en donde se ejerce la presion. Si esta obra sobre el cuello de la vejiga, cierra la uretra é impide de consiguiente que las orinas salgan al exterior, se van acumulando en la vejiga, y únicamente cuando cambia de posicion la enferma puede emitirse la orina; por el contrario crece el tumor un poco mas, de modo que abandona el fondo de la excavacion, ó bien se produce la anteversion uterina y vá á coincidir el tumor con el fondo de la vejiga urinaria; entonces lo que le impide es llenarse, viene á ser como un obstáculo á la dilatacion de la vejiga, no puede retenerse la orina y resulta una verdadera incontinencia. Veremos que este hecho se produce de igual manera siempre que se trata de anteversiones y anteflexiones. Barnes cita un hecho en que hasta se perforó la pared de la vejiga por un tumor fibroso que la compri-

mia contra el pùbis; otro hecho de esta naturaleza se cita tambien, en el que se verificó durante el parto la perforacion. Estos hechos son excepcionales.

Otras veces, y esto es mas frecuente, el tumor radica en la pared posterior del útero, y ocupa casi toda la concavidad del sacro, produciendo la retroversion del útero, cuyo eje viene á coincidir con el diámetro antero-posterior de la excavacion; de ordinario lo que produce esta disposicion es el comprimir por igual la vejiga y el recto; la vejiga comprimida por el cuello del útero y el recto por el fondo. La dificultad en la emision de heces ventrales puede llegar á ser grande, con todos los síntomas propios de estas retenciones, hasta llegar á producir esa variedad de la infeccion pùtrida, una infeccion general de la sangre por las heces ventrales que se ha llamado por algunos autores *coprohemia*, y que se determina cuando se prolonga mucho la retencion. Esto, sin embargo, es raro en la práctica, pero puede suceder, y de esto se registran en la ciencia notables ejemplos: yo mismo he visto una pobre señora que se encuentra en este caso; es verdad que no se trata simplemente de un tumor fibroso, sino de un escirro; pero éste produce no solo la compresion del recto sino que se halla identificado con él, dejando solamente un pequeño conducto por el cual apenas puede pasar una algalia. Esta señora tiene retenciones de heces ventrales de catorce y más dias, actualmente está doce dias sin defecar, el vientre sumamente meteorizado, con dolores intensísimos, aumentando cada dia las dificultades por la permanencia y endurecimiento de las heces por encima del conducto permeable. La trituracion y solucion de esos materiales es imposible por la exigüidad del trayecto, y á duras penas se consigue extraer parte de ellos por medio de pinzas, causando esto tanto sufrimiento á la enferma, como los mismos conatos de defecacion. Ahora bien, en tal estado, á pesar de encontrarse el escirro al principio de su evolucion, crudo y sin reblandecimiento, hay ya síntomas de infeccion que solo pueden referirse á la retencion fecal. Pues bien, una cosa parecida puede suceder en los fibromas de la pared posterior del útero, como se citan de ello casos por los autores.

El tumor fibroso comprime los vasos, y gracias á esto

se producen varices en las piernas y en los muslos, parecidas á esas telangiectasias que se forman en los casos de gestacion; dá lugar mas tarde á edemas y como consecuencia de esa misma compresion venosa puede llegar hasta la gangrena, citándose ejemplos de gangrena de la vulva por esa compresion (1). Se comprimen tambien los nervios, sobre todo los ciáticos, teniendo en cuenta que se desarrollan en la parte posterior, produciendo muchas veces la ciática.

Tercer grupo.—*Síntomas que se refieren á estados generales.*—Estos se presentan de dos modos distintos: unos pura y simplemente nerviosos que dependen de la parte que toma el gran simpático, desórdenes, sobre todo de sensibilidad orgánica, alteraciones digestivas. Alguna vez desórdenes nerviosos cerebro-espinales, algunas perturbaciones en la sensibilidad y la inteligencia, pero esto excepcionalmente, pues los que mas se sienten son los que se refieren á los órganos digestivos, toda clase de dispepsias y anorexias, acompañadas de un estado mayor ó menor de alteracion de la sangre. No verificándose bien la digestion, la nutricion es incompleta, y la asimilacion se ha de hacer mal; pero esto se comprenderá que no puede referirse solo al fibroma, sino á todas las enfermedades del útero que producen aumento de volúmen.

Cuarto grupo.—*Síntomas anatómicos.*—A este grupo se refieren los caractéres anatómicos del tumor. Cuando es muy grande, cuando llega á salir de la excavacion de la pelvis para ocupar la cavidad abdominal, es fácil la exploracion. Pero cuando queda profundo, solamente puede llegarse á formar juicio bajo el punto de vista del diagnóstico, recurriendo á todos los medios posibles, la palpacion, el tacto vaginal y rectal, y los procedimientos que tenemos para explorar la matriz, sobre todo el cateterismo. Por la palpacion abdominal, podremos apreciar si es único ó múltiple, si es liso ó abollado, si está encentrado ó lateralizado, segun el sitio que ocupe el tumor, pero para esto son necesarias varias circunstancias, y la primera de ellas que el tumor sea accesible, pues de otra suerte no podemos llegar á él. La segunda condicion es que la mujer no tenga mu-

(1) Barnes.—Traité clinique des maladies des femmes.

cha cantidad de grasa en las paredes abdominales, pues de otro modo no es posible llevar la mano hasta el sitio donde está el tumor, porque se interpone una gran masa de tejidos blandos entre la mano que explora y el tumor, nada se percibe, la sensacion es sumamente oscura, y lo único que hace es producir dolores y cansar á la paciente.

Tacto vaginal.—Lo primero que observamos por este medio es que el dedo no alcanza el cuello del útero, y entonces viene el caso de buscarlo con mucha atencion por si se encuentra dislocado hácia adelante ó hácia atrás. Esto no tan solo se reconoce por el tacto sino por medio del espéculum, que nos permite ver la situacion de este órgano. La dislocacion, sin embargo, no es un síntoma positivo del fibroma, puesto que puede hallarse así por varias causas; puede ser espontánea la version, puede ser debido á una mala involucion del útero despues del parto ó á una sacudida ó choque, etc.; pero sabemos ya que el fondo del útero está fuera de su sitio, y podemos ir á buscarlo al sitio donde se encuentre y ver si está en su estado natural, apreciando luego si hay ó no un aumento de volúmen que descubra el tumor.

Este exámen se completa con el cateterismo. Si sin dificultad hacemos la exploracion por medio de la sonda, y vemos que no está doblado el eje del útero, ni ocupada su cavidad por un cuerpo extraño, podemos ya casi asegurar que el útero está antevertido ó retrovertido por cualquier otra causa. Si existe un tumor es muy difícil enderezar el útero, porque además del mayor peso existe esa especie de encañamiento dentro de las paredes de la excavacion, que impide que se mueva con facilidad. Por medio del tacto rectal se encontrará una masa grande, un cuerpo sumamente abultado, mayor que el útero, aun considerándolo retrovertido, hecho en verdad el mas significativo para el diagnóstico.

Combinando luego la presion por el recto con la presion de la sonda introducida en el cuello, se producirá un movimiento de báscula que levante el útero y hace que sea posible la exploracion completa: la sonda uterina nos dá el conocimiento de la coincidencia ó no coincidencia de la cavidad del útero y la del cuello; una vez introducida la sonda,

se puede combinar con el tacto por el recto y apreciar la distancia que hay entre ellos; si el útero no tiene ningun tumor, se aprecia la distancia que corresponde al estado normal, pero si hay alguna nueva formacion se reconoce que es muy gruesa la pared que existe entre ambos objetos. Cuando el tumor no existe en esta region sino en la anterior, se hace la misma exploracion combinando el cateterismo uterino y el cateterismo vesical: entonces tambien por la sensacion que produce en la mano la separacion de esas dos sondas, se estima la existencia y dimensiones del tumor.

Levantado el útero por medio del cateterismo y la presion se puede ya reconocer al través de las paredes abdominales, y se vé si es duro ó blando, si tiene mucha base ó tiende á pediculizarse, si es liso ó desigual, en una palabra, todos sus caractéres físicos.

El establecer la diferencia de este tumor cuando radica en el útero y cuando radica en el ovario, solo se puede conseguir cuando, siendo un tumor ovárico, ha desalojado al útero y se pueden reconocer ambas cosas por la vagina y por el recto; ó bien cuando, siendo uterino, podemos limitarlo por el mismo recto y reconocer el ovario libre y sano á los lados del tumor.

El diagnóstico es, sin embargo, difícil. Se hace sin dificultad el de un tumor que existe en la pelvis; pero decidir si radica en la matriz ó en el ovario, si es de naturaleza sólida ó cisto-sarcoma, si es un fibroma benigno, ó es de carácter maligno, para todo esto queda siempre alguna duda; y prueba de ello es que hombres de mucha práctica se han equivocado tomando por ováricos fibromas uterinos y vice-versa; error que prueba las dificultades grandes que existen para formular el diagnóstico diferencial.

Podemos, sin embargo, sentar algunas reglas generales que sirvan de base para esa distincion. Desde luego las menorragias y metrorragias que son muy raras en los tumores del ovario, son frecuentes en los fibromas uterinos, siendo mas propia de los tumores ováricos la amenorrea. Los dolores son tambien mas frecuentes en el fibroma del útero que en el del ovario; pero esto tampoco es absoluto para que pueda servir de regla general, pues ya he dicho que muchas veces son los fibromas indolentes. Los fenómenos de

compresion parecen ser mas comunes al tumor del útero que al del ovario; sin embargo, durante el primer período de su evolucion, en que están tranquilos, uno y otro pueden comprimir el recto y la vejiga urinaria, mas el ovario pronto abandona la situacion intra-pélvica para hacerse abdominal. Se ha dicho que era esencial el estar encentrado el tumor uterino; si se tiene en cuenta que el fibroma ocupa por lo regular la pared posterior, se puede decir que su sitio anatómico es la concavidad del sacro; al paso que en el ovario existe á un lado, por lo menos al principio y únicamente cuando pasan á la cavidad abdominal es cuando se encuentran encentrados. Esto es tal como aparece teóricamente, pero en la práctica nos encontramos frecuentemente con un tumor colocado encima de los ligamentos útero-ováricos dentro de la misma excavacion, sitio muy ambiguo. Además los tumores de la matriz no están constantemente arraigados en la pared posterior; algunas veces están lateralizados ó se encuentran éstos en la pared anterior formando como una especie de conglomerado de pequeñas producciones.

De todo esto resulta que el diagnóstico no siempre es fácil, y se necesitan dos grandes condiciones para poderlo establecer: primera, que la enferma se sujete á una exploracion muy detenida, muy larga, muy repetida, no perdonando ningun medio de exploracion; segunda, que esta exploracion se haga en diferentes épocas y hasta si se quiere por diferentes médicos, y esto para poder apreciar y comparar los caractéres por diversos procedimientos.

El pronóstico es grave siempre, no precisamente porque deba ocasionar la muerte de la enferma, sino por los accidentes á que las hemorragias pueden dar lugar. Si llega á la menopausia es posible que tome un carácter de pasividad, con tendencia á disminuir y atrofiarse, de lo cual resulta que solo ocasione una pequeña incomodidad. Desaparecen entonces los síntomas reflejos sobre el aparato digestivo, y es posible que venga un movimiento regresivo, la degeneracion adiposa, que facilita la absorcion: pero puede tambien no venir nada de esto y continuar las hemorragias, que pueden matar por inanicion ó por anemia aguda; puede por otro lado presentarse la peritonitis, aunque esto no es

tan frecuente como algunos autores han querido suponer. La verdad es que vienen con frecuencia estados anémicos, y una muerte lenta, solo como efecto de las alteraciones de la nutricion.

Las inflamaciones locales pueden terminar por supuración ó por gangrena, que interesa especialmente al mismo tumor: cuando éste radica en la superficie interna se puede eliminar por ese proceso necrobiótico, despues de correr algunos peligros, pero es muy grave si forma proeminencia en la cavidad abdominal, porque el tumor gangrenado no puede dar lugar mas que á la peritonitis ó la septicemia. Cuando llega la época de la menopausia, se puede hacer mas benigno el pronóstico, porque desaparece el peligro mayor, á menos que el tumor ejerza grande presion sobre los vasos abdominales y los ureteres, porque entonces es muy peligroso el desarrollo de una albuminuria y anemia, que siempre terminan mal.

El tratamiento debe fundarse, para ser racional, en la historia misma de esta neoplasia: la terapéutica debe buscar artificialmente lo que se produce algunas veces por los solos esfuerzos naturales. La fusion, la eliminacion por estrangulacion, la enucleacion y extraccion son los medios que el arte puede producir por medios farmacológicos ú operatorios, y con ellos curar el fibroma.

El primero, esto es, la fusion y absorcion del tumor, se debe conseguir por medios farmacológicos; para esto se han probado diversos medicamentos. Figuran en primera línea los que se consideran como fundentes, el plomo, el yodo, el mercurio. Estos medicamentos, sin embargo, cuando obran en aquel sentido, es sobre el sistema linfático, que es capaz de fundirse, pero no creemos que surtan efecto sobre los elementos fibro-celulares del tumor. Sin embargo, recientemente se ha ensayado uno que parecé que ha dado lugar á una disminucion notable, y es precisamente el cloruro de calcio administrado desde uno hasta seis ó siete gramos diarios, y seguramente se deben á esta sustancia los beneficios de las aguas de Creuznack en Austria, las cuales se aconsejan para el tratamiento de los tumores uterinos, sobre los cuales obrarian en su calidad de aguas

minerales cloruradas y bromuradas. Se ha usado el cornezuelo de centeno, que produce esa especie de contraccion fibrilar del músculo uterino, y una isquemia; por esta última se quita el riego al tumor, lo cual facilita su atrofia, y por la primera se facilita la expulsion espontánea.

La fusion puede tal vez conseguirse mejor por medio de la dilatacion del cuello uterino, en la forma que dije al hablar de este procedimiento aplicado á la hipertrofia. Simps ha conseguido la fusion completa de fibromas por medio de la dilatacion sostenida, y por mi parte no titubearía en ensayar este medio en casos de fibroma, en la confianza de conseguir mejor resultado aun del que obtuve en la hipertrofia, y á beneficio de la misma accion sobre los tejidos enfermos. Aunque al parecer los únicos medios seguros, cuando son aplicables, son los operatorios.

Y realmente, Señores, nos encontramos aquí en una de las mas difíciles situaciones del médico. La marcha del fibroma no suele de ordinario llevar á un estado amenazador, pero esto, que no es lo constante, sucede algunas veces, y ya sea por las hemorragias, ya por la mala nutricion, puede presentarse el caso en que veamos que la situacion de la enferma se hace crítica, la anemia va conduciéndola á la muerte; los medios ensayados no han producido resultado y no queda ya mas recurso que el de intentar la extirpacion del tumor. Mas, al lado de esto, los medios operatorios son difíciles, y algunas veces inaplicables. Cuando se trate de pólipos, las operaciones son de éxito casi seguro, hay procedimientos de mucha facilidad de ejecucion y casi puede decirse seguridad de éxito; mas tratándose del histeroma los procedimientos se hacen mas difíciles, y algunos están rodeados de verdadero peligro.

Dos son los procedimientos empleados para librar el útero de la presencia del fibroma; la *enucleacion* y la *extirpacion*.

Cuando el tumor fibroso forma proeminencia en la mucosa uterina y se consigue dilatar bastante el cuello, entonces la enucleacion es posible y hasta relativamente fácil; pero cuando es sub-peritoneal, es decir, cuando forma proeminencia en la superficie externa, la enucleacion no es posible; entonces, si algo ha de hacerse es en otro sentido;

ó practicar la extirpacion del tumor ó la extirpacion del útero, supuesto que estas dos cosas vienen á ser una misma. Hay, sin embargo, que tener en cuenta lo que antes he dicho respecto á la diferente manera de portarse los fibromas segun sean sub-mucosos ó sub-peritoneales, pues al paso que aquellos se acompañan frecuentemente de hemorragias y conducen á la anemia, estos últimos no dan lugar á tales accidentes, se hacen mas tolerables, y no son ocasion frecuente, por lo tanto, de que tenga que formularse la grave indicacion de extirpar ó enuclear el tumor.

La enucleacion consiste en atraer el tumor fuera de su cavidad, separándolo de la cápsula que lo encierra. La operacion no es de las mas difíciles una vez se ha llegado á descubrir la zona de insercion: en esto consiste toda la dificultad y lo que hace lentos y pesados los procedimientos.

Empiézase, pues, por dilatar el cuello hasta donde alcanza la accion de los medios dilatantes, y una vez conseguido esto, se hace descender la matriz por la vagina hasta lo mas cerca posible de la vulva, mejor, fuera de esta. En esta situacion es ya fácil llevar los instrumentos sobre el tumor y practicar la enucleacion. Entonces se practica una incision que divida los tejidos que cubren el fibroma, el cual se vá disecando y separando de la especie de cápsula que le forma el tejido uterino. Esto es fácil de ejecutar cuando existe una completa separacion entre este y el fibroma, pero cuando hay comunidad de elementos anatómicos entre uno y otro, ya cambia de aspecto. En tal caso puede suceder, ó bien que quede parte del tumor entre las fibras del útero, y que al intentar arrancarlo se rompan estas, ó se dislaceren los vasos y se produzca una hemorragia. Para evitar esto se hace por algunos la enucleacion por medio del extrangulador de Chassaignac, lo cual indudablemente garantiza el resultado, pero es muy difícil aplicarlo bien, pues así como cuando se trata de tumores pediculados la extrangulacion es fácil, sucede lo contrario en los sesiles, como es el fibroma, por no existir un punto de apoyo seguro para la aplicacion de la cadenilla. Al fijar esta asa metálica al rededor de un tumor de base ancha, lo regular es que se resbale, se deslice y no se consiga nada, á menos

que se pueda cojer con unas pinzas que sirvan de punto de apoyo; entonces sí se verifica bien.

Como esta operacion es difícil y poco seguro el éxito, se ha ensayado la extirpacion. Para ello es menester dilatar el cuello todo lo posible para poner al alcance de los instrumentos la parte que se ha de extirpar y la zona que le sirve de asiento, despues de lo cual se disecciona el tumor, pudiendo luego, si fuese necesario, practicar la cauterizacion. Se ha aconsejado la extirpacion total del útero, constituyendo lo que se ha llamado histerotomía, operacion que cuenta con muchos resultados adversos, y no puede admitirse en absoluto mientras la experiencia no dé resultados mas favorables. Sin embargo, es un hecho que, recurriendo á ella tan solo en último extremo, cuando peligre seriamente la vida de la paciente, y por lo tanto se plantee la dura alternativa de dejarla morir, ó practicar una operacion problemática, entra de lleno dentro las condiciones de una indicacion aceptable.

Hay que guardar en este caso las mismas reglas que para la ovariectomía. Siempre y cuando existan fibroides grandes que amenacen la existencia de la enferma por las hemorragias que ocasionan ó por la inanicion en que colocan á la enferma, entonces se puede practicar realmente la histerotomía, si el tumor es de tal índole que no ofrezca sospechas de ser maligno, y por otro lado la enucleacion y extirpacion no sea posible. En tal caso extírpase todo el útero, lo mismo que se hace con el ovario para curar radicalmente un quiste. Por lo demás, se opera y segun los procedimientos descritos para la ovariectomía.

La indicacion de la histerotomía se encuentra en igual caso que la operacion cesárea; es una operacion de necesidad. Así como en esta última nos decidimos á abrir el abdomen y extraer por aqui el feto, solamente cuando no hay otro camino, y de no hacerlo están próximos á la muerte la madre y el hijo, de la misma manera, cuando la presencia de un histeroma es un peligro cierto para la existencia de la mujer y no hay medio alguno de salvarla, es cuando apelamos á la histerotomía, antes que permanecer inactivos viendo morir la enferma. Tiene esta operacion adversarios, y se comprende que sea así, aun despues del triun-

fo obtenido por la ovariectomía en la opinion pública, y es que, aunque muy parecidas ambas operaciones, hay algo, sin embargo, en la histerotomía que hace de ordinario menos feliz el éxito. Esto es, la índole especial de la herida resultante de la extirpacion del útero, que está avocado á supurar, resultando un foco notable de supuracion en contacto con el peritoneo, de cuyo hecho parten el mayor número de accidentes que la complican. A pesar de esto, y partiendo siempre de que lo legitima una verdadera necesidad, la histerotomía se practica hoy dia por notables profesores.

La histerotomía tiene procedimientos parecidos á la ovariectomía. Todos los preparativos serán exactamente iguales, siendo tambien ventajoso establecer la cura antiséptica de Lister. Aparte de los instrumentos ordinarios, se necesitan unas agujas especiales para la sujecion del pedículo, una cánula para colocar en la vagina y un clamp á propósito; aunque Pean usa, en vez de éste, una simple asa metálica que lleva al ángulo inferior de la herida, y allí sujeta el pedículo. Hecha la preparacion conforme indicamos al hablar de la ovariectomía, se practica el primer tiempo de la operacion como si se tratara de hacer la extirpacion de un quiste, aunque por lo comun será mas pequeña la incision, supuesto que lo que ha de salir por allí tendrá un volumen relativamente pequeño; pero si una vez hecha ésta se vé que no es bastante lata, entonces se alarga mas ó se hace la extirpacion á pedazos. En el fibroma uterino no debe contarse con la disminucion de volumen del tumor que se consigue en los quistes por medio de la puncion, supuesto que aquí pocas veces se encontrará coleccion serosa. Sin embargo, cuando esta existiere se hará tambien la puncion, en lo posible fuera del abdomen.

El procedimiento de Pean, una vez abiertas las paredes abdominales, es el siguiente: Llevado el tumor fuera del abdomen, se atraviesa el cuello del útero, á una altura que deje suficiente pedículo, por medio de dos agujas rectas, fuertes, que se cruzan perpendicularmente una á otra, y sirven para limitar el pedículo. En seguida y por encima de éstas se hace pasar otra aguja curva, que lleva un hilo metálico doblado en asa, con lo cual se establece una doble

ligadura: los dos hilos resultantes se aprietan por cada lado con un aprieta-nudos, con lo cual cada uno de ellos comprime fuertemente una mitad del pedículo. Si la parte que se ha de seccionar es muy vascular se puede aun aplicar una tercera ligadura por encima de las agujas rectas, despues de lo cual se pasa ya á seccionar el útero. Generalmente se llevan con este los ovarios, dejando completamente libre la excavacion. El muñon resultante es conducido al borde inferior de la herida abdominal, con las cuatro extremidades de las agujas y las ligaduras, se le sujeta allí por medio de un clamp, ó mejor por medio de un hilo metálico, y se cierra la herida de igual manera que para la ovariectomía (1). Aquí, como en la extirpacion del ovario, se ha aconsejado por algunos abandonar el pedículo, pero tiene los mismos inconvenientes y creo preferible, mientras sea posible, llevarlo al exterior, en donde se pueden prevenir y tratar todos los accidentes que en él se presentaren.

No podemos en absoluto formar un juicio completo de la histerotomía como medio curativo de los fibromas, ya se abra la cavidad abdominal para enuclear y extraer simplemente el tumor, ya se proceda á la extirpacion total del útero y sus anejos. Los resultados de la práctica han sido hasta ahora muy diversos, y sobre estos se ha fundado la opinion pública, exponiéndose en las Academias juicios muy contradictorios y algunos sobrado apasionados. A este objeto os recordaré lo sucedido con la ovariectomía, cuya operacion, fuertemente condenada al principio de su historia, ha acabado por ser admitida casi sin discusion, dando resultados ventajosísimos en manos expertas. Es posible, pues, que suceda lo mismo con la histerotomía, y que á la vuelta de algunos años la veamos definitivamente admitida.

Mientras no resulte juzgada esa cuestion conviene abstenerse de llegar á ella como no esté muy clara la indicacion y sobre todo como no se presente una absoluta necesidad de practicarla para salvar á la enferma, dado el peligro seguro de perecer por hemorragia, por inanicion ó por pyohemia.

(1) Véase pág. 215.