

Anatomía patológica.— Hay que distinguir varias formas:
 1.º *Procidencia de la vagina sola*, que, en la gran mayoría de

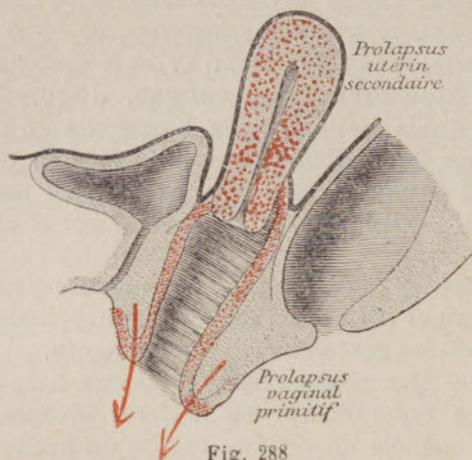


Fig. 288

Esquema que representa un prolapso vaginal primitivo

Prolapsus utérin secondaire, prolapso uterino secundario; *Prolapsus vaginal primitif*, prolapso vaginal primitivo

los casos, precede al descenso del útero y que presenta los tipos siguientes: a) *colpocele anterior* ó caída de la pared ante-

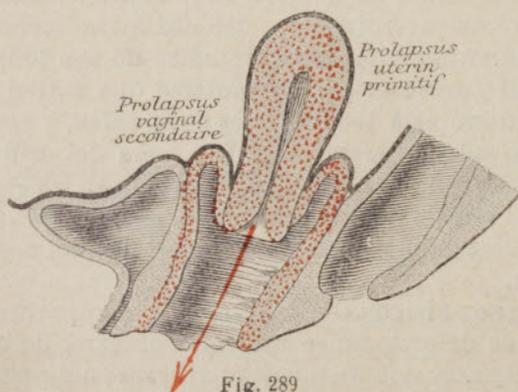


Fig. 289

Esquema que representa el prolapso uterino primitivo

Prolapsus vaginal secondaire, prolapso vaginal secundario; *Prolapsus utérin primitif*, prolapso uterino primitivo

rior, seguida ordinariamente de una hernia de la vejiga (cistocele); b) *colpocele posterior*, compuesto de la pared vaginal sola ó complicado con la caída de la pared rectal anterior (rectocele);

c) *prolapso de las dos paredes*, predominando de ordinario en la anterior.

2.º *Procidencia de la vagina con descenso del útero y alargamiento hipertrófico, primitivo ó consecutivo, de la porción supravaginal del cuello*, según dice BOUILLY, es el caso tipo más ordinario del prolapso avanzado y antiguo. HUGUIER fué quien, en 1860, demostró la realidad de la hipertrofia en longitud del cuello del útero: impresionado por la confusión posible entre esta lesión y el prolapso verdadero, exageró su importancia y quiso substituir la dislocación del órgano por el alargamiento hipertrófico.

3.º *Prolapso de la vagina y del útero sin alargamiento hipertrófico supravaginal del cuello*: en efecto, hay, como ha dicho TRÉLAT, verdaderos descensos sin alargamiento.

Síntomas. — El *prolapso agudo*, verdadera hernia de fuerza, que sobreviene bruscamente en mujeres jóvenes, de periné sólido, á consecuencia de un esfuerzo, es un hecho raro. Habitualmente, *el descenso úterovaginal es progresivo* y se constituye con lentitud. Se caracteriza por síntomas funcionales y físicos.

1.º SÍNTOMAS FUNCIONALES. — Los síntomas funcionales son: peso en el periné, tirantez en los lomos y el bajo vientre, acentuado especialmente por la marcha y la posición de pie, trastornos debidos á la metritis concomitante, micciones frecuentes, á veces incontinencia, debidas á fenómenos vesicales reflejos y estreñimiento. Estos síntomas no son proporcionales al grado del descenso: se ven mujeres que sufren vivamente cuando el útero está todavía lejos de la vulva, y otras que llevan, sin marcada molestia, la matriz fuera del orificio vulvar. Los trastornos son pronunciados sobre todo en las enfermas que presentan al mismo tiempo una ptosis general de las visceras, con riñón descendido, pared abdominal flácida, enteroptosis y neurastenia.

2.º SIGNOS FÍSICOS. — A la *inspección* se encuentra la vulva más ó menos deformada: se aprecia el desgarramiento de la comisura vulvar, la disminución de longitud aparente del periné (distancia entre el ano y la vulva); con los dedos colocados en el recto y la vagina, pálpese su espesor y consistencia (porque con un periné de apariencia normal la musculatura profunda puede haber sufrido una grave atrofia).

Colocada la mujer en posición dorsolumbar, hágasela toser ó pujar. En el caso ordinario de procedencia vaginal se ve la pared (la anterior principalmente) aparecer en el campo del

orificio vulvar y formar prominencia como un tumor blando y rosado que desaparece cuando cesa el esfuerzo.— En el prolapso completo fuera de la vulva, se nota un tumor ovoideo, á menudo grueso como el puño, cuya superficie está formada por la vagina invertida: los pliegues transversales están borrados, la mucosa está seca, de color rosa pálido y presentando á veces ulceraciones debidas á los rozamientos. El cuello no corresponde exactamente al polo inferior del tumor; de ordinario, se dirige hacia atrás y sus labios están borrados.

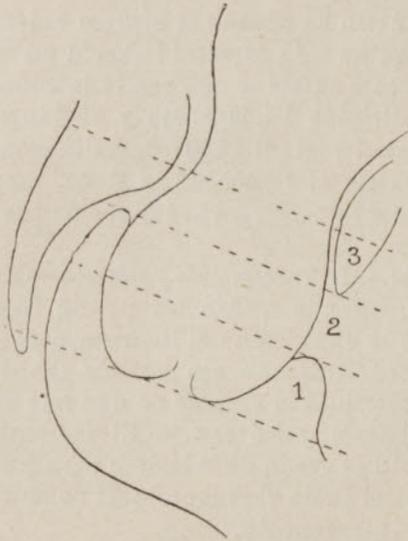


Fig. 290

Esquema de SCHRÖDER que demuestra las relaciones de los tres segmentos del cuello (1, 2, 3) con los fondos de saco vaginales

Al tacto, cuando el útero no ha franqueado la vulva, se encuentra el cuello más ó menos próximo á este orificio. En estos casos es posible un error: el alargamiento hipertrófico del cuello puede simular un prolapso. El diagnóstico sólo se establece empleando el histerómetro, que presenta al útero con sus dimensiones normales, en el descenso simple y que indica el aumento de la cavidad uterina, de 8 á 15 centímetros, en el prolapso con alargamiento.

Ahora bien; este alargamiento puede interesar la porción vaginal del cuello, su parte supravaginal ó el cuerpo uterino. El esquema de SCHRÖDER demuestra estos diversos tipos (figura 290). Si el segmento inferior (infravaginal) es el único que se

hipertrofia, el cuello se prolonga sin arrastre notable de los fondos de saco vaginales, que conservan su profundidad (hocico tapiroide, por comparación con la trompa de un tapir). Si la hipertrofia interesa el *segmento medio* (subvaginal ó libre por detrás, supravaginal por delante), el fondo de saco anterior de la vagina desciende con el cuello y se borra, en tanto que el fondo de saco posterior conserva su profundidad. Por último, si es el *segmento superior* del cuello, todo el supravaginal, el que se hipertrofia, los dos fondos de saco vaginales son igualmente arrastrados y se borran.

Cuando el útero ha pasado el orificio vulvar hay que determinar si la vejiga ha sido arrastrada hacia un divertículo anteu-terino: el cistocele existe si una sonda introducida por la uretra puede ser dirigida hacia abajo y adelante y si se toca su pico bajo la pared vaginal anterior. Asimismo, el tacto rectal demuestra si existe el rectocele: el dedo, empujado hacia la pared anterior del recto, forma prominencia por detrás del útero prolapsado.

Tratamiento.—I. *Tratamiento paliativo.*—El pesario es útil, como paliativo, cuando queda un periné bastante resistente para oponerse á la expulsión del instrumento: se emplearán los pesarios más sencillos que sea posible (anillos de Dumont-pallier) y se prescribirá el empleo de una faja hipogástrica.

II. *Tratamiento quirúrgico.*—El tratamiento operatorio debe variar según el grado de la lesión; pero, en todos los casos, la restauración del suelo vaginoperineal constituye el acto fundamental de la intervención.

Esta restauración comprende: 1.º *el estrechamiento de las paredes vaginales*, previa escisión del tejido que hay en exceso, lo cual realizan las *colporrafias anterior y posterior*; 2.º *la refeción ó restablecimiento del periné* con elevación de la horquilla por medio de la operación de HÉGAR, la *colpoperineorrafia* (figura 291).

Esta colpoperineorrafia consiste en la escisión de un colgajo en A, de vértice superior, disecado en la pared vaginal posterior, que se separa de la pared rectal. Los bordes de esta A son saturados á punto por encima con catgut, estrechando y elevando la pared posterior de la vagina, que se pone en contacto con la anterior. A nivel de la vulva, se reconstituye un periné grueso y ancho, mediante hilos de plata, introducidos perpendicularmente de modo que carguen y recojan todos los tejidos musculares profundos.

Conviene saber: 1.º que á estas operaciones plásticas deben

añadirse, según indicaciones, intervenciones propias para modificar la metritis concomitante (raspado), para disminuir el cuello afecto de ectropión ó de prolongación hipertrófica (operación de SCHRÖDER ó amputación bicónica); 2.º que vale más pecar por exceso que por defecto y que conviene estrechar al máximo la vagina, mediante avivamientos anchos y suturas correctas.

Existen casos complejos en que no basta reconstituir el

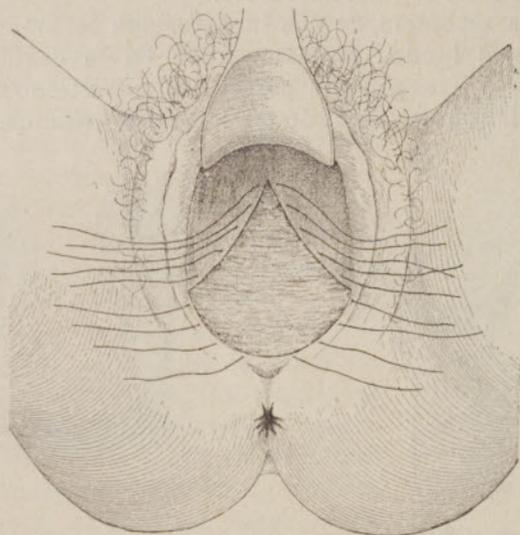


Fig. 291

Colpoperineorrafia: procedimiento de Simon-Hégar (RICARD Y LAUNAY)

sostén inferior del útero y en los que es necesario dirigirse á medios de fijeza superior. — Se practica entonces: ya el *acortamiento de los ligamentos redondos* (operación de ALQUIÉ ALEXANDER), ya la *fijación del útero á la pared del vientre* (histeropexia abdominal); pero estas dos intervenciones por sí solas son insuficientes y no pueden ser más que operaciones complementarias de la restauración perineal. — Por último, la *histerectomía vaginal* sólo está indicada cuando el útero es muy voluminoso, fibromatoso ó irreducible, en una mujer que ha llegado á la menopausia: debe, por lo demás, ir seguida de una colpoperineorrafia, pues de no hacerlo así, el cistocele y el rectocele se reproducen.

ARTÍCULO III

INVERSIÓN DEL ÚTERO

Definición y anatomía patológica.— La inversión del útero, es, como había dicho GUILLEMEAU, «*le retournement de l'utérus*», ó sea que *el útero se vuelve del revés*.

Se trata, en efecto, de una invaginación del órgano: primero se deprime el fondo, permaneciendo en la cavidad uterina (primer grado); luego, sale por el orificio externo del cuello y penetra en la vagina (segundo grado), y por último, en un tercer

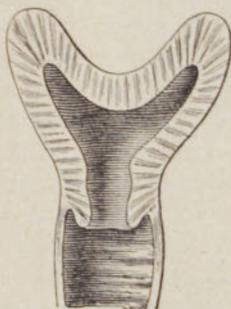


Fig. 292

Inversión uterina (primer grado)

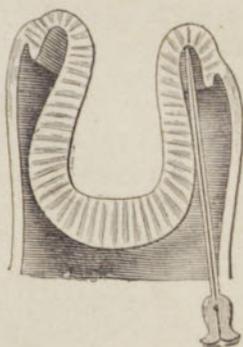


Fig. 293

Inversión uterina (segundo grado)

grado, el útero está completamente vuelto como un dedo de guante; su cara mucosa se hace externa y se continúa con la cara mucosa de la vagina, y en la depresión infundibuliforme, que constituye su cara serosa, pueden introducirse las trompas, los ovarios y á veces asas intestinales.

Etiología.— Para que la inversión pueda producirse, se necesitan estas dos condiciones: 1.^a la ampliación de la cavidad uterina; 2.^a el reblandecimiento parcial de las paredes del órgano.

Estas dos condiciones se encuentran realizadas: 1.^o después del parto; 2.^o en el caso de un tumor que distiende la cavidad uterina.—Después del parto, de ordinario la causa ocasional de este accidente es el alumbramiento: la inercia uterina total ó limitada á la zona placentaria lo favorece. Si entonces se ejer-

cen prematuramente tracciones sobre el cordón, si éste resiste y la placenta no se desprende, el fondo se deprime como un «culo de botella», decía MAURICEAU: la inversión se constituye y las contracciones de la parte no invertida tienden á expulsar, como un cuerpo extraño, el segmento ya dislocado, lo cual completa la invaginación. Segunda eventualidad: supongamos un fibromioma intrauterino que ocupe el fondo del órgano. Las contracciones expulsivas tienden á expulsar ese tumor, que arrastra, con su inversión, el fondo uterino invaginado.

Síntomas.—La inversión puerperal va acompañada á menudo de una abundante hemorragia que puede llegar á ser mortal: el fondo del útero aparece en la vagina ó en la vulva con la placenta. —La reducción en los primeros días es fácil: si no se efectúa, puede ocurrir que la porción invertida se gangrene, ó bien la inversión no reducida pasa al estado crónico, y esta forma es la que interesa al cirujano. Se encuentra en la vagina ó en la vulva un tumor redondeado, duro, de superficie roja y vellosa; á nivel del cuello se estrecha y está como estrangulado por lo que queda del rodete cervical; entre este rodete y el tumor se nota un surco donde se hunde el histerómetro más ó menos según el grado de la inversión.

En tal caso es frecuente un error: se puede confundir esa *inversión crónica con un pólipo fibroso expulsado por el cuello*. En los dos casos es la misma sensación de un tumor con un rodete cervical; este error no es posible cuando la inversión es completa y el rodete cervical ha desaparecido. El diagnóstico se funda: 1.º en la sensibilidad propia de la mucosa uterina, señalada en la inversión por TILLAUX y GOSSELIN, signo, por otra parte, inconstante; 2.º en la falta del fondo del útero en el abdomen, demostrando el tacto rectal, combinado con el cateterismo vesical, que el dedo y la sonda se encuentran sin nada que se interponga entre ellos; 3.º en la imposibilidad de introducir un histerómetro en el surco situado entre el cuello y el tumor (fig. 293), quedando el instrumento por todos lados detenido á la misma profundidad.

Tratamiento.— En las inversiones recientes de origen obs-

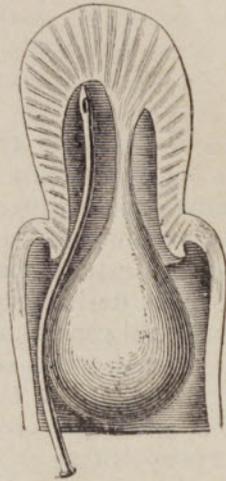


Fig. 294

Pólipo fibroso expulsado por el cuello; diagnóstico diferencial con el caso representado en la figura 293.

tétrico, la reducción es tanto más fácil cuanto es más precoz: se practica con la mano introducida en la vagina y empujando el fondo del útero.— En la inversión crónica se puede, ó bien limitarse á la amputación de la parte invertida, ó bien, y tiende á ser la intervención de elección, practicar la histerectomía vaginal.

ARTÍCULO IV

DE LAS METRITIS

Definición y etiología.— La *metritis*, inflamación del útero, es la consecuencia de una infección del órgano. Ahora bien; en tanto que la vulva y la vagina dan normalmente asilo á bacterias (saprofitos ó microbios patógenos), la cavidad uterina permanece estéril hasta la pubertad y sigue siéndolo á menudo después de la instauración menstrual. Es necesario, pues, por regla casi general, que la infección venga del exterior.

Dos factores son el origen de casi todas las infecciones genitales: 1.º la blenorragia; 2.º la infección puerperal. Gonococo y estreptococo: he aquí, pues, los dos agentes ordinarios de la metritis.

La presencia del microbio patógeno no basta: se necesitan factores secundarios que, preparando el terreno, favorecen la infección y mantienen su cronicidad.

El gonococo tiene por sitio de elección los puntos revestidos de epitelio cilíndrico; en tanto que no se reproduce sobre el epitelio pavimentoso de la vagina, se localiza con predilección sobre las mucosas de epitelio cilíndrico, la uretra, el cuello, el cuerpo uterino y las trompas.— Desde la uretra, que es su localización inicial preponderante, invade el cuello: durante largo tiempo, la infección blenorragica puede quedar localizada en la cavidad cervical. Para que el gonococo, atravesando el orificio interno, alcance el cuerpo uterino, basta á menudo que la infección sea crónica, mal tratada y vaya extendiéndose progresivamente sobre la mucosa. Pero á veces intervienen causas ocasionales que dan á esta afección crónica una brusca impulsión de agudeza. Pueden intervenir todas las condiciones capaces de producir un estado congestivo en el órgano: congestión periódica de la menstruación, traumatismo á consecuencia de un exceso de coito, estrechez del orificio externo del cuello, que favorece la estancación y la retención de los productos, y parto

ó aborto, que suprimen la barrera que existe á nivel del orificio interno y abren vías de absorción.

Después de un aborto ó un parto, la superficie de inserción placentaria es una herida expuesta á la infección microbiana. El microbio patógeno de esta infección *post partum* ó *post abortum* es ordinariamente el estreptococo, asociado á veces al estafilococo ó al colibacilo. Por regla casi general, es introducido por *heteroinfección* (la mano séptica de una comadrona, una cánula sucia); en los casos más raros, se trata de una *autoinfección*, debida á la presencia del microbio patógeno en las vías genitales inferiores. Ciertas condiciones favorecen la infección puerperal: en primer lugar, la retención de residuos placentarios, frecuente principalmente después de los abortos en que, fragmentos de membrana, injertándose en la mucosa uterina, representan otros tantos puntos de inoculación persistente y suministran á los gérmenes un terreno de cultivo; en segundo lugar, ese estado de hiperplasia y de congestión que sigue al parto ó al aborto y que sólo desaparece cuando la *involution uterina* se realiza con regularidad, devolviendo al órgano su volumen normal y disminuyendo progresivamente la herida útero-placentaria.

En la producción y prolongación de la metritis puerperal, EMMET ha atribuido una influencia exagerada á una pequeña lesión: *el desgarró del cuello*. Está demostrado que esta laceración cervical favorece el ectropión de la mucosa, que, por consiguiente, abre la cavidad uterina á la invasión de los gérmenes patógenos y que puede intervenir tardíamente en la aparición de neurosis reflejas, gracias á la presión ejercida en el ángulo del desgarró por el tejido denso de la cicatriz, «la clavicla cicatricial» de Emmet, *cicatricial plug*.

Un carácter notable de la infección uterina es su cronicidad. La superficie uterina representa, en efecto, el tipo de las heridas cavitarias: la estancación y la retención de los productos pútridos resultan de la estrechez del conducto cervical; numerosas cavidades glandulares acribillan su mucosa, formando otros tantos divertículos donde se eterniza la infección.

Anatomía patológica. — La *metritis* es primero y principalmente una *endometritis*: es decir, que la mucosa del útero es el sitio inicial de la infección y sigue siendo el foco preponderante de las lesiones; la capa músculoconjuntiva sólo se altera consecutivamente, convirtiéndose entonces en *metritis parenquimatosa*.—Según la observación de TRÉLAT, en las mujeres jóvenes se encuentra siempre la endometritis pura; por el contrario, la

metritis de las multíparas de cierta edad, se complica ordinariamente con inflamación parenquimatosa, con útero grueso y pesado, cuello voluminoso y abierto. — En esta particularidad anatómica de la localización predominante de las lesiones inflamatorias sobre la mucosa, está fundado un hecho terapéutico importante: el tratamiento y la posible curación de una metritis por el raspado, quitando la mucosa.

A simple vista, la mucosa está engrosada. «Es desigual en su superficie, dice CORNIL; está hinchada, blanda, pulposa, semejante á la jalea de grosella; el color es á veces más oscuro y entonces tiene la apariencia de una capa de sangre transformada en coágulos negruzcos, blandos, cruóricos.» — La mucosa, que no tiene más de un milímetro en estado normal, alcanza un espesor de 2, 3, 4, 5 milímetros y á veces hasta de 1 centímetro. — En ciertos casos, su superficie granula y se cubre de vegetaciones y fungosidades; de aquí los nombres de metritis *fungosa*, *granulosa* y *vegetante*. Esta capa blanduzca, formada por la mucosa, se deja separar de la superficie uterina subyacente, bajo la presión del escalpelo, y de ahí la técnica del raspado, en que la cucharilla se lleva la mucosa reblandecida, en tanto que el tejido muscular del órgano resiste al instrumento.

En la mucosa se encuentran tres elementos anatómicos: 1.º las glándulas; 2.º el tejido intersticial ó estroma; 3.º los vasos. — Según que las lesiones predominen en uno ú otro de estos tres elementos, se distinguen: 1.º una endometritis *glandular*; 2.º una endometritis *intersticial*; 3.º una endometritis *hemorrágica*, caracterizada por la dilatación de los vasos, la noviformación de capilares con paredes embrionarias y, á veces, la transformación cavernosa de la mucosa uterina.

Pero, de ordinario, la endometritis es mixta: las lesiones de las glándulas, del tejido conjuntivo y de los vasos se combinan en proporción variable en las diferentes formas clínicas de la endometritis.

1.º LESIONES DE LAS GLÁNDULAS. — Las *glándulas* están aumentadas de volumen (hipertrofia) y aumentadas en número (hiperplasia). En los fondos de saco dilatados, el moco segregado en abundancia se concreta á veces bajo la forma de moldes cilíndricos. Con el nombre de *endometritis fungosa*, de Récamier y de Olshausen, se describe una forma mixta, en la que predominan las lesiones glandulares, que es también aquella en que la mucosa alcanza espesores más extraordinarios. En ciertas formas de metritis, la proliferación glandular es tan

abundante y los acini están tan unidos, que se han descrito estos tipos con el nombre de adenomas benignos.

2.º LESIONES DEL ESTROMA. — Las pequeñas células y los núcleos ovoideos que componen el tejido conjuntivo de la mucosa, se hinchan y multiplican, amontonados á veces en gran número, bastante para dar á los cortes una semejanza con el sarcoma. En las formas inveteradas de la endometritis intersticial, las células redondas que rellenan el tejido interglandular, dejan su sitio á células fusiformes; el tejido conjuntivo se hace fibroso: las glándulas sufren su contragolpe; unas veces, estranguladas, se transforman en quistes, y otras, comprimidas totalmente, se atrofian, lo cual se observa particularmente en la *endometritis esclerosa de las ancianas*.

3.º LESIONES DE LOS VASOS. — Las dilataciones capilares se encuentran en todas las endometritis, lo mismo en la glandular que en la intersticial. — Ocorre á veces que, produciéndose principalmente esta dilatación vascular en las partes medias ó profundas de la mucosa, se efectúan á ese nivel roturas vasculares, que exfolian y desprenden la mucosa en forma de colgajos: así se eliminan, en cada período menstrual, esas extensas membranas, de 1 á 4 milímetros de grueso, que caracterizan la *metritis exfoliatriz ó dismenorrea membranosa* y que representan una parte de la mucosa uterina. — Algunos casos se caracterizan por una abundante proliferación vascular; todo el espesor de la mucosa está ocupado por capilares noviformados hasta el punto de parecerse al tejido esponjoso de la uretra, y esas noviformaciones vasculares pueden extenderse al mismo tejido uterino: á estas formas anatómicas corresponde el tipo clínico de la *endometritis hemorrágica*. — Hay metritis crónicas en que las hemorragias reconocen por causa, no una alteración de los vasos, sino lesiones del mismo músculo uterino, cuyas fibras esclerosadas, disociadas por trabéculas de tejido conjuntivo, pierden su contractilidad y se hacen impotentes para detener el flujo sanguíneo, después de los períodos menstruales. Esta es la teoría de THEILHABER, confirmada por las investigaciones de VON LORENZ y cuya exactitud hemos podido comprobar en úteros voluminosos, histerectomizados á consecuencia de metritis hemorrágica que no había podido ser modificada por el raspado. En semejantes casos sorprende verdaderamente hallar la mucosa poco afectada, no pudiendo encontrar en la misma más que lesiones que no guardan proporción alguna con la abundancia y la tenacidad de las hemorragias: en cambio los cortes histológicos permiten apreciar una esclerosis muy

marcada del músculo uterino. Las metrorragias resultan en tales casos función del miometrio y no del endometrio. — En otras ocasiones las hemorragias se conexionan con una verdadera *fibromatosis intersticial* de la matriz ó con la presencia de *pequeños fibromas* incluidos en su parénquima.

La metritis del cuello, por razón de la estructura de este segmento uterino, se caracteriza por algunas particularidades: 1.º *las lesiones coexistentes del parénquima uterino*, tanto que una

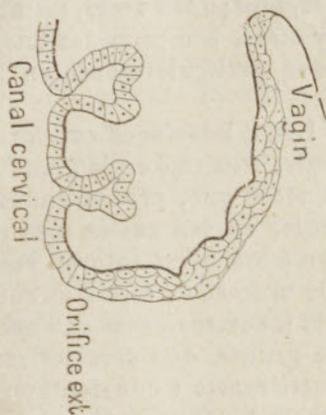


Fig. 295

Esquema que demuestra los dos epitelios de revestimiento del cuello.

Canal cervical, conducto cervical; Vagin, vagina; Orificio ext., orificio externo del cuello uterino.

metritis parenquimatosa con cuellos primero blandos y gruesos, luego fibrosos y duros, subsigue á toda flegmasia cervical de alguna duración; 2.º *la formación de quistes* (huevos de Naboth) á expensas de las glándulas obstruidas y dilatadas, quistes que contienen un líquido espeso, transparente, y que dan lugar, cuando son muy numerosos, á la degeneración quística del cuello; 3.º *la frecuencia de las lesiones erosivas* á nivel del hocico de tenca (*ulceraciones y erosiones del cuello*).

Ha sido exagerada por los antiguos ginecólogos la importancia de esas ulceraciones: LISFRANC las consideraba como una verdadera enfermedad, y GOSSELIN fué el primero que demostró que sólo constituían un síntoma de catarro uterino. — Esas erosiones, placas granujentas de color rojo vivo y de contorno circular, no son verdaderas ulceraciones: en realidad, su superficie está cubierta de un epitelio y, hecho importante demostrado por RUGE y VEIT, este epitelio es cilíndrico. Se plantea, pues, un problema: ¿cómo puede la porción vaginal del cuello, normalmente revestida de epitelio pavimentoso, presentar erosiones con revestimiento cilíndrico?

Se han propuesto tres teorías. La primera explica esta lesión por una hernia de la mucosa endocervical que, invirtiéndose hacia fuera de la cavidad del cuello, desciende más allá del orificio y sobre la superficie externa del hocico de tenca: según ROSER, es un verdadero *ectropión* comparable al de la conjuntiva

inflamada, ectropión favorecido por el desgarro del cuello. — Segunda teoría: para RUGE y VEIT, las capas superficiales del epitelio pavimentoso del hocico de tenca caen ó se desprenden y quedan las células de la capa profunda que toman el aspecto de células cilíndricas irregulares. — Tercera teoría: es la de FISCHEL. En los recién nacidos y los niños, el epitelio cilíndrico se prolonga más allá del orificio externo, en la porción vaginal del cuello, lo cual constituye el *ectropión histológico*. Más tarde, esta porción se cubre de epitelio pavimentoso; pero la transición entre los dos revestimientos es una zona que varía según los individuos, lo cual explica, de una parte, que el epitelio cilíndrico quede al descubierto por la caída de las capas superficiales, y de otra parte, que ciertas mujeres estén particularmente predisuestas á las erosiones (*Fischelsche Erosion* de los alemanes).

Sintomatología.—1.º TRASTORNOS FUNCIONALES.—Flujo leucorreico, desórdenes menstruales y fenómenos dolorosos; *flujos*, *sangre* y *dolores* son los tres signos funcionales que predominan habitualmente en el cuadro sintomático.

I. *Flujos blancos*.—No debe confundirse la leucorrea vaginal, líquido blanco lechoso y fluido, á veces amarillo verdoso, con el flujo que procede del útero. La leucorrea del cuerpo del útero es blanco-amarillenta, poco viscosa y abundante; la del cuello es gelatiniforme, viscosa y forma una flema ó mucosidad pegajosa tenaz. — El flujo blanco es rara vez continuo; en algunas metritis del cuerpo, con dilatación de la cavidad uterina, sale en forma de bruscos derrames hidrorreicos.

II. *Flujos rojos*.—En las metritis, la *amenorrea* es rara; la *dismenorrea* es frecuente, sobre todo en las formas exfoliativas que van acompañadas de la eliminación menstrual de colgajos membranosos de la mucosa; las *metrorragias*, excepcionales en la metritis gonocócica cervical se convierten en un síntoma predominante y característico en las metritis postabortivas de las mujeres jóvenes y en ciertas metritis de las mujeres en la menopausia.

III. *Dolores*.—Los *dolores* pueden ser locales ó irradiados. Cuando en una mujer atacada de metritis se exploran los movimientos del útero, se provoca una sensación penosa, si no dolorosa.—En cuanto á los dolores irradiados, residen en tres puntos principales: 1.º el coxis y la región anocoxígea (coxigodinia de SIMPSON y SCANZONI); 2.º la región lumbar, cuyos sufrimientos son bastante vivos á veces para impedir todo trabajo; 3.º los pliegues inguinales, dolorosos especialmente cuando la inflama-

ción se ha propagado á las trompas y á los ovarios. — Por parte de la vejiga se observan trastornos dolorosos y funcionales, dolor al final de la micción y las micciones más frecuentes. A menudo, las mujeres sufren al hacer las deyecciones, y de ahí un estreñimiento habitual.

2.º SÍNTOMAS GENERALES. — Con el nombre de *síndrome uterino* se designa un conjunto de trastornos generales, comunes á todas las enfermedades de los órganos genitales internos, pero acentuados más particularmente en la metritis. No hay órgano que no pueda ser asiento de esos trastornos funcionales procedentes de la esfera uterina. El estómago es principalmente afectado: la *dispepsia uterina* es de ordinario una pereza digestiva, una atonía del órgano con dilatación, gastralgia, náuseas y á veces vómitos. — El intestino, en las mujeres metríticas, está también atacado de atonía, y de ahí un *meteorismo* á menudo muy acentuado, un *estreñimiento pertinaz* y la *enteritis mucomembranosa* muy frecuente. — Fuera de toda afección torácica, se observa á menudo en esas enfermas una *tos seca*, quintosa, apagada. Conviene mencionar también: las *palpitaciones*, las *neuralgias*, en particular la intercostal, y los *trastornos histeriformes*. Estos desórdenes nerviosos reflejos encuentran su más clara expresión en una *neurastenia* que á menudo persiste después de la curación local de la metritis.

3.º SIGNOS FÍSICOS.—El tacto nos informa: 1.º acerca del *aumento de volumen* del útero, que se encuentra aumentado en la metritis parenquimatosa; 2.º acerca de la *movilidad* del órgano, la que se conserva mientras no sobreviene ninguna complicación perimetritica; 3.º acerca de su *sensibilidad*, que está aumentada; 4.º acerca de la *forma del cuello*, que se encuentra entreabierto, con los bordes ranversados en las mujeres que han tenido hijos, notándose también la deformación de los labios, á veces abollados por abultamientos quísticos.

Con el espéculo se observa: 1.º las *alteraciones de volumen y de forma* del cuello; 2.º las *secreciones* que de él salen. — En una mujer joven, nulípara, cuyas reglas son dolorosas desde su aparición, se encuentra un cuello de pequeño ó mediano volumen, á veces cónico y con alargamiento hipertrófico, cuyo orificio, regular y apenas abierto, deja fluir una mucosidad que se hace más visible si se proyecta un chorro del irrigador sobre el hocico de tenca: es el tipo de la endometritis cervical gonocócica, de la *cervicitis*. — Al contrario, en una mujer de más edad, múltipara, el cuello es voluminoso: su orificio está dilatado y los bordes ranversados, son rojos, acribillados á veces de pequeños

quistes foliculares. — No debe confundirse este ectropión de la mucosa endocervical con la erosión: la erosión se observa en la cara externa del hocico de tenca, bajo la forma de placas granujientas de color rojo vivo.

Diagnóstico.— Una enferma nos consulta con motivo de flujos blancos, de trastornos menstruales y dolores, no hay tumor voluminoso; examinamos la posición del útero, su aspecto, volumen, secreciones y la función menstrual. Como decía TRÉLAT, los jóvenes creen que el espéculo es la clave de este diagnóstico, y es un error. El tacto, la palpación combinada y el histerómetro, proporcionan más datos. Los grandes errores son raros; pero, sin embargo, hay uno grave: es el que consiste en confundir una metritis con un cáncer. Para los carcinomas de la cara externa del cuello, esta confusión sólo es factible en los casos complicados con erosión vegetante; pero es muy posible en el cáncer del conducto cervical y muy frecuente en el cáncer del cuerpo. En estos casos no debe vacilarse: dilátase el útero, quítese con la cucharilla un fragmento de mucosa y examínese histológicamente. Otro error que se debe evitar, antes de todo raspado, es la eventualidad de un embarazo; en la duda, espérese y asegúrese de la realidad de las reglas.

Curso y pronóstico.—Las metritis son de un pronóstico serio; son afecciones esencialmente crónicas, que tienden á agravarse fatalmente y que se complican con accidentes inflamatorios propagados; desde el útero la afección puede invadir las trompas, el peritoneo y el tejido celular pelviano.

Tratamiento.—El reposo del órgano es útil; conviene combatir el estreñimiento. Las inyecciones muy calientes, á 45 ó 50°, abundantes (de 3 á 8 litros), en posición dorsolumbar, constituyen el antiflogístico por excelencia. Después de estas inyecciones, colóquese en el fondo de la vagina una torunda de algodón empapado en glicerina yodofórmica ó ictiolada al 1 por 20: la glicerina higroscópica produce una osmosis activa que equivale á una sangría blanca.

El útero no escapa á la ley común: la retención es un factor capital para su infección. Por esto la dilatación del órgano es el mejor auxiliar de la antiseptia cavitaria. Gracias á la introducción de un tallo de laminaria, se desarrolla ó amplía la cavidad uterina, y de este modo se puede, cada dos ó tres días, tocar la mucosa con torundas de gasa empapadas de glicerina creosotada, de líquido BATTEY ó de cloruro de cinc al 1 por 10. Después de estos toques, repetidos cada dos ó tres días, se aplicará un

taponamiento intrauterino con una tira de gasa impregnada de glicerina yodofórmica.

Hace cincuenta años que RÈCAMIER inventó su cucharilla y sólo en la era antiséptica el raspado ha entrado en la práctica corriente. El raspado es eficaz principalmente en la endometritis hemorrágica; al contrario, la endometritis mucosa del

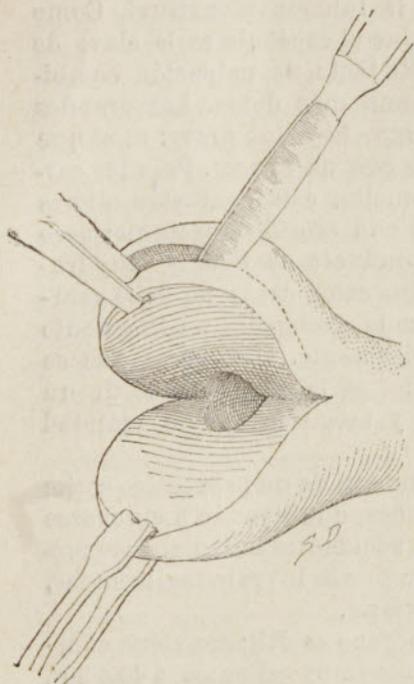


Fig. 296

Operación de Schroeder: escisión del cogajo cervical (RICARD y LAUNAY)

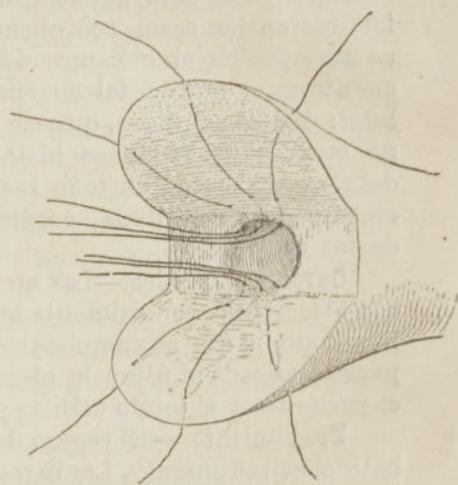


Fig. 297

Operación de Schroeder: suturas (RICARD y LAUNAY)

cuello es particularmente tenaz y beneficia más de las curas uterinas.

La operación debe practicarse cuatro ó cinco días después de las reglas y precedida siempre de la antisepsia cuidadosa de la vagina. Comprende los tiempos siguientes: 1.º la *dilatación* se obtiene, ya por medio de los tallos de laminaria, ya de un modo extemporáneo mediante bujías de HÈGAR ó el dilatador de SIREDEY; 2.º después de fijar el cuello con unas pinzas-erina, se introduce la cucharilla, del modelo de RÈCAMIER ó de VOLKMANN,

hasta el fondo del útero y raspa la mucosa en todos los puntos de la pared hasta que se sienta en la mano y al oído la resistencia especial del músculo uterino; 3.º la cavidad uterina raspada se lava con una sonda de doble corriente (con preferencia el dilatador-lavador de REVERDIN) para quitar todos los residuos; 4.º se barre la cavidad uterina con una torunda impregnada de glicerina creosotada ó de líquido de BATTEY; 5.º se tapona la cavidad con una tira de gasa yodofórmica.

La terapéutica de las lesiones del cuello es de la mayor importancia. Cuando la endometritis se complica con una laceración unilateral, con labios abiertos y rojos, hay que practicar la traquelorrafia de EMMET.—La operación de SCHRÖDER, que consiste en una escisión cónica de cada labio seguida de la reunión de la mucosa intracervical con la mucosa externa del cuello, está indicada cuando los labios cervicales están ranversados, afectos de ectropión mucoso y de degeneración quística de las glándulas. Por último, la amputación bicónica del cuello, según la técnica de SIMÓN, conviene á ciertas metritis crónicas, dolorosas, con cuello grueso, cuerpo voluminoso y cavidad espaciosa: la involución del cuerpo sigue á esa acción operatoria sobre el cuello.

ARTÍCULO V

TUMORES FIBROSOS DEL ÚTERO

Definición.—Con los nombres de *tumores fibrosos*, *cuerpos fibrosos* (CRUVEILHIER), *histeromas* (BROCA) se designan tumores *histológicamente benignos*, cuya estructura, idéntica á la del útero, se compone igualmente de *fibras musculares lisas* y de *fibras de tejido conjuntivo*.—Se llaman *miomas* las variedades en que predomina el tejido muscular y *fibromas* las formadas principalmente de tejido conjuntivo: en general, los tumores fibrosos son *fibromiomas*, compuestos, por partes variables, de los dos tejidos.

Junto á estos fibromas verdaderos hay que dejar un lugar, de mayor importancia de lo que se ha admitido hasta ahora, para ciertos tumores, macizos ó parcialmente quísticos, que ocupan la pared del útero y que se caracterizan por la presencia de elementos epiteliales en el seno de su masa: la muy importante memoria de VON RECKLINGHAUSEN, publicada en 1896, ha establecido la existencia de estos tumores, que ha designado

con el nombre de *adenomiomas* ó *adenocistomas*, atribuyéndolos, como origen, á los restos de los cuerpos de Wolff.

Anatomía patológica.—1.º **FRECUENCIA, NÚMERO, VOLUMEN.**—Los fibromas son tumores frecuentes: según BAYLE, la quinta parte de las mujeres presenta cuerpos fibrosos después de los treinta y cinco años; pero muchos de esos neoplasmas quedan latentes é ignorados. — Su *número* es variable: á veces sólo se desarrolla un tumor, preponderante, con algunos pequeños nódulos en el espesor del órgano; los fibromas submucosos son bastante á menudo solitarios y los subperitoneales son á veces muy numerosos; algunos úteros están repletos de nódulos



Fig. 298

Fibroma intracorpóreo-cervical de origen corpóreo y evolución submucosa.



Fig. 299

Fibromas generalizados intraparietales (SCHRÖDER).



Fig. 300

Fibroma subseroso del útero (SCHRÖDER)

intersticiales y abollados por tumores subserosos. — El *volumen* es á menudo considerable: los que extirpamos varían desde las dimensiones de una naranja á las de una cabeza de adulto.

2.º **LOCALIZACIÓN.**—Este dato puede referirse: 1.º al punto de origen en el espesor de la pared uterina; 2.º á la región del órgano ocupada.

Con relación á la pared, el fibroma se desarrolla: 1.º en el mismo espesor de la pared (*fibroma intersticial*), en cuyo caso permanece largo tiempo sesil; 2.º hacia una de las dos superficies libres, la mucosa (*fibroma submucoso*), ó la serosa (*fibroma subperitoneal*), circunstancia que facilita la pediculización (formación de un *pólipo fibroso de evolución vaginal* ó de un *fibroma abdominal pediculado*).

Por lo que se refiere á la región del útero, el fibroma puede nacer: 1.º *en el cuerpo del órgano*, que es la condición más frecuente, sobre todo á nivel de la pared posterior; 2.º *en el cuello*,

lo cual es más raro y se complica, cuando el punto de partida está en la porción supravaginal del cuello, con el desarrollo del cuerpo fibroso en el espesor de los ligamentos anchos, *fibroma intraligamentoso*, variedad importante por los fenómenos de compresión pelviana á que da lugar y por las dificultades operativas que suscita.

3.º CONEXIONES CON: 1.º *el tejido uterino*; 2.º *la cavidad del órgano*; 3.º *el endometrio*.—Ordinariamente, los cuerpos fibrosos, como había indicado CRUVEILHIER con esta denominación, son producciones *aisladas* del parénquima mismo del órgano por una cápsula laminosa de tejido celular laxo, *de la que el tumor*

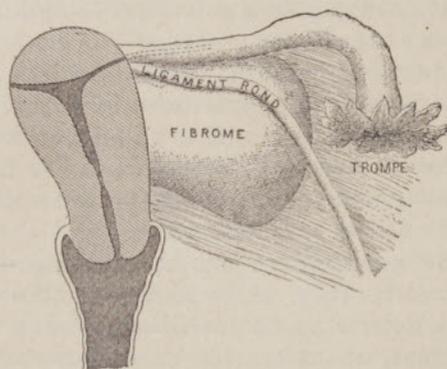


Fig. 301

Fibroma que ocupa el espesor del ligamento ancho (AUVARD)

Ligament rond, ligamento redondo; *Fibrome*, fibroma; *Trompe*, trompa de Falopio

puede ser enucleado: disposición utilizada en medicina operativa. Pero á menudo esta independencia no es tan completa y existen conexiones más ó menos íntimas entre el fibroma y el parénquima. — En contacto de un cuerpo fibroso en estado de progresión, el tejido uterino participa de este desarrollo como si contuviera un producto de concepción, lo cual justifica, en ciertos casos, la expresión de *embarazo fibroso*, empleada por GUYÓN.—La deformación de la cavidad uterina es constante: por lo común esta cavidad está *umentada*, y el alargamiento cavitario, que puede medirse con el histerómetro, es un signo de diagnóstico diferencial; en el caso de miomas con prominencia en el interior del útero, la cavidad se hace sinuosa, condición propicia para las retenciones sépticas.—La mucosa uterina

presenta una endometritis glandular ó intersticial, con dilataciones vasculares pronunciadas: esta endometritis fungosa, hemorrágica, desempeña un papel importante en la producción de las hemorragias sintomáticas del fibroma.

4.º ESTRUCTURA.—Los tumores fibrosos son generalmente redondeados, de consistencia dura, formados de un tejido denso que rechina bajo el cuchillo y que se presenta bajo la forma de fibras dispuestas como tirabuzones, como si estuviesen arrolladas alrededor de un centro. — Están compuestos de dos elementos: 1.º fibras musculares lisas, aglomeradas en espirales; 2.º un tejido conjuntivo que penetra entre los haces musculares, se acumula especialmente en la periferia y es tanto más abundante cuanto menos activo sea el fibroma.—El centro del fibroma está ocupado por un vaso que parece el eje ó centro de la producción: como ha descrito PILLIET, es generalmente un vaso capilar con revestimiento endotelial, que se ve brotar de las puntas de crecimiento en los fibromiomas en actividad; alrededor de este vaso se disponen las fibras lisas y el tejido conjuntivo, lo cual explica el aspecto arrollado que presentan las secciones de los fibromas.

5.º TRANSFORMACIONES Y DEGENERACIONES.—I. *Transformaciones duras: esclerosis y calcificación.*—Es clásico admitir que la menopausia determina en los fibromas una condensación fibrosa de su masa, una detención en su desarrollo y una disminución de su volumen. De ahí esta intervención á menudo intentada en otros tiempos: la producción de una menopausia anticipada por medio de la castración tuboovárica. Desgraciadamente, dista mucho la edad crítica de señalar para estos tumores un tiempo de detención constante. Nosotros creemos, por el contrario, que se ven con frecuencia fibromas, hasta entonces tolerados, que se complican, en ese período de la vida, con fenómenos hemorrágicos ó dolorosos.

Las fibras que componen el tumor se incrustan á veces de materia calcárea; el fibroma sufre una verdadera petrificación que se forma de dos maneras: unas veces por una incrustación periférica y más á menudo por una infiltración calcárea total que irradia del capilar central del lobulillo.

II. *Transformaciones blandas: edema, alteraciones mixomatosas, sarcomatosas, quísticas, cavernosas.*—En oposición á esos fibromas densos ó calcificados el tumor puede ser atacado de alteraciones variables de reblandecimiento.

A veces se trata de un verdadero *edema* de la masa; en otros casos el fibroma se reblandece por degeneración grasosa, como

se puede observar después del parto, y es capaz entonces de desaparecer asociándose al proceso de involución del útero.— Algunos fibromas son blandos por *transformación mixomatosa*; esta alteración empieza, como todas las transformaciones, por el vaso central, cuyas paredes se exfolian en laminillas que contienen células planas estrelladas que dan origen á un tejido mucoso.

La evolución *sarcomatosa* de los fibromas es frecuente: como ha dicho PILLIET, si se examinan cuidadosamente los fibromas que extirpan los cirujanos, es decir, los que por sus síntomas de dolor, hemorragia ó de crecimiento rápido indican la operación, se encuentran á menudo, en un fibroma de apariencia normal, puntos sarcomatosos dispuestos alrededor de los vasos del tumor. — Estos sarcomas tienden á la gangrena, á la necrosis, empezando por la parte central, consecutivamente á la trombosis neoplásica del vaso: muchos fibromas con cavidades lacunares, fibromas con geodas, en general los *fibromas quísticos*, no son más que fibrosarcomas cuya porción sarcomatosa se ha necrosado. — Finalmente, bajo el nombre de *miomas telangiectásicos* se describen fibromas excavados de lagunas vasculares debidas á la dilatación de los capilares.

Patogenia. — Los fibromiomas pueden ser considerados como un tumor benigno de origen vascular: KLEBS y KLEINWACHTER habían ya indicado que este neoplasma se desarrolla alrededor de un vaso; PILLIET ha precisado esta histogénesis.

Todo fibroma está compuesto de lobulillos aglomerados y cada uno de estos lobulillos constituye la unidad histológica. En el centro de cada uno de ellos se encuentra un vaso axil, que es el origen de la formación neoplásica, como es el punto de partida de todas sus transformaciones: esclerosis, calcificación, sarcomatosis.

El punto de partida, el primer móvil histogénico, es el desarrollo anormal del sistema vascular uterino: se comprende, al pensar en las considerables variaciones de la circulación uterina durante el embarazo, con ocasión de las reglas, consecutivamente á una metritis. — Este desarrollo del sistema vascular tiene por consecuencia una reacción hipertrófica del músculo y del tejido conjuntivo: los neocapilares se rodean de elementos musculares y conjuntivos jóvenes; he aquí otros tantos nódulos fibromatosos desarrollados en uno ó varios distritos vasculares. El mismo fenómeno se produce en la mama; pero los tumores benignos que allí se desarrollan tienen por centro de sus unidades un conducto glandular en lugar de un vaso:

son *adenofibromas*, en tanto que el fibroma uterino es un *angiofibroma*.

Síntomas. — Hemorragias, dolores y fenómenos de compresión son los *signos racionales* de los fibromas uterinos. — Los *signos físicos* están constituidos por la comprobación: 1.º de un tumor uterino, y 2.º de la ampliación de la cavidad del órgano.

1.º **SIGNOS RACIONALES.** — I. *Hemorragia.* — La hemorragia, en la mayoría de los casos, es el síntoma inicial y preponderante: coincide á menudo, por lo menos al principio, con la época menstrual, constituyendo una *menorragia*; otras veces ó más tarde, la pérdida de sangre sobreviene en el período intercalar y es entonces una *metrorragia*.

La hemorragia es tanto más pronunciada cuando se trata de un fibroma intersticial ó de un fibroma próximo á la cavidad uterina. Se produce, en efecto, según un doble mecanismo: 1.º por la fluxión vascular que el tumor mantiene en la matriz, como un verdadero cuerpo extraño; 2.º por la alteración de la mucosa uterina, por la endometritis hemorrágica, que alcanza su máximum en los fibromas submucosos ó en los pólipos fibrosos de evolución vaginal.

Los flujos rojos van acompañados ó seguidos de flujos blancos que manchan la ropa, flujo ya mucoso y opalescente, ya mucopurulento. En ciertos casos en que la cavidad uterina está deformada y muy agrandada, se observan flujos serosos (*hidrorrea*) muy abundantes, que se evacuan con intermitencias bruscas, á borbotones: son los *fibromas hidrorreicos* de TRÉLAT.

II. *Dolores.* — Los dolores constituyen un síntoma variable. Se ven grandes masas fibromatosas que evolucionan hacia el abdomen y sólo determinan una sensación de peso y de tirantez lumbar; al contrario, hay pequeños fibromas, enclavados en la pelvis, que dan lugar á dolores por compresión sobre los plexos sacros. — Ciertos fibromas sólo son dolorosos en el momento de las reglas; eso se observa cuando la cavidad uterina está deformada y cuando la sangre ó los líquidos leucorreicos se acumulan en ella. — Cuando un fibroma no enclavado da lugar á dolores continuos, hay que temer que se complique con lesiones anexiales, con salpingoovaritis.

III. *Fenómenos de compresión.* — Un fibroma de desarrollo intrapelviano, puede comprimir: 1.º la vejiga (disuria que puede llegar hasta la retención); 2.º el recto (estreñimiento pertinaz, meteorismo, autoinfecciones intestinales); 3.º los uréteres, cuya compresión queda á menudo latente y debe descubrirse por la investigación de la albúmina, la comprobación de la disminu-

ción de la urea, la palpación de los riñones y los pequeños signos de la insuficiencia renal.

2.º SIGNOS FÍSICOS. — I. *Alargamiento de la cavidad uterina.* — Es un signo constante, ya se trate de fibromas intraparietales que provocan por su presencia la hipertrofia del órgano, ya de grandes fibromas que prolongan el útero por su desarrollo excéntrico. — Se comprueba por el cateterismo que debe siempre ser: 1.º aséptico; 2.º metódico. Si la introducción del histerómetro es difícil y tropieza con la prominencia intracavitaria de un mioma, se recurrirá á una bujía uretral flexible.

II. *Comprobación del tumor uterino.* — Se han de distinguir tres casos: el tumor es *abdominal, pelviano ó vaginal.*

Grandes tumores de evolución abdominal. — La *inspección* demuestra, en los tumores que llegan hasta el ombligo, la pared abdominal levantada generalmente en la línea media. — La *palpación* circunscribe una tumefacción redondeada ó abollada, de contornos precisos, bien limitados y de consistencia dura. — La *palpación bimanual* establece que los movimientos comunicados á ese tumor se transmiten al dedo que toca el cuello por la vagina; este *tacto vaginal* revela que el cuello está muy elevado. — A la *percusión* el tumor es mate, rodeado de una zona sonora correspondiente á las asas intestinales rechazadas.

En estas condiciones, y sobre todo si hay coexistencia de hemorragias, el diagnóstico de fibroma es bien claro. Un error grave, pero raro, consiste en tomar un embarazo por un fibroma; es más frecuente confundir un cuerpo fibroso con un quiste del ovario, bien porque el fibroma blando, edematoso, quístico, provisto de un pedículo estrecho, sea movable con relación al útero, bien porque, al contrario, un quiste de pedículo torcido ó incluido en el ligamento ancho, ó simplemente adherente, presenta movimientos comunicados al cuello, que hacen creer que el tumor forma parte del útero.

Tumores pelvianos. — Cuando un fibroma apenas pasa del pubis, no da lugar á una tumefacción visible: el tumor está en la pelvis menor y su presencia es reconocida por el tacto vaginal y rectal combinado con la palpación.

Se han de distinguir dos casos, como ha hecho LEGUEU: 1.º el tumor parece constituido por el útero aumentado de volumen; 2.º el tumor se ha desarrollado al lado del útero.

En la primera hipótesis, el error frecuente y que ha de procurarse evitar es el embarazo: en caso de duda, no debe practicarse la histerometría. Pero, ordinariamente, se trata de una mujer próxima á la menopausia y que sufre hemorragias abun-

dantes y repetidas. Practicada la histerometría se observa una cavidad alargada, que mide de 9 á 12 y 15 centímetros, y en este caso se deducirá la existencia de fibromas intersticiales en vías de desarrollo.

A veces el cuerpo fibroso ocupa la pared posterior y puede prestarse á confusión con la retroflexión uterina: también en este caso la histerometría decide el diagnóstico demostrando

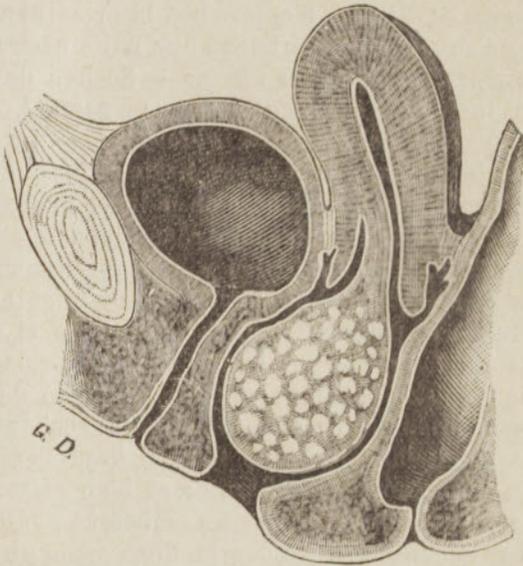


Fig. 302

Fibroma intravaginal de origen cervical (AUVARD)

que la cavidad uterina conserva su dirección normal y que está alargada.

Segunda hipótesis: un fibroma, desdoblado en su base las hojas del ligamento ancho, se desarrolla sobre el lado del útero al que rechaza. El dedo, introducido en el fondo de saco vaginal correspondiente, aprecia la tumefacción profunda que lo levanta y, gracias á la palpación combinada, se nota que forma cuerpo con el útero. Un quiste paraovárico, incluido en el ligamento ancho, muy tenso, puede prestarse á confusión: el diagnóstico se funda principalmente en las hemorragias características del fibroma. La salpingitis se distingue porque es un tumor más á menudo doloroso, ordinariamente bilateral y de tumefacción menor y menos regular. — El hematocele poste-

rior ó anterior ha sido á menudo confundido con un fibroma de la pared ventral ó dorsal del útero: ordinariamente, el fibroma se diferencia por sus contornos más claros y sus límites más precisos.

Tumores vaginales. — Un tumor fibroso del cuerpo, de localización submucosa, evoluciona hacia la vagina. En una primera fase queda encerrado en la cavidad de la matriz, es intrauterino y su presencia sólo es objetivamente demostrada por su palpación digital, previa dilatación del cuello. En una segunda fase, entreabre el cuello y se presenta en su orificio, á veces de un modo intermitente y en el momento de las reglas. En un tercer período, el fibroma pediculado, que ha salido del útero, se toca y se ve, en el fondo de la vagina, bajo la forma de un pólipo rojizo, á veces muy voluminoso, en cuyo caso hay que establecer el diagnóstico diferencial con una inversión uterina (pág. 808).

Hay fibromas de evolución vaginal, que forman «pólipos enormes» detrás de los cuales se producen estancaciones pútridas que, con motivo de una exploración ó de una intervención, son origen de septicemias muy graves. A veces, un fibroma, estrangulado en su pedículo por el cuello uterino, se esfacela, ulcerar y da lugar á una secreción fétida, que puede hacer creer en un cáncer del cuello: el diagnóstico se funda en la comprobación de un verdadero círculo uterino, formado por el cuello dilatado, que rodea el pie ó base del fibroma.

Pronóstico. — El fibroma, tumor histológicamente benigno, se convierte en una afección grave y hasta mortal por sus complicaciones: 1.º abundancia de las *hemorragias*; 2.º *insuficiencia renal* por compresión uretral, temible particularmente en los tumores pelvianos; 3.º *hiposistolia cardíaca* en los grandes tumores abdominales; 4.º *degeneración sarcomatosa*, más frecuente de lo que antes se creía; 5.º *mortificación y septicemia* secundaria, en las formas de evolución vaginal.

Así, pues, la benignidad de los tumores fibrosos, opinión en otro tiempo clásica, dista mucho de ser constante. Si hay fibromas, aun voluminosos, que son compatibles con una vida activa, en cambio se ven muchos que, por repetidas hemorragias y la anemia grave que de ellas resulta, por la insuficiencia creciente de la excreción renal y hepática, por las alteraciones secundarias del miocardio, determinan con el tiempo un estado particular de caquexia, con la cara amarillo-pálida, pulso pequeño y frecuente, descenso considerable de la proporción de urea y que ofrecen para la intervención condiciones muy

desfavorables. — Tampoco es cierto que la menopausia sea la señal de detención en su desarrollo; demasiado á menudo, é insistimos en esta observación clínica, la aparición de los trastornos coincide con este período.

Tratamiento. — El tratamiento operatorio de los fibromas, principalmente desde los progresos técnicos de la histerectomía abdominal, tiende á prevalecer sobre el tratamiento médico.

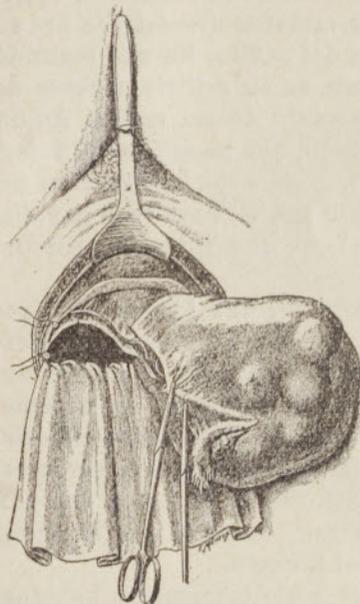


Fig. 303

Procedimiento (KELLY-SEGOND) en un caso de útero fibromatoso (SEGOND).

1.º TRATAMIENTO MÉDICO. — Este sigue, sin embargo, siendo aplicable á los fibromas que no producen hemorragias abundantes, que no van acompañados de fenómenos dolorosos ni de síntomas de compresión y que no tienen tendencia al desarrollo rápido. Las inyecciones saladas (aguas de Salies, de Balaruc) tienen una acción positiva; la ergotina, asociada á los extractos líquidos de *hydrastis canadensis*, de *cannabis indica* y de *viburnum prunifolium*, es ventajosamente empleada en los fibromas blandos y hemorrágicos. La electroterapia por corrientes continuas consigue algunas veces contener las hemorragias y producir una regresión del

fibroma: conviene, muy especialmente, á los fibromas intersticiales.

2.º TRATAMIENTO OPERATORIO. — Comprende: 1.º el raspado; 2.º la castración; 3.º las operaciones por la vía vaginal; 4.º la miomectomía abdominal; 5.º la histerectomía abdominal.

I. *Raspado.* — El raspado, seguido de curas uterinas y de una serie de inyecciones muy calientes intrauterinas, está indicado en los fibromas intersticiales, con cavidad uterina alargada hasta 12 centímetros y hemorragias irregulares y frecuentes; hemos visto también detenerse las hemorragias, en ciertas enfermas, y la cavidad uterina sufrir una disminución medida con el histerómetro.

II. *Castración.*—La castración era, hasta estos últimos tiempos, con la denominación de operación de HÉGAR y BATTEY, aplicada en un gran número de casos: enfermas jóvenes, atacadas de hemorragias abundantes, con un fibroma de crecimiento rápido. Actualmente, la castración es una intervención excepcional que cede el paso á la histerectomía.

III. *Operaciones por la vía vaginal.*—Un fibroma pediculado, que ha salido á través del cuello, es cogido con pinzas de garfios y atraído hacia abajo: su pedículo es seccionado, previa

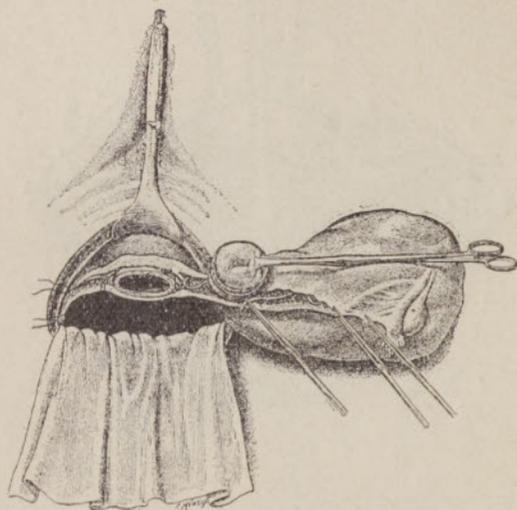


Fig. 304

Segundo tiempo: la masa úteroovárica ranversada á la derecha sólo está sujeta por el ligamento ancho correspondiente (SEGOND)

ligadura, ó simplemente retorcido ó comprimido mediante pinzas de presión.— Con el nombre de *enucleación vaginal* se designa un método ó procedimiento que consiste en incidir sobre el mioma la mucosa que lo cubre y en desprender el tumor fibroso del parénquima uterino, á favor de la cápsula laminar que lo aísla: es aplicable á los nódulos fibrosos desarrollados en los labios del cuello y á los fibromiomas sesiles del cuerpo que emergen en la cavidad uterina formando una prominencia submucosa.— La *histerectomía vaginal* por fibroma ha sido reglamentada principalmente por PÉAN, á quien debemos la técnica de la *fragmentación (morcellement)*, perfeccionada por SEGOND, RICHELLOT y DOYEN.

IV. *Miomectomía abdominal*. — Si se trata de un mioma libre subseroso, con pedículo más ó menos estrecho, se extirpa previa sección de este pedículo y peritonización. — Con el nombre de *miomectomía abdominal* se describe una operación, cuyas indicaciones se tiende hoy á ampliar, aplicable á un tumor fibroso de nódulo único y limitado y que consiste en incidir la envoltura músculoserosa, en quitar la cápsula del fibroma y

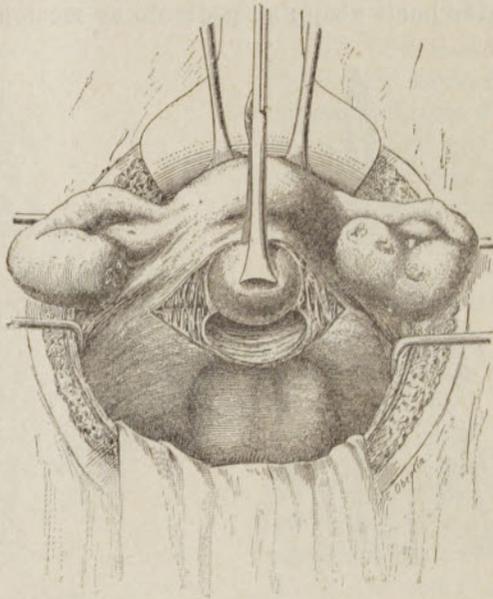


Fig. 305

Procedimiento DOYEN. El fondo de saco posterior ha sido abierto, el cuello es atraído hacia el vientre y la vagina es desinserta en parte

en suturar por planos perdidos con catgut las paredes de la bolsa de enucleación.

V. *Histerectomía abdominal*. — Pueden emplearse dos procedimientos: 1.º la *histerectomía supravaginal*, que amputa el útero por encima de las inserciones de la vagina; 2.º la *histerectomía total*, que desinserta la vagina.

La *histerectomía supravaginal* conserva un muñón formado por el cuello. Este muñón ha sido tratado sucesivamente de tres modos: 1.º manteniéndolo al exterior (*tratamiento extra-peritoneal del pedículo*, procedimiento de KÖEBERLÉ y de HÉGAR), estrangulado por un lazo de caucho y atravesado por dos bro-

ches ó agujas en X hasta la caída de la ligadura elástica; 2.º fijándolo á nivel de la cara profunda de la pared abdominal y adhiriéndolo al peritoneo parietal (*tratamiento del pedículo por el método mixto ó yuxtaparietal*, procedimiento de WELFLER-HACKER); 3.º abandonándolo en el abdomen después de una sutura con catgut coaptando la superficie del muñón y otra sutura con seda cubriéndolo de peritoneo (*tratamiento intra-*

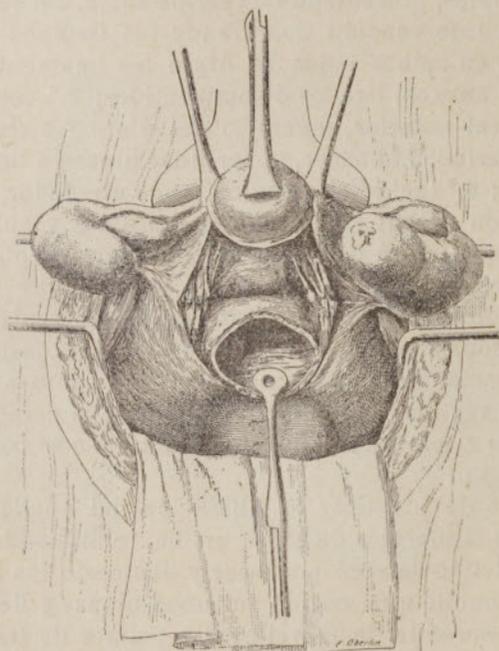


Fig. 306

La desinserción de la vagina es completa. La cara anterior del útero empieza á desprenderse. Sólo falta pediculizar los ligamentos anchos y seccionarlos.

peritoneal, procedimiento de SCHRÖDER). Este último método es actualmente el tratamiento de elección.

Quitar totalmente el útero con el tumor, es el objeto de la *histerectomía total*. — Numerosos procedimientos han sido propuestos: unos emplean la combinación de las vías vaginal y abdominal, ya se empiece por la vagina para terminar por el abdomen (*histerectomía vaginoabdominal*), ya se practique en orden inverso y se acabe de quitar por la vagina el muñón cervical (*histerectomía abdominovaginal*); otros conducen y terminan

la operación toda por el abdomen. A estos últimos procedimientos se da actualmente la preferencia.

Se ha realizado un progreso importante con la ligadura metódica de las arterias uterinas, que ha substituído á la hemostasia en masa en otros tiempos empleada. Lo debemos al americano STIMSON. Así pues, en los procedimientos ordinarios, se procede á la liberación del cuello y á la abertura de los fondos de saco vaginales, procediendo de arriba abajo, del abdomen á la vagina. Esta intervención comprende los tiempos siguientes: 1.º seccionar en ambos lados del útero los ligamentos anchos, fuera de los anexos, ligados ó comprimidos; 2.º cortar un colgajo peritoneal anterior, separarlo del útero y aislar la vejiga del cuello uterino; 3.º buscar, poner unas pinzas ó ligar las arterias uterinas; 4.º incindir la vagina, todo alrededor del cuello; 5.º suturar con catgut las secciones vaginales y cubrir las, por medio de una sutura á punto por encima, con el colgajo peritoneal anterior.

Con el nombre de *procedimiento americano* se describe una técnica que consiste en quitar el útero y los anexos de izquierda á derecha, cortando sucesivamente el ligamento ancho de la izquierda, la vagina y el ligamento ancho de la derecha (figuras 303 y 304); en el procedimiento tipo americano se conserva una rodaja de cuello.

En lugar de practicar la liberación del cuello de arriba abajo, DOYEN la practica de abajo arriba, incindiendo desde un principio el fondo de saco posterior y liberando las inserciones laterales del cuello que, cogido por unas pinzas y llevado hacia arriba, se desprende de la vejiga sin peligro de lesión de los uréteres (figs. 305 y 306). Después de seccionar el ligamento ancho derecho, el tumor, atraído hacia la izquierda, se despoja de su envoltura serosa, el ligamento ancho izquierdo es seccionado y la hemostasia se practica al descubierto previa ablación del tumor, siendo esto un rasgo característico de tan ingenioso método.

ARTÍCULO VI

CÁNCER DEL ÚTERO

El cáncer del útero es, desde el punto de vista anatomo-patológico, un epiteloma.— Clínicamente, se distinguen: 1.º el cáncer del cuerpo, y 2.º el cáncer del cuello, que es la especie más frecuente.

I. — CÁNCER DEL CUELLO

Anatomía patológica. — El cuello, en sus dos caras externa é interna, está revestido de una mucosa con epitelio diferente: por fuera, desde las inserciones vaginales hasta el hocico de tenca, el revestimiento mucoso no es otro que la mucosa de la

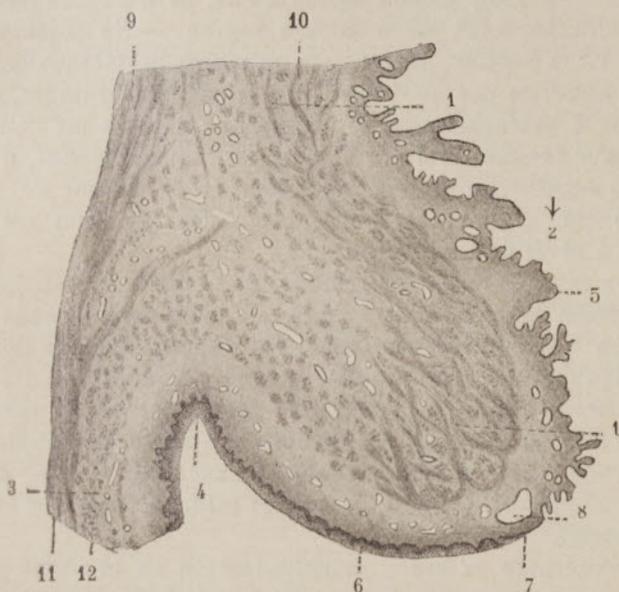


Fig. 307

Corte longitudinal del hocico de tenca en una mujer virgen de veinticuatro años, que demuestra la transición entre el epitelio uterino y el epiteloma vaginal (según TOURNEUX).

1, cuello uterino con el hocico de tenca. — 2, cavidad del cuello (conducto cervical). — 3, pared de la vagina. — 4, fondo de saco de la vagina. — 5, epitelio prismático del conducto cervical. — 6, epitelio pavimentoso estratificado que recubre la superficie vaginal del hocico de tenca. — 7, línea de transición entre los dos epitelios. — 8, huevo de Naboth. — 9 y 10, capa muscular del cuello. — 11 y 12, capas musculares. Las arterias se diferencian de las venas por el espesor de sus tunicas.

vagina con epitelio pavimentoso, y por dentro, la porción cervical de la cavidad uterina está cubierta por una mucosa que, como la del cuerpo uterino, presenta un epitelio cilíndrico.

De ahí dos variedades distintas por su origen y su tipo histológico: 1.º el epiteloma que nace en la cara externa del hocico de tenca, *epitelioma de la porción vaginal*, es del tipo *pavimentoso*; 2.º el que tiene su punto de partida en el *conducto cervical*

es un epiteloma *cilíndrico*. — Estas dos categorías corresponden á la generalidad de los casos. Sin embargo, se puede observar, en la superficie externa, el desarrollo de epitelomas cilíndricos que nacen á nivel de erosiones en que el epitelio pavimentoso ha sufrido la transformación en epitelio cilíndrico: es el cáncer que brota sobre una erosión, el «*Erosion-Carcinome*» de Winter.

El epiteloma pavimentoso, que toma el tipo lobulado ó tubulado, con ó sin globos epidérmicos, es un verdadero cancroide, idéntico á los de la misma vagina. — Se observan dos formas: 1.^a la *papilar*, que vegeta en masas mamelonadas, vasculares, notables por su friabilidad y, por consiguiente, por su tendencia á reblandecerse y á sangrar (tumores en coliflores, *Cauli flower tumour* de John Clarke); 2.^a la *intersticial*, que, en lugar de vegetar en superficie, forma en el espesor del cuello prominencias globulosas, á menudo múltiples, con un color violáceo á nivel de las abolladuras.

El epiteloma cilíndrico, nacido de la mucosa endocervical, está formado de tubos muy largos, llenos de varias capas celulares, con frecuencia anastomosadas y separadas por delgadas trabéculas conjuntivas: tiende, por su vegetación, á distender la cavidad del cuello, á presentarse bajo la forma de excrecencias vegetantes á través del orificio reblandecido y distendido y á ensanchar este orificio, excavado excéntricamente, en una especie de cráter ulcerado, de bordes roídos (*cancer à col ras*, de cuello corto).

El cancroide externo, principalmente en la forma papilar y vegetante, se propaga, ya por continuidad, ya por infiltración á distancia siguiendo la vía linfática. — Por continuidad, invade las paredes vaginales, es decir, el tabique véscouterino por delante y el recto por detrás. Por propagación linfática, invade los ganglios de la pelvis é infiltra el tejido conjuntivo de los ligamentos anchos, bajo la forma de trayectos duros de celulitis cancerosa.

Es excepcional que el cáncer pavimento del cuello invada el cuerpo uterino. — Por el contrario, el epiteloma cilíndrico del conducto cervical tiene más tendencia á remontar hacia la mucosa del cuerpo del órgano, según HOFMEIER y WINTER han demostrado. Sin embargo, gracias al trabajo de excavación del cuello que se observa en esta forma, se ve también al neoplasma extenderse hacia abajo, es decir, hacia las inserciones vaginales: los progresos de esta úlcera hueca acaban por infectar el tejido celular pelviano y las paredes de la vagina.

En las autopsias se observan diversas fases últimas de la

infiltración neoplásica: 1.º el tejido celular de la pelvis menor y de los ligamentos anchos engrosado y lardáceo; 2.º los nervios del plexo sacro infiltrados de células epiteliales, lo cual es origen de los atroces dolores experimentados por las enfermas; 3.º los uréteres comprimidos, lo cual produce una dilatación del uréter y á veces una hidronefrosis; 4.º los vasos hipogástricos á veces trombosados; 5.º el tabique véscovaginal ulcerado, comunicando la vejiga con la vagina; 6.º en algunos casos en que la ulceración se ha propagado principalmente hacia las inserciones vaginales posteriores, el recto acaba por comunicar con la vagina formando una cloaca infecta.

Síntomas y curso. — La época de mayor frecuencia de esta afección es entre los treinta y los cincuenta años; pero á menudo hemos visto el cáncer del cuello en mujeres más jóvenes, y entonces sigue un curso muy rápido. La herencia tiene una influencia innegable. Carecemos de datos precisos acerca de las condiciones verdaderamente patógenas.

1.º DEL CÁNCER UTERINO AL PRINCIPIO. — Reconocer esta afección desde el principio es lo que en realidad ha de preocupar al clínico. Porque de una parte, se trata de un mal muy frecuente (representa la tercera parte de la mortalidad cancerosa), y de otra, las probabilidades de una intervención curativa están absolutamente subordinadas á este diagnóstico precoz. Ahora bien; no es dudoso que ciertos cánceres uterinos llegan á un periodo avanzado de su evolución sin que ningún síntoma especial haya revelado su presencia.

Tres signos deben despertar la atención de la enferma y del médico: 1.º los *flujos rojos*; 2.º los *flujos blancos*; 3.º los *dolores*.

Los *flujos sanguíneos* constituyen el síntoma más claro. En la mujer aun menstruada, aparecen primero bajo la forma de menorragias: las reglas son anormalmente abundantes y prolongadas. Luego, la metrorragia se agrega á la menorragia, pues aparecen flujos rojos en el intervalo de los periodos menstruales. — En las enfermas que ya han pasado de la menopausia, la hemorragia que sobreviene después de una suspensión menstrual más ó menos prolongada, constituye un aviso que causa más impresión y es mejor escuchado. — Hay formas, blandas y vasculares, que evolucionan rápidamente, y que nosotros hemos observado en las mujeres jóvenes cuyas hemorragias son abundantes, repetidas, que prontamente ocasionan á la mujer una anemia profunda. Al contrario, hay formas duras, escirrosas, que evolucionan sin hemorragia notable.

Los *flujos blancos* se agregan y combinan con la hemorra-

gia: á veces la preceden y á menudo la acompañan, hasta la superan en importancia. Adquieren, en algunos casos, el carácter de una hidrorrea abundante, emitida á borbotones, por evacuaciones bruscas (lo cual corresponde á retenciones intracavitarias por encima del cuello obstruído). Ordinariamente, el flujo reviste el aspecto de una serosidad sanguinolenta (aguas rojizas), que pone rígida la ropa, de una acritud particular que irrita las partes genitales externas. Cuando la ulceración del neoplasma lo hace icoroso y mezcla con él los detritus de los tejidos patológicos, se vuelve fétido, adquiriendo un olor nauseabundo característico, que hace que se precise el diagnóstico solamente con el olfato.

El *dolor*, que será el origen de tan crueles angustias en los últimos períodos, falta en el primer período de desarrollo del cáncer uterino: muchas mujeres llegan á las lesiones incurables sin haber sufrido; *Nimum ne crede dolori*, decía COURTY. El dolor se manifiesta principalmente en las formas ulcerosas que invaden el fondo de Douglas é infiltran los nervios sacros.

2.º DEL CÁNCER UTERINO CONFIRMADO.— Cuando el cáncer ha llegado al período de invasión y de ulceración, las hemorragias son abundantes y los flujos rojizos fétidos; los dolores incesantes, que sólo se calman con la morfina, residen en la pelvis, irradian á los lomos ó en el trayecto de los ciáticos.

En este momento, los síntomas generales se agravan: la enferma enflaquece, palidece, adquiere progresivamente un matiz amarillo pajizo que no tiene el valor patognomónico que se le atribuía y que resulta de la anemia y de la intoxicación por las reabsorciones sépticas.— Si una ulceración abre el tabique véscouterino, la orina fluye por la vagina, irrita la vulva y los muslos y se declara una cistitis.— El recto funciona mal y la copremia por retención fecal viene á sumarse á la intoxicación. De este modo, la enferma se dirige cruelmente hacia la caquexia: la compresión de los uréteres determina la insuficiencia renal con vómitos, somnolencia y coma urémico.— A veces la trombosis de los vasos hipogástricos provoca la aparición de una *phlegmatia alba dolens*.

Se fija en año y medio la duración media de evolución del cáncer: pero nosotros hemos visto en mujeres jóvenes carcinomas que han evolucionado en algunos meses (cánceres agudos de West), y de otra parte, se pueden observar formas duras que tardan más de tres años en matar á la enferma.

Diagnóstico.— Dado el carácter tardío de la tríada funcional (sangre, flujos sucios, dolores), el diagnóstico debe esfor-

zarse en reconocer objetivamente el mal desde sus primeros síntomas. Pérdidas serosas ó serosanguinolentas, una menstruación irregular ó hemorragias después de la menopausia, han de decidir á la mujer á un examen local.

Dos casos son de diagnóstico difícil: 1.º una erosión papilar puede ser tomada por el comienzo de un carcinoma vegetante de la porción vaginal; 2.º un epiteloma cavitario puede ser difícil de reconocer á causa de la profundidad de su localización intracervical. — El *signo de Laroyenne* es utilizado para zanjar la primera dificultad: el borde de la uña raya la placa ulcerada del cáncer, en tanto que una ulceración de metritis ó un ectropión granuloso no ofrecen esta friabilidad. Sin embargo, la certidumbre sólo se adquiere por el examen histológico de un fragmento.

En el cáncer cavitario, endocervical, la mucosa se ectropiona ordinariamente formando una ulceración vegetante, friable, sanguinolenta, de la que se coge un fragmento con la cucharilla y se examina al microscopio. Si esta hernia mucosa no existe, se dilata el cuello con la laminaria.

Cuando se trata de un cancroide de forma vegetante, el diagnóstico no ofrece dificultad alguna: esta masa, fungosa, mamelonada, friable, sanguinolenta, no se presta á confusión ni error: sólo un pólipo fibroso en vía de esfacelo, que da lugar á una secreción fétida, podría confundirse con dicha neoplasia; pero es fácil reconocer al tacto, alrededor del tumor central, el cerco duro de los labios uterinos.

Tratamiento.— El cáncer del útero se cuenta entre aquellos cuya terapéutica es la más precaria. Tres medios de intervención son aplicables al cáncer del cuello: 1.º la amputación del cuello; 2.º la histerectomía vaginal; 3.º la histerectomía abdominal total.

Entre la amputación parcial y la histerectomía vaginal se ha discutido durante largo tiempo su elección. Actualmente, la poca gravedad de la histerectomía vaginal hace que se prefiera esta intervención á las escisiones parciales del cuello uterino por la vía vaginal, pues debe tenerse muy en cuenta la frecuente difusión de las lesiones del cuello á la mucosa del cuerpo. Sin embargo, es prudente conservar algunas indicaciones para la amputación supravaginal, «supraistmal» que escinde el cuello por encima de sus inserciones vaginales: lesiones simplemente sospechosas del hocico de tenca y formas papilares ó intersticiales bien delimitadas.

La histerectomía abdominal, operación de Freund, es, en

la actualidad, el tratamiento de elección: tiene la ventaja de permitir la escisión de los ganglios pelvianos y aun de todo el tejido celular de la base de los ligamentos anchos y del contorno de los uréteres (excavación ó vaciamiento de la pelvis, de Wertheim); su técnica es más correcta, cuando se trata de esos cuellos friables que se arrancan con las pinzas ó de esos úteros adheridos, que descienden defectuosamente á la vulva; por el contrario, es evidente que su mortalidad operatoria es mucho más considerable que la de las operaciones vaginales (26 por 100 en la estadística de Pozzi) y que, hasta el presente, la superioridad de sus resultados terapéuticos estables no se ha afirmado sin protesta. Además, los cánceres del cuello operables son minoría entre los que llegamos á examinar, y demasiado á menudo es necesario contentarse con el tratamiento paliativo: ablación con la cucharilla de las masas reblandecidas y pútridas y antisepsia vaginal.

II. — CÁNCERES DEL CUERPO

Anatomía patológica. — El cáncer del cuerpo del útero se parece al de la cavidad cervical: es un epiteloma cilíndrico, formado de tubos epiteliales, ramificados, y separados por un estroma conjuntivo.

Estas lesiones son, en ciertos casos, difíciles de diferenciar de las metritis glandulares hiperplásicas. ¿Se trata de una producción inflamatoria, con proliferación de los elementos glandulares según el tipo normal, lo cual corresponde al adenoma benigno de los alemanes, ó de una formación neoplásica, lo que representa el adenoma maligno? — La distinción es difícil. Debe fundarse en las modificaciones morfológicas de las células epiteliales y en la falta de pared propia que permite á estas células descansar directamente sobre el músculo liso, lo cual no se observa en las glándulas hipertrofiadas por la inflamación, siempre rodeadas de tejido conjuntivo.

El cáncer del cuerpo se presenta bajo dos aspectos macroscópicos: 1.º la forma circunscrita, tumor vegetante, rico en vasos friables, que ocupa el fondo del útero; 2.º la forma difusa, que se extiende en superficie por la mayor parte de la mucosa.

Síntomas. — Hemorragias, flujos serosos ó seropurulentos y dolores, constituyen la tríada sintomática por la que se revela el cáncer del cuerpo.

Un hecho notable es que los dolores, tardíos en los cánceres del cuello, son precoces en los cánceres del cuerpo; son

dolores de metritis con tirantez y sensación de peso. — El diagnóstico ofrece algunas dificultades: si sólo hay hemorragias, se puede pensar, si se trata de una mujer joven, en una endometritis hemorrágica ó en un fibroma, y si de una enferma que ya ha pasado de la menopausia, en una metritis senil ó en un fibroma uterino. La intensidad de los dolores es un carácter particular del carcinoma del cuerpo: el fibroma es menos doloroso. El aumento de la cavidad uterina, medido con el histerómetro, es un dato en favor del fibroma. Además, el único diagnóstico positivo se funda en el raspado previa dilatación y en el examen histológico de las masas fungosas raspadas.

Tratamiento.—Se proponen dos intervenciones: la histerec-tomía vaginal y la histerec-tomía abdominal total. Esta última tiende á ser la operación de elección.

CAPITULO IV

AFECCIONES DE LAS TROMPAS Y DE LOS OVARIOS

ARTÍCULO PRIMERO

SALPINGITIS É INFLAMACIONES PERIUTERINAS

Definiciones y doctrinas. — Una vez infectado el útero, los microbios patógenos pueden invadir: 1.º los *anexos*, trompas y ovarios; 2.º el *peritoneo pelviano*; 3.º el *tejido celular periuterino*. — Así, pues, *salpingitis* y *salpingoovaritis*, *pelviperitonitis*, *celulitis pelviana*, son los tres modos de propagación de la infección uterina (fig. 308).

¿Cuál es su importancia relativa? — Esta cuestión, que ha sido el capítulo más controvertido de la ginecología, no ha podido ser resuelta más que en el período contemporáneo: la laparotomía aséptica nos ha permitido sorprender, en su fase precoz y en su estado de lesiones simples, las inflamaciones y supuraciones periuterinas, que no eran antes conocidas, por las autopsias, sino en sus últimas fases y formas complejas y difusas.

Hasta los últimos veinte años se admitía por los clásicos que los tumores inflamatorios, de ordinario supurados, que se encuentran alrededor del útero, tienen una ú otra de estas dos localizaciones: 1.º ya el tejido celular de la pelvis, cuya importancia preponderante había afirmado NONAT; 2.º ya el peritoneo pelviano, que, como BERNUTZ y GOUPIE habían demostrado, en su famosa memoria de 1857, se inflama secundariamente á las lesiones úteroanexiales y da lugar á masas más ó menos voluminosas, constituídas por exudados fibrinosos, por vísceras aglomeradas ó colecciones purulentas enquistadas.

Cuando el 11 de Febrero de 1872, LAWSON TAIT practicó su primera operación de ablación de los anexos, no sólo contrajo el mérito de innovar una intervención fecunda en resultados,

sino también al mismo tiempo estableció, en patología pelviana, la individualidad de la salpingitis, su importancia etiológica como foco inicial, como factor de la transmisión infecciosa, y en la mayoría de los casos, su preponderancia como lesión extirpable.

¿Es esto decir que se deba, en beneficio exclusivo de la salpingitis, borrar de la nosografía el flemón de NONAT y la pelvi-peritonitis de BERNUTZ? — Seguramente que no, porque estos

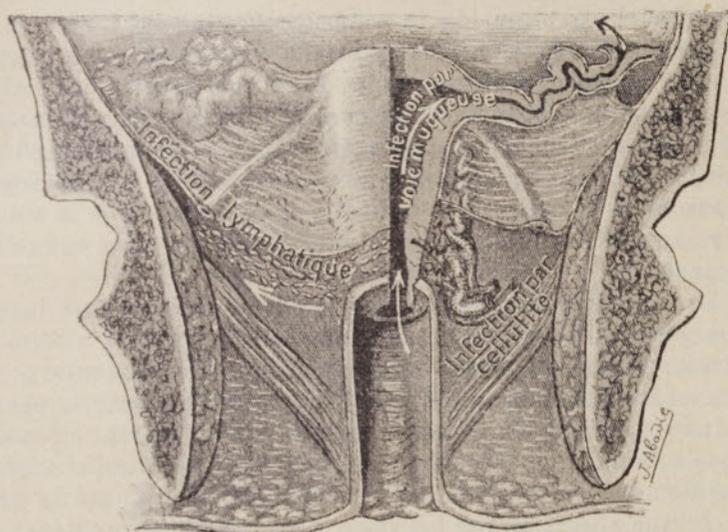


Fig. 308

Esquema que demuestra las diversas vías (mucosa, linfática y celular) que puede seguir la infección para llegar ó dirigirse desde el útero hacia los anexos.

Infection lymphatique, infección linfática; *Infection par voie muqueuse*, infección por la vía mucosa; *Infection par cellulite*, infección por celulitis

tres conceptos esenciales de las inflamaciones pelvianas tienen cada uno su parte de verdad. Los tumores salpingíticos son los más frecuentes. Pero el tejido celular subseroso de la pelvis es asiento indiscutible de inflamaciones flemonosas, consecutivas principalmente á las infecciones puerperales. En cuanto al peritoneo pelviano, hay formas clínicas en que su inflamación, en lugar de ser dominada por la lesión primitiva y causal de los anexos, desempeña luego el papel preponderante por su extensión á una parte mayor ó menor de la serosa, por la falta de grandes abscesos tubarios concomitantes y por la forma-

ción de colecciones purulentas tabicadas en el peritoneo de la pelvis menor.

Etiología y patogenia.—Lo mismo que las metritis, las inflamaciones pelvianas reconocen como causas dos infecciones principales: 1.º la blenorragia; 2.º la infección puerperal después de un parto y sobre todo de un aborto sépticos.

El gonococo es el factor preponderante de las salpingitis y de las peritonitis perisalpíngicas.—Ordinariamente invade los anexos de un modo insidioso, pudiendo resumirse del siguiente modo el ciclo habitual de la afección: una antigua blenorrea descuidada, una gota militar reputada inofensiva es el origen de la contaminación femenina; el gonococo penetra y se cultiva en el epitelio cilíndrico del cuello, y de ahí una endometritis que se hace crónica y tiende á invadir, por continuidad de tejido, la mucosa del cuerpo, la mucosa tubaria y el peritoneo, ya porque la infección llegue á él por el pabellón de la trompa, ya porque se propague por el repliegue seroso que envuelve al órgano.

En la infección puerperal, es el estreptococo el que interviene generalmente; según han demostrado CORNIL y VIDAL, este microbio, á la inversa del gonococo que permanece de ordinario en la superficie del endometrio, puede atravesar la pared uterina y penetrar en el tejido celular de la pelvis. Además, después de un parto, los desgarros del cuello facilitan el acceso al tejido celular: la herida uterina infectada es el punto de partida de una absorción por los vasos y los linfáticos que llevan el agente microbiano hacia las capas celulares vecinas y el peritoneo. De ahí esos accidentes agudos y á menudo difusos: flemones periuterinos y peritonitis, ya limitada á la pelvis, ya extendida á toda la serosa; en las formas septicémicas, intoxicación general.

La distinción de estas formas es capital. En una se trata de lesiones sépticas superficiales, que exceden poco del espesor del endometrio; ninguna herida les abre camino hacia los espacios celulares de la pelvis: es una enfermedad de la mucosa que se propaga en superficie, paso á paso, á lo largo de la cavidad úterotubaria, lo mismo que la uretritis, en el hombre, produce una inflamación de la vejiga ó del conducto deferente. Esto se explica bien, pues anatómicamente las trompas sólo son una prolongación bicornes del útero, embriológicamente se derivan del mismo conducto de MULLER, é histológicamente su mucosa tiene la misma textura y el mismo epitelio cilíndrico, favorable á la penetración del gonococo.