

LECCION XXI.

PÓLIPOS DEL ÚTERO.==Anatomía patológica.==Clasificación.==Síntomas.==Diagnóstico.==Pronóstico.==Tratamiento.

Señores:

Los pólipos son también neoplasias del tejido uterino debidas al crecimiento molecular de sus elementos anatómicos y que guardan gran analogía con la producción que hemos estudiado en la lección anterior. En realidad solo la manera de relacionarse con el tejido que les sirve de asiento, distingue los fibromas de los pólipos, pues así como aquellos radican dentro de la misma masa uterina, resultando por lo mismo sesiles, estos emergen fuera de ella, arrastrando parte de los tejidos, lo cual les forma un pedículo; en tanto es esto así, como que se cree por muchos que los pólipos fibrosos son simples hysteromas que han sido rechazados hacia la cavidad uterina por esfuerzos íntimos de expulsión.

Como la proliferación de los tejidos anatómicos del útero es la que dá lugar á esta neoplasia, de aquí que varíe el pólipo y que la naturaleza del tejido en que se desarrollan estas producciones sea su constitución propia: por esto se reconocen muchas variedades y se admiten diferentes clases de pólipos. Nosotros, siguiendo la clasificación de Cruveilhier, admitiremos tres clases: glandulares, celulares y

fibrosos, segun que la formacion hiperplásica que los constituye parta de las glándulas, del tejido mucoso ó bien del mismo tejido fibroso, en cuyo último caso viene á ser un fibroma pediculado.

La génesis de los pólipos, cualquiera que sea su naturaleza, se explica por la exageracion, localizada en una zona limitada, de la irritacion nutritiva, otra de las causas íntimas de los desarrollos celulares. Debida siempre á influencias íntimas, no apreciables al exterior, forma en el número da las lesiones tróficas, pero sin modificaciones esenciales en los caractéres del tejido hiperplasiado.

Esta acumulacion de sustancia del mismo tejido y de sus propias condiciones, se puede presentar bajo diferentes formas y varias dimensiones, pero la forma que predomina es la de una masa esférica próximamente, unida al tejido de donde procede por medio de un pedículo mas ó menos largo, grueso y consistente. En cuanto á su estructura, varía en cada una de las tres variedades admitidas.

Primero: *Pólipos glandulares*. Se ha llamado así por algunos el aumento de volúmen de las pequeñas glándulas del cuello, especie de hipertrofia localizada en las glándulas de Naboth, que vienen á formar una como célula grande llena del líquido propio de la constitucion fisiológica de estos tumores, y unida á la mucosa por un pedículo muy corto y delgado. En el citado líquido se encuentran siempre multitud de elementos epiteliales, nucleares, y alguna vez glóbulos de grasa.

Pueden ser únicos, es decir, haber una sola glándula hipertrofiada que toma entonces un desarrollo notable; pueden ser muchas y presentarse diseminadas por toda la cavidad del cuello las glándulas afectadas; su desarrollo es entonces pequeño y constituye la llamada *degeneracion quística* de las glándulas de Naboth; puede, finalmente, presentarse una aglomeracion de pequeños pólipos, que parecen racimos, y constituyen el pólipo glandular arracimado.

Estas varias formas de pólipos son poco consistentes; así se les vé desprenderse por solo el acto de la colocacion del espéculum, y sino, se levantan fácilmente con solo cojerlos con la sonda ó con las cucharillas de Simon, de modo que se consigue con suma facilidad su separacion. Por lo

regular se hace esta sin que se llegue á producir hemorragia y desde luego sin dolor ninguno.

Segundo: *Los pólipos mucosos ó celulosos* están formados por una hipertrofia notable y pediculada de la mucosa, que toma la forma prolongada y encierra en su interior gran cantidad de tejido conectivo, y algunas veces folículos. Es muy frecuente ver pólipos de estos, cuyo pedículo es tan largo que ocupa toda la cavidad y todo el cuello y cuya parte gruesa sale fuera de este á la vagina, afectando la forma de un ovoide prolongado. Cuando se encuentran en el cuello son fusiformes ó esféricos, y al salir fuera de él se prolongan en la forma citada; son pólipos que se desprenden tambien con facilidad, muchas veces son expulsados por solo las contracciones de la matriz; se quitan por medio de la avulsion ó torsion con las pinzas, y no suelen reproducirse. Su tejido presenta poca resistencia á las tracciones y á la fuerza contráctil que llega á expelerlos. Suelen ser bastante vasculares; alrededor del punto de insercion se desarrolla el tejido vascular en forma de red capilar, lo mismo que dijimos sucedia en el punto donde se desarrollan los fibroides; así es que ofrecen á la vista un aspecto rojo, como si se tratase de tumores vasculares, y una variedad que ha tomado este nombre tal vez no sea mas que el pólipo mucoso con mayor exageracion de la red vascular que se distribuye por toda su superficie.

He dicho que se componen de tejido celular, que no comunica con el tejido sub-mucoso, ni se encuentran arterias ni venas en el pedículo, ni se puede determinar bien una circulacion central, pero sí la circulacion mucosa ó periférica, que es continuacion de la de la mucosa de la cavidad. A pesar de esto tienen mucha vida, se desarrollan con notable rapidéz, y sin llegar á adquirir el mismo volúmen que apreciamos en los de naturaleza fibrosa, son bastante grandes para representar un cuerpo extraño en la cavidad. Su aspecto exterior, ordinariamente liso, se presenta á veces como amamelonado, recordando la forma de un saco lleno de tuberosidades. Casi siempre es único, pero pueden tambien verse múltiples. Tiende á perpetuarse, no sufre trasformaciones anatómicas, pero puede ser extrangulado el pedículo por el cuello uterino, y entonces gangrenarse. Mientras permane-

cen en la cavidad del útero, este tiende á expelerlos por medio de contracciones fibrilares, pero una vez alojados en la vagina, cesa de ordinario aquel movimiento, y persisten hasta que son extraídos. La regresion adiposa es rara, pero se vé alguna vez el reblandecimiento flogístico comunicado desde la mucosa uterina.

Finalmente, tenemos el tercer grupo constituido por los *Pólipos fibrosos*. La textura de estos es generalmente igual á la textura del fibroma, es decir, tejido célulo-fibroso. Para comprender su formacion basta figurarse que el núcleo de un fibroma se vaya desprendiendo y saliendo á la cavidad, con cuyo movimiento arrastre consigo las fibras del útero que están mas inmediatas, á medida que las arrastra se vá prolongando y formando el pedículo. Esta es indudablemente la formacion de la mayoría de pólipos fibrosos.

Si se corta el tumor por una incision por su parte media se encontrará formado de la manera siguiente: exteriormente una capa mucosa que es continuacion completa de la mucosa del útero que se refleja sobre el pedículo; una capa fibrosa ó célulo-fibrosa, que es la cápsula que rodeaba el fibroma y lo separaba de las fibras uterinas, y por último, una gran masa de tejido muscular dispuesta de distintas maneras, ya radiada, ya areolar, ya en círculos concéntricos y cortados, constituyendo la estructura *napi-forme*, y otras, por fin, sin forma concreta, confundidas en una masa compacta las fibras y el tejido conectivo. En algunos casos se aprecia la continuidad de sus fibras con algunas de las fibras del útero, y de ordinario, el útero en el sitio donde se implantan los pólipos fibrosos, es mas delgado y como comprimido. El pólipo fibroso tiene á veces vasos propios, y he visto alguno de ellos provisto el pedículo de una gruesa arteria y dos ó tres venas; pero esto no es constante, y en muchas ocasiones no se aprecia otra circulacion que la areolar de la base de implantacion, y la de la mucosa que cubre el tumor, que es la que dá entonces comunicaciones casi exclusivamente venosas al interior de la masa fibrosa.

En los pólipos fibrosos, como en el fibroma, puede venir la degeneracion grasienta, el arrancamiento, la extran-

gulación, la torsion del pedículo, todo esto por evolucion propia. Cuando alguna de estas, que son las terminaciones favorables, no tiene lugar, no hay mas remedio que extraerlo por un procedimiento operatorio, puesto que por sí tiene de ordinario la tendencia á permanecer inactivo; si aumenta mucho de volúmen y llega á hacerse muy graduado, excita la contractilidad uterina, como lo hace todo cuerpo extraño encerrado en la cavidad, el cuello se dilata y es expelido como si fuese la cabeza de un feto.

Las terminaciones malas no son tan frecuentes como la persistencia pasiva; cuando se presenta la inflamacion y la gangrena recaen en tejidos que pueden ser eliminados, y por esto es menos peligroso que en los fibromas. Sin embargo, puede á consecuencia de ello desarrollarse una metritis, y esto ya puede concluir de una manera desastrosa.

Los pólipos descubren su presencia en la economía por un conjunto de síntomas que vienen agrupados de una manera parecida á como los vimos al tratar de los fibromas: quiero decir; síntomas que se refieren á la alteracion de las funciones del útero, síntomas que se refieren á la compression de los órganos inmediatos y de consiguiente alteracion en sus funciones, síntomas reflejos ó generales, y últimamente síntomas locales ó anatómicos, que son los que caracterizan en absoluto el tumor.

Alteracion de las funciones propias del útero.—Aquí nos encontramos con una cosa algo parecida á lo que acontece en los fibromas. Lo primero que aparece son las menorragias trasformadas tambien á su vez en metrorragias, ó sea esa exageracion del flujo sanguíneo que acompaña á las épocas menstruales, pero que luego se convierte en continua, pasando de menorragia á metrorragia; tal vez sean mas frecuentes en los pólipos que en los fibromas, y esto en razon á que los pólipos se desprenden de la superficie interna estando relacionados directamente con la mucosa, muy congestionada y por consiguiente con un exceso de vascularidad que constituye una verdadera red densísima, y por lo tanto un gran acúmulo de elementos circulatorios que entran en actividad durante la menstruacion y que es posible que despues subsistan. Se comprende, pues, por qué razon son

mas frecuentes las hemorragias en los pólipos que en los fibromas, cuyas relaciones vasculares son menos íntimas.

Otro síntoma que se presenta tambien en estas producciones es la leucorrea, acerca de la cual debemos fijar algunos detalles. Es muy abundante, al revés de lo que sucede en la sintomática de inflamaciones, por crónicas que sean, que, como hemos dicho, presenta los caractéres de un flujo mucoso, casi siempre inodoro, salvo un pequeño olor picante propio de todas las secreciones del aparato sexual. En los pólipos, empero, es una blenorrea verdaderamente tal, serosa, abundante, y suele tener mal olor, no el característico de las producciones cancerosas, que no es comparable á nada, pero sí insinuante y desagradable, que probablemente proviene de una exudacion sero-mucosa de la superficie del tumor que se mezcla con las secreciones propias de los tejidos inmediatos.

Esto no se presenta de igual manera cuando el pólipo es intra-uterino ó extra-uterino. En el primer caso hemorragia y leucorrea son exiguas, puesto que en realidad se encuentra en el caso de un fibroma que tiende á desprenderse hácia la superficie externa y reúne sus caractéres. Es verdad que en esto son iguales todos los pólipos, que vienen á representar el resultado de una salida ó desprendimiento espontáneo. Sea como quiera, lo esencial para nuestro estudio es aquí el pólipo verdadero ó de la cavidad, al que nos referimos al hablar de los síntomas. Encuéntrase tambien la erosion y algunas veces hasta la ulceracion del cuello, no solo cuando es extra-uterino, porque entonces se comprende que se produzca por el roce del pedículo contra el cuello, sino tambien cuando es intra-uterino, pudiéndose entonces atribuir á la irritacion producida por el flujo.

Contracciones expulsivas.—Desde el momento en que pólipos grandes ocupan la cavidad uterina, reaccionan sobre este órgano y provocan contracciones que son bastantes algunas veces para expeler los pólipos y hacer que salgan fuera de ella, formando una proeminencia en la vagina, y pueden llegar á ser tan enérgicas, coincidiendo con una debilidad del pedículo, que acaben por producir la expulsion completa. Esta expulsion no se vé, por lo regular, en

los pólipos glandulares, ni en los pólipos fibrosos; en los primeros por su exiguo volúmen, y en los segundos al contrario, porque son demasiado grandes, y sobre todo porque tienen una estructura muy firme, y se comprende que no sean bastantes las contracciones uterinas para producir la rotura del pedículo. Se leen en algunas obras ejemplos de rotura del tejido uterino, y recuerdo en este momento el hecho notable de expulsion de un pólipo fibroso bastante grande lacerándose el tejido uterino. Se presentó en uno de los hospitales de Lóndres una mujer afectada de violentas hemorragias y que falleció á los dos días, encontrándose en la autopsia un pólipo que habia sido arrancado por contracciones espontáneas, habiéndose desprendido con parte del útero y consecutivamente presentándose un estado gangrenoso. Este hecho, que es notable por lo bien marcado de los fenómenos que lo constituyen y por la singularidad del caso, es un ejemplo de lo que puede suceder cuando las contracciones uterinas son bastante fuertes para provocar la expulsion. En este caso, si el pedículo es muy fuerte produce un poco de inversion del útero, lo cual dá lugar á dolores y un malestar general muy notable, que recuerda igual accidente despues del parto.

Otra clase de síntomas son los que se refieren á los *órganos inmediatos*. Aquí no son tan marcados los fenómenos de compresion como en el fibroma, puesto que la compresion no la ejerce el tumor, sino el mismo útero aumentado de volúmen, y como si se trata de pólipos pequeños no llegan á hacer aumentar el volúmen de la matriz, y si se trata de pólipos mucosos, son expulsados fuera de la cavidad, no llegan á producir una verdadera compresion ó es muy lijera, y desaparece desde el momento que están en la vagina. Entonces, si se produce alguna compresion, es en la parte mas baja, es decir, sobre la uretra, la parte inferior del recto, y tal vez sobre la vulva. De esto puede resultar, y es lo que mas fácilmente se aprecia, alguna dificultad en la expulsion de las heces ventrales y en la emision de la orina, pero sin que llegue á hacerse grave, siendo mas incómoda la sensacion de plenitud de la vagina que los fenómenos de verdadera compresion mecánica. Este estado no suele prolongarse, y por lo tanto no duran las molestias,

porque todo práctico que sepa su obligacion cuando ya está en la vagina el pólipo, y presenta bastante volúmen, procurará extirparlo.

Fenómenos generales.—Estos son por lo regular consecutivos á las hemorragias. La mujer cae en un estado anémico bastante graduado y que puede llegar á ser tan grave que exija un tratamiento enérgico, ya para recuperar las fuerzas perdidas, ya tambien para evitar hemorragias sucesivas. Como la causa que las motiva, esto es, el pólipo, se pone bastante pronto al descubierto, es fácil que se pueda plantear la cura radical, extirpándolo. Si esto no se hiciere, es posible que el tumor produzca la muerte por anemia aguda ó por anemia crónica, cuando recae en mujeres de poca naturaleza, de poca reaccion, dispuestas á las afecciones por depresion de fuerzas.

Hay otros caractéres generales sobre los cuales llaman la atencion algunos autores para sospechar su existencia mientras el pólipo es intra-uterino. Son estos la tendencia al vómito, sensacion de peso mas ó menos graduada y tenesmo uterino. Cuando apreciamos estos síntomas, tendremos mucho adelantado para poder fijar el diagnóstico; efectivamente, es un hecho, que podemos comprobar muchas veces, que se produce gran tendencia al vómito; es una cosa muy parecida á lo que sucede en todas las mujeres durante los primeros meses del embarazo. Las fibras uterinas se encuentran solicitadas por la distension que sufren, y como no están en condiciones para ello, trasciende esto á sus propiedades, excitando la contractilidad, que se demuestra por los conatos de expulsion. Sin embargo, no podemos fijar esto en absoluto, porque hay otros padecimientos de la matriz que lo acasionan tambien, y es este uno de tantos síntomas subjetivos que se refieren á alteraciones profundas de la economía y son comunes á muchas y muy diversas afecciones. Supongamos ese mismo estado anémico por depresion de fuerzas y por haber sufrido una hemorragia, y lo veremos aplicable á muchas alteraciones uterinas.

El pólipo puede ser atacado por la inflamacion, que se propaga á la matriz produciendo algunas metritis ó metropéritonitis gravísimas. Esto es, sin embargo, muy excepcional; es menester que sea un pólipo fibroso para que encon-

tremos la inflamacion grave del útero, y no es tampoco probable que llegue á producir la metritis supuratoria ni la produccion de una flebitis, como no esté complicada con un estado puerperal, ó despues de haberse gangrenado el tumor por compresion.

Finalmente, tenemos los *caractères locales* de la nueva produccion que debemos apreciar en cuanto sea posible de una manera directa. Esto no es fácil de conseguir mientras los pólipos permanecen dentro del útero, lo cual sucede hasta tanto que las contracciones uterinas los echen fuera, y tambien cuando se trata de pólipos pequeños que no pueden ser asidos, por decirlo así, por las contracciones uterinas. Cuando son pólipos glandulares, sobre todo de las glandulitas de Naboth, que no llegan á adquirir el volúmen de una avellana, tal vez escapen á la vista, pero si dilatado el cuello se puede penetrar el dedo en la cavidad cervical, los descubre el tacto. A la vista se presentan de un color sonrosado, formando como una esferita dura y consistente, que obtura á manera de un tapon el mismo orificio del hocico de tenca. Su disposicion, como de pequeña excrecencia de la mucosa, hace que nos demos cuenta de ellos, mas por el tacto que por la vista. A veces dejan de verse despues que se han apreciado bien, y esto puede hacer creer que ha sido expulsado uno de esos pólipos. Sin embargo, no suele ser así, sino que se ha metido otra vez en el interior para reaparecer varias veces. Siempre que se trate de esas producciones es menester dilatar el cuello, para lo cual mejor que del espéculum intra-uterino nos valdremos de la esponja preparada ó los tallos de laminaria, con cuyo medio se reconoce perfectamente por el tacto. El mismo procedimiento exploratorio puede servir para el tratamiento, puesto que se pueden arrancar con la uña, sobre todo si están cerca del orificio externo.

Los pólipos mucosos se presentan al tacto como de poco volúmen, y su consistencia recuerda la de los pulpos, á cuya circunstancia deben regularmente el nombre que llevan: á la compresion no se dislaceran y despachurrean como las pequeñas producciones quísticas, sino que se deslizan fácilmente entre los dedos. Tienen un color amarillo sonrosado, y su superficie, y más aun la base de implantacion, se vé

cubierta de una espesa red vascular. Cuando se prolongan hasta salir fuera del orificio externo presentan la forma de borla ó de una de esas calabazas largas, y están echados ó tendidos en la pared posterior de la vagina. Si se trata de esos mismos pólipos encerrados aun en la cavidad uterina, entonces los síntomas son mas oscuros y debemos recurrir al cateterismo para reconocerlos. Este acusa un objeto que no deja pasar la sonda. En ciertos casos esta puede llegar hasta el fondo del útero, acusando las dimensiones normales de su cavidad, pero tropezando con un objeto que impide los movimientos del pico de la sonda; esto se combina con el tacto rectal y vaginal, y á beneficio de esas exploraciones se llega á formular el diagnóstico.

Quando se trata de pólipos fibrosos dan lugar á hemorragias y dolores contráctiles, y el útero está aumentado de volumen. Pero esto no basta, y hay tambien que dilatar el cuello y practicar con detenimiento el cateterismo. Cuando introducimos la sonda en el útero para reconocerlo y no puede pasar, entonces ya sabemos que hay un cuerpo extraño que, descartado el embarazo, no puede ser otro que un pólipo. No será un fibroma, ni una hipertrofia de las paredes, porque estos estados dejan libre la cavidad. Sin embargo, el cateterismo no es suficiente y conviene practicar la dilatacion del cuello, no solo para que pueda pasar mejor la sonda, sino para entrar tambien el dedo. Algo difícil es esto, y por mas que se consigne en algunas obras como cosa sencilla, la verdad es que no siempre se consigue, porque es necesario introducir toda la mano dentro de la vagina y se excita demasiado la sensibilidad; tenemos, por lo tanto, que renunciar á esta exploracion, ya que, dada la longitud del índice, esta no presta para llegar al orificio interno, y cómo no se puede hacer bajar mas el útero, de aquí que la exploracion sea muy difícil.

Quando ya sale fuera de la matriz, entonces es mas fácil reconocer la forma del tumor, que tiene la de una esfera mas ó menos regular unida á un pedículo, el cual se puede seguir con el tacto ó con la sonda, hasta su implantacion dentro de la cavidad.

El pólipo en estas condiciones puede confundirse con el descenso y con la inversion del útero; sin embargo, esto

solamente cuando las dimensiones sean las de este, no cuando sea mas pequeño ó mucho mas grande. La verdadera ambigüedad ó dificultad del diagnóstico no existe mas que cuando se trata de pólipos grandes encerrados dentro de la cavidad ó de un pólipo mediano que no ha salido mas que á medias: en estos casos existe dificultad porque se puede confundir con el embarazo, con la hidrómetra, con la retencion de la placenta y con todos los estados patológicos que aumentan el volúmen del útero. Los síntomas leucorrea, contraccion ó conatos de contraccion expulsiva, son fenómenos generales ambiguos y no tenemos mas medio seguro que la exploracion directa; se procurará, pues, la dilatacion del cuello combinada con el cateterismo bien hecho, llevado hasta los menores detalles, haciendo siempre que sea posible exploraciones combinadas con el dedo y con la sonda, con lo cual se puede llegar á establecer un diagnóstico muy aproximado. Una vez el pólipo ha abandonado la cavidad uterina para ocupar la vagina, entonces es mucho mas fácil diagnosticar y la confusion raras veces vendrá á oscurecerlo.

Sin embargo, aun puede entonces confundirse con otros estados morbosos, y principalmente con el descenso y con la inversion del útero. Recordando los caractéres de estos cambios de situacion de la matriz es como se llegará con seguridad á establecer bien las diferencias. El útero descendido, en cuyo estado patológico abandona la situacion que anatómicamente le corresponde para ir á colocarse en la vagina próximo á la abertura vulvar y en algunos casos fuera de esta, conserva sus caractéres absolutos propios, de modo que en el tumor ó cuerpo que ocupa la vagina puede reconocerse perfectamente el cuello, con la forma que le es peculiar, y el orificio externo, por el cual se puede introducir una sonda que, al recorrer la cavidad cervical y penetrar en la del cuerpo, descubrirá perfectamente los caractéres anatómicos del órgano prolabado. Nada de esto presenta el pólipo, sino una superficie convexa, lisa, pero sin orificio ni nada que le asemeje al cuello uterino. Además, siguiendo el pedículo se observará que este se encuentra rodeado ó ceñido por el rodete que forma el cuello, y entre este y dicho pedículo podrá penetrar la sonda.

Si se trata de una inversion, tambien hay medios de establecer bien el diagnóstico diferencial. El útero invertido presenta, es cierto, un aspecto algo parecido á un pólipo de medianas dimensiones; superficie convexa, lisa, mucosa y mas ó menos pediculada; pero en cámbio tiene condiciones distintas á la exploracion. Si la inversion es completa, el tacto vaginal y la sonda encuentran que el tumor termina en los fondos de saco formados por la inversion, á la altura de la insercion vaginal, al paso que cuando es pólipo, por debajo de esta insercion se encuentra el rodete formado por el cuello y por entre este y el pediculo entra la sonda hasta llegar al fondo de la cavidad uterina. Además, si se hace la exploracion rectal, combinándola con el cateterismo vesical, se toca la vejiga al través de la pared anterior del recto, lo cual arguye falta del útero, que habiéndose invertido no se le encuentra en su sitio propio.

Si la inversion fuese incompleta, aparece entonces al través del cuello un tumor esférico, rojo, liso, formado por el fondo invertido, bastante parecido á la manera como vemos los pólipos al empezar su descenso; pero tambien el cateterismo descubre la verdadera índole de la alteracion, pues la sonda penetra á una altura menor que cuando es un pólipo, representada por el hueco que queda entre la parte del fondo invertida y la pared uterina. Además el tacto rectal reconoce, no la falta del útero, como en la inversion completa, sino un cuerpo que queda á menor altura y tiene la forma como de cubilete, constituida por el fondo deprimido.

Fuera de estos casos no es fácil confundir los pólipos con otras producciones morbosas.

El pronóstico de esta enfermedad es grave por el peligro en que colocan á la paciente las hemorragias continuadas, algunas veces bastante abundantes para producir verdaderas anemias, pero esa gravedad absoluta disminuye algo ante la posibilidad de conseguir una curacion radical por medio de operaciones quirúrgicas.

Tratamiento. — Ocioso fuera hablar de un tratamiento médico para la curacion de los pólipos; aquí, como con los fibromas, no debemos esperar nunca la fusion ó la resolu-

cion de la neoplasia á beneficio de medios farmacológicos, y la única indicacion que en ese terreno tal vez podamos llenar será la de apresurar y facilitar la expulsion con la administracion de los agentes oxytócicos, ya que se trate de hacer abandonar al pólipo la cavidad uterina, ya se intente la expulsion completa en los casos en que tenga un pedículo muy delgado y frágil.

En cambio el tratamiento quirúrgico es bien definido y casi siempre eficaz: la avulsion de los pólipos constituye hoy la verdadera terapéutica de esta clase de afecciones.

Los procedimientos pueden reducirse á tres; la ligadura, la torsion y la extirpacion completa. La ligadura simple para producir la extrangulacion ha caido en desuso: se ha practicado de diferentes maneras; ya con hilos vegetales, ya con hilos metálicos, á beneficio de cuya presion, que vá cada dia aumentando, acaba por producirse la gangrena de todo lo que se ha ligado. El poner una ligadura cuando está el pólipo en la vagina es una cosa sencilla, pero cuando está en el útero es mas difícil de practicar, y para ello se han inventado diversos instrumentos con los cuales se lleva un asa al pedículo, se cierra y se aprieta (1). Esta extrangulacion lenta produce la gangrena del tumor, desde los dos hasta los quince dias cuando el pedículo es muy grueso; pero esto ocasiona tambien muchas veces gangrenas muy extensas, y en algun caso ha producido la reabsorcion pútrida.

Se ha usado la torsion. Para esto se coje con unas pinzas el pólipo y se tuerce hasta que se rompe. Esta operacion no es posible mas que en pólipos que tengan el pedículo muy delgado y frágil, pues si no produce desgarraduras en la mucosa uterina: generalmente sale perfectamente bien en los pólipos mucosos pequeños y en los glandulares. Si se resisten se pueden cortar con unas tijeras, y como no tienen vaso central, la hemorragia no es alarmante. En los pólipos fibrosos se arrancaria la mucosa, y como la mayoría tienen su punto de insercion en el fondo de la cavidad, para estos es para los que se inventaron los portaligaduras. Hoy dia se usa generalmente la avulsion rápida

(1) Porta-ligaduras y aprieta-nudos de diferentes autores.

por medio del extrangulador ó magullador de Chassaignac ó de Nelaton; el primero formado por una cadenilla, y el segundo simplemente por un hilo metálico ductil, que se hace correr por la cánula á beneficio de una vis y una tuerca, con lo cual el hilo se aprieta y siega el pedículo, magullando los vasos, por lo tanto, sin hemorragia.

La aplicacion y manejo de estos instrumentos no es difícil, bastando llevar el asa hasta el pedículo, y si no se alcanzare, bastará colocarla un poco mas allá de lo que podemos considerar como meridiano del tumor, para que, á medida que se rueda la tuerca y se estrecha el asa, vaya esta ganando terreno hácia el pedículo, en el cual queda finalmente colocada sin hacer grandes esfuerzos. Por este sencillo procedimiento consigo siempre la colocacion del hilo estrangulador.

Una vez aplicada se pasa á apretar, consiguiendo la excision con las circunstancias siguientes: primera, que se hace la division en un punto muy próximo á la implantacion uterina, rápida y sin desgarros. Segunda: que no dá lugar á hemorragia ninguna, porque los vasos se dislaceran y la misma extrangulacion se hace hemostática. Tercera: que no dá lugar á accidentes consecutivos, siendo rapidísima la convalecencia. Como quiera que son los pólipos unas producciones que no tienen nervios, no se produce dolor al ligarlos y apretarlos, hecho que tendremos en cuenta, para saber que es el pólipo lo que cojemos y no es la matriz.

Sin embargo, hay pólipos que no se pueden cortar con el extrangulador por ser demasiado grueso el pedículo, y al propio tiempo son muy vasculares, con uno ó mas vasos centrales; en este caso se aconseja aplicar, en vez de un extrangulador simple, una asa galvano-cáustica, que produce al propio tiempo la cauterizacion, es decir, una escara que sirve para evitar mas eficazmente la hemorragia.

Basta que se destruya el pólipo para que la parte de pedículo que resta se marchite y desaparezca, y puedo citar algunos hechos de esta naturaleza muy notables, sobre todo un caso en que apliqué la ligadura del extrangulador al nivel del orificio externo del cuello, quedando dentro del útero tres ó cuatro centímetros de pedículo. Sin em-

bargo, no hubo ya mas hemorragias, y á la vuelta de muy pocos dias habia desaparecido todo vestigio de ese mismo pedículo marchitado, atrofiado y desprendido.

El caso que cito en mi tratado de Obstetricia (1), de un pólipo que fué expulsado antes que la criatura, y que fué menester cortar aprisa y de cualquier manera, es otro caso notable de la misma índole. Cuando mas tarde, despues de pasado el puerperio, me dispuse á quitar el resto, lo encontré sumamente marchito, pues habia quedado la mitad de lo que representaba al tiempo de la extirpacion. En algunos casos es casi imposible llevar los medios de extirparlo, ya sea las tijeras ya sea el asa del extrangulador, hasta el mismo punto de salida del pedículo: entonces lo cortaremos por donde se pueda, con la seguridad completa de que el tumor no se reproducirá y lo que quede irá desapareciendo poco á poco.

Otro hecho muy singular es que cesan inmediatamente todos los síntomas que le acompañaban, desaparecen las hemorragias, y este es un hecho en apoyo de los que creen que estas proceden del mismo tumor. Sin embargo, tambien pueden cesar viniendo de la mucosa, porque fuera aquel, desaparece el estímulo, y se apodera de la zona en que estaba implantado una verdadera atrofia. Sea como quiera, el hecho de la supresion inmediata de las hemorragias es real y efectivo, y prueba que están positivamente sostenidas por la presencia del pólipo.

Finalmente, hay otros medios de extirpacion por medio del bisturí y por las tijeras, y en sustitucion de éstas un aparato llamado poliptritor (de Aveling), que consiste en una especie de cuchilla que se mueve á lo largo de una varilla terminada en gancho: este coje el pedículo, y aquella lo corta al ser empujada por medio de una tuerca. Es un instrumento de los mas inofensivos y mas útiles; pero con este poliptritor es fácil que venga una hemorragia grande, supuesto que la ligadura no se hace ni tampoco bastan los medios estípticos comunes, por lo cual preferimos los extranguladores. Se acusa á estos de hacer posible la cogida de los tejidos sanos, y por lo tanto la rasgadura

(1) Tratado completo de Obstetricia.—Pág. 517.

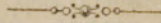
del útero, pero esto se puede evitar protegiéndolos, ya por medio de agujas que atraviesan el pedículo marcando el límite de la acción del hilo, ya por medio de los dedos convenientemente colocados.

La extirpación de los pólipos no suele ir seguida de accidentes desagradables; sin embargo, es posible la metritis consecutiva. Cítanse también casos de haber fallecido la operada á consecuencia de flebitis, de peritonitis y de pyohemia.

Quitado el tumor es muchas veces necesario un tratamiento consecutivo, que debe ir dirigido por un lado al estado local del útero; endometritis é hipertrofia del cuello: y por otro al estado general, casi siempre alterado por las hemorragias sintomáticas. Dicho se está con esto, que deberá fundarse el tratamiento en los tónicos de todas órdenes, así farmacológicos como higiénicos, y además en un reposo absoluto del aparato hasta tanto que haya recobrado su completa integridad anatómica y funcional.

APÉNDICE

Á LA LECCION VIGÉSIMAPRIMERA.



Sobre las hemorragias sintomáticas de los pólipos.—La hemorragia es indudablemente uno de los síntomas mas constantes de los pólipos, cualquiera que sea su naturaleza anatómica. El hecho de comprobarlas lo mismo en los pequeños pólipos resultantes de la hipertrofia de los folículos de Naboth, que en los grandes pólipos fibrosos, el ver que algunas veces se presentan hemorragias intensísimas, peligrosas para la vida de la paciente en casos de pólipos mucosos muy pequeños en los que apenas se pueden encontrar algunos vasitos, y por el contrario son insignificantes las que acompañan á grandes tumores poliposos, provistos de una extensa circulación, todo esto ha hecho discurrir á los prácticos acerca el origen que podría atribuirse á esta hemorragia.

La creencia general ha sido durante mucho tiempo, que la sangre procedía de la superficie del tumor, dando como prueba de esto la rápida supresion de aquellas pérdidas desde el momento en que se extirpa el tumor. Pero hoy vá creyéndose ya que no es esto solamente, sino que, sin desconocer que de la mucosa que tapiza el pólipo sale alguna sangre, la mayor parte, sin embargo, procede de la mucosa uterina, que se halla fuertemente congestionada y presenta en toda la zona de implantacion del pedículo una red capilar compacta que desprende sangre al mas lijero roce. Háse observado tambien que las hemorragias son mas abundantes mientras el pólipo permanece encerrado en la cavidad uterina, que cuando es rechazado á la vagina, y se ha visto tambien que en el primer caso es mayor la congestion que en el segundo.

Cuando se extirpa un pólipo por medio de la excision limpia con tijeras ó con el bisturí, aunque parece que la pérdida de sangre debería ser abundante, sin embargo cesa muy pronto, y solo cuando el pedículo tiene alguna arteria de calibre, vese subsistir y hacer necesaria la ligadura ó la cauterizacion.

Todo esto viene á confirmar la opinion que refiere á la mucosa uterina el principal origen de las hemorragias, y en apoyo de ella citan numerosos hechos todos los autores, en especial West, Huguier, etc. Pero lo mas notable es el caso consignado por Ch. Mauriac, con referencia al Dr. Laboulbene, en el que la hemorragia no procedia tampoco del útero. Se trataba de una verdadera pléyade de tumores fibrosos que, á partir de la matriz habian invadido toda la cavidad abdominal, prolongándose por arriba hasta el epigastrio y por los lados á los vacíos y fosas iliacas. La enferma pereció agotada por espantosas hemorragias, y al hacer la autopsia se encontró que no existia cavidad uterina, ésta habia desaparecido por completo, el orificio cervical se hallaba herméticamente cerrado, y el cuello sin cavidad. ¿De dónde, pues, procedia la sangre de las hemorragias? Cree el observador que procedia de los vasos de la superficie libre del cuello y de la vagina, cuya congestion representaba aquí la congestion de la mucosa uterina en los casos regulares (1).

Sobre la influencia de los pólipos en la fecundacion y el parto.—Créese generalmente que la presencia de un pólipo en el útero constituye una causa eficaz de esterilidad. Sin embargo, no puede admitirse esa asercion en absoluto, pues son numerosísimos los hechos que vemos consignados de coincidencia de un pólipo con la gestacion. A parte de estos, recordaré el notable caso de pólipo uterino que se me presentó complicando el parto y del que di cuenta en mi Tratado de Obstetricia (pág. 547), y otro que observé en los primeros años de mi práctica. Presentóse en la Clínica de Ginecopatía de la Facultad de Medicina de Barcelona, que estaba entonces á mi cargo, una mujer con un pólipo fibroso del tamaño de una pera mediana y que radicaba en la pared posterior de la cavidad cervical; el cuello estaba bastante dilatado, y la paciente dijo sufría frecuentes hemorragias. Alguna de estas se presentó estando ya en la clínica, y aunque no muy intensa lo era lo bastante para que tratásemos de librarla de aquella molestia. El vientre habíase abultado algo, pero la interesada no sospechaba estuviese embarazada.

Hice la ablacion del tumor con el extrangulador lineal, sin ninguna clase de contratiempo, saliendo á los pocos dias la mujer curada. Seis meses despues vino á verme llevando un robusto niño que habia nacido tres semanas antes, de modo que cuando se le practicó la extirpacion del tumor, se hallaba en el cuarto mes de su embarazo.

WERT.—*Leçons sur les maladies des femmes.*—Nota del Traductor, pág. 351.

Este hecho nos demuestra dos cosas; primera, que la presencia de un pólipo, aunque su situacion parezca le constituya en un obturador del cuello uterino, no es un obstáculo serio para la fecundacion; segunda, que en estas condiciones puede muy bien operarse un tumor sin provocar el aborto. Despues de este hecho, y de otros que he visto relatados por los autores, yo no titubearia en extirpar por extrangulacion los pólipos, aun estando seguro del estado de gestacion, y aun creo que es esto lo que debe hacerse para evitar complicaciones en el momento del parto. Efectivamente; un pólipo fijo en el cuello y ocupando la vagina, con unas dimensiones que podemos muy bien estimar en cinco ó seis centímetros de diámetro, cuando menos, no puede permanecer en la excavacion á la vez que la cabeza del feto, de modo que al ir á descender éste lo ha de empujar delante de sí; si las contracciones son entonces bastante enérgicas producirán el arrancamiento del pólipo y su expulsion por delante de la cabeza fetal, pero con la consiguiente lesion del tejido uterino: si las contracciones no fuesen bastante intensas nos veríamos obligados á cortar el pedículo. Ahora bien, para evitar cualquiera de esas complicaciones, será siempre lo mas racional excindir el pólipo en cuanto tengamos formado bien su diagnóstico, aun sabiendo positivamente que hay gestacion.

West, sin embargo, aconseja no tocar á estos tumores durante el parto ni el puerperio, por miedo á la hemorragia si se practica la excision, y á la absorcion pútrida si la ligadura. Ambos inconvenientes se evitan con la extrangulacion rápida, durante el parto. En cuanto á lo que debe hacerse en el puerperio, ya es distinto. A mí me parece que ya que no han servido de obstáculo para el parto pueden muy bien dejarse para no complicar con una nueva operacion los riesgos del período de involucion; pero como no creo que esta llegue á producir la atrofia y desaparicion del tumor, será menester mas tarde, y cuando esté del todo restablecida la enferma, practicar su extirpacion.

LECCION XXII.

AFECCIONES CANCROIDEAS.= EPITELIOMA DEL UTERO.=Forma vegetante (*fungus, colyflores*).=Forma corrosiva (*úlceras corrosivas*).=Anatomía patológica.=Diagnóstico.=Pronóstico.=Tratamiento.

Señores:

Vamos á entrar en el estudio de las enfermedades de la matriz que mas frecuentemente se presentan en la práctica y de una manera mas triste por sus resultados desgraciados. Los tumores malignos del útero constituyen el grupo de afecciones que con mas frecuencia tenemos que tratar; así, si se recurre á las estadísticas de los fallecidos en los hospitales, se aprecia que son debidas en gran número á estas causas las defunciones ocurridas, y en la práctica civil, sobre todo en las poblaciones populosas, se verá que figuran en una cifra muy elevada tambien las afecciones genéricamente llamadas cancroideas. Y en verdad que bien puede encerrarse dentro la misma idea lo que se denomina cáncer y las afecciones epiteliales de la matriz; ya que la diferencia que puede existir entre una y otras, como luego veremos en el curso de estas explicaciones, es mas bien histológica que clínica, supuesto que en el terreno clínico, si exceptuamos algunos casos raros, todos tienden á producir la infeccion del organismo, una caquexia por alteracion profunda de la sangre, y últimamente la muerte como fatal solucion de

estas desorganizaciones. Haya ó no haya verdadera abrasion de los elementos anatómicos, existe siempre mucha analogía entre el cáncer verdadero y el cancroide, sobre todo cuando se aproxima la terminacion.

Segun la doctrina que hoy dia prevalece, la distincion entre estas dos formas no es mas que cuestiones de detalles; en un caso se presentan células que podemos llamar células tipo del cáncer que son trasformaciones de las células epiteliales, en otros casos se encuentran tal como están en los tejidos normales, pero en número crecidísimo, que vienen á establecer una especie de hiperplasia patológica que no puede menos de terminar mal, por la manera como se vá apoderando de los tejidos sanos. Admitiendo la doctrina de Virchow, todos los elementos celulares no se encuentran mas que como diversas trasformaciones de las células protoplasmáticas, desarrolladas fuera de su lugar ó de tiempo; aquí las vemos trasformadas en lo que se llama epitelioma ó cancroide, por estar constituidas por células de epitelio nuclear.

Podremos estudiar dos diversas formas del epitelioma, sino fundamentales, por lo menos importantes respecto á la manera como se presentan. La primera forma que estudiaremos es la llamada por Clarke *excrecencias en colyflor*, por Lebert *tumores vivaces*, por Hooper *cephalomas polipoides*, etc., y son tumores que tienen su asiento en el tejido del útero, que están formados por elementos anatómicos epiteliales aglomerados al rededor de las papilas, que dan sangre con mucha facilidad y que acaban por producir la terminacion por consuncion y por anemia, sino por absorcion de los elementos histológicos, por pérdidas sanguíneas, sero-mucosas ó sero-purulentas.

La génesis de estas producciones, reasumiendo los datos prestados por los histólogos y en particular por los autores ingleses que se han ocupado especialmente de ellos, se refiere al principio á una simple hipertrofia papilar, segun indiqué sucedia en lo que llamamos *abrasion*, constituida por la hipertrofia de las papilas mucosas; que, repletas de células de epitelio, venian á formar en el cuello una especie de proeminencia, con una vascularidad excesivamente desarrollada, en términos de formar una zona que se puede

considerar como una circulacion suplementaria. El crecimiento siempre progresivo de esas papilas, acaba por producir una gran masa, con el aspecto de vegetacion frondosa, que ha comparado muy bien Clarke á la *colyflor*, por la manera como se agrupan las masas de papilas enfermas, reunidas por su base en unos como pedículos adherentes al tejido del cuello uterino. Esta es la primera etapa de las producciones epiteliales malignas, del epitelioma, sea cualquiera la forma que despues tomen. A la que voy á describir la llamaremos forma *proliferante* ó *vegetante*, que ha recibido muy propiamente el nombre de *colyflor* y está formada por porciones ó cotiledones apretados, constituyendo una masa que adhiere al útero por uno ó por varios pedículos, que vienen á representar un volúmen casi tan grande como el mismo cuello uterino. Cuando esa especie de hipertrofia papilar no desaparece bajo la influencia de un tratamiento oportuno, las papilas crecen y parece que se van llenando cada vez mas de elementos epiteliales, y se revisten de ellas exteriormente, como si no cupiera esa gran cantidad de células epiteliales en las cavidades de las papilas: de aquí que vengan á representar cada una de estas como una pequeña masa formada por la reunion de una gran cantidad de células epiteliales. Aun no pára aquí esta gran proliferacion celular, sino que se extiende tambien hácia los tejidos que forman su base, de lo cual resultan dos fenómenos algo distintos entre sí: las células epiteliales que se producen continuamente van invadiendo el cuerpo de la mucosa, y esta membrana viene á constituirse en una especie de tejido compacto, que es lo que se ha llamado base indurada del tumor, y se extiende mas ó menos, segun la fuerza de invasion y la disposicion que halla en el útero. Si antes de aparecer esta enfermedad ha precedido al tumor epitelial una inflamacion del cuello, la aglomeracion de células se hará mas intensa y rápida; si esta ha venido á recaer en una matriz sana habrá menos facilidad de proporcionar esos elementos y será mas lenta y por consiguiente menos intensa esa aglomeracion de células epiteliales. Esto por lo que respecta á la formacion de la base indurada, que entonces resulta constituida por el tejido propio del útero, impregnado de gran cantidad de los ele-

mentos de nueva formacion, de suerte que el tejido fibroconectivo aparece como comprimido y formando el armazon areolar que retiene los citados elementos. Esto por lo que hace á la constitucion histológica. Ya en otro orden de fenómenos llama la atencion la gran cantidad de vasos que cruzan por el sitio de emergencia de las papilas, especie de red de nueva formacion, que rodea con sus mallas los pedículos y les presta elementos nutritivos.

Como esas grandes masas epiteliales no están protegidas por una cápsula ó una cubierta que les sirva de contenido, de aquí que se desprendan fácilmente y que baste que se toquen con el dedo para que este arrastre algunas porciones. Los vasos á su vez están formados por una túnica delgada y dan sangre con mucha facilidad, aun sin estímulo ninguno, bastando que se les toque con una bola de algodón al limpiarlo, ó el acto del coito para producir una hemorragia.

No se encuentran al microscopio otra clase de elementos que los indicados. Estos van creciendo cada vez mas, las papilas se van ingurgitando de células que proliferan por segmentacion ó por gemmacion, se apoderan, al propio tiempo que crecen, del tejido antes sano, y al fin no se encuentra mas tejido fibroso que el que forma la base.

Aquí vemos ya una diferencia con el cáncer, en el cual existe siempre una gran cantidad de tejido fibroso, que viene á constituir la cápsula del tumor y el armazon persistente que contiene las células cancerosas. Tales son los caracteres histológicos que el estudio de la micrografia ha puesto de manifiesto en el epitelioma vegetante.

Pueden admitirse dos procesos en la manera de desarrollarse el epitelioma. En un caso la mucosa del cuello es el primer asiento de la proliferacion celular, cuyos elementos histológicos, acumulándose en toda la region enferma, constituyen una induracion uniforme, que dá al cuello el aspecto de la hipertrofia dura; la mucosa se halla fuertemente hiperemiada y las papilas algo aumentadas de volumen, pero sin formar aun proeminencia sobre la superficie del cuello. Mas tarde van hipertrofiándose y llenándose con las células nuevamente formadas, creciendo hasta formar las vegetaciones, que son el tipo anatómico de la variedad

que vamos estudiando. Esta debe ser la génesis del tumor cuando ha empezado por una induración del tejido mucoso y sub-mucoso, pero algunas veces empieza directamente por las papilas. Entonces la abrasión papilar constituye el primer carácter del tumor nuevamente desarrollado, y cuando se presentan los depósitos en el tejido mucoso que han de formar la base indurada, es después de desarrollada la vegetación papilar, que afecta desde un principio el aspecto de una masa desigual, de consistencia blanda, segmentada en diferentes secciones, algunas veces bastante separadas entre sí, de modo que parecen varios tumores, y no uno solo; dan sangre con mucha facilidad y desprenden un líquido sanioso, generalmente sin el olor del ícor canceroso, pero es muy abundante, ácre, escoria fuertemente la piel de los muslos, y alterna con las menorragias mientras el tumor no está muy desarrollado, y más adelante con repetidas metrorragias.

Los síntomas se estudian en dos grupos: locales y generales ó referibles á la alteración de la menstruación y á que el organismo en general se resiente de la presencia de estas neoformaciones. Sin embargo, puede una mujer llevar una de esas vegetaciones durante mucho tiempo, sin que sienta nada de particular, porque tienen el carácter de ser indolentes; así es que se ha visto ir á buscar otra cosa en el aparato generador y encontrarse con una de esas producciones en estado ya muy adelantado.

Cuando exploramos por medio del tacto una mujer afectada de epiteloma, generalmente se encuentra fácil la entrada del dedo explorador, sin coartación ni induraciones en la vagina. Una vez llegado al fondo de ésta, en vez de reconocer el cuello del útero sano, se encuentra una sustancia pulposa que ocupa la parte superior de la vagina, y que permite la introducción del dedo franqueando sus lados, y detrás de ella el cuello del útero más voluminoso, abierto el orificio externo, duro y resistente, sobre todo en el punto de implantación del tumor. El pedículo de este varía en grosor; algunas veces es delgado, otras parece continuación del cuello y es tan grueso como éste, otras, en fin, parece llenar y obstruir toda la cavidad cervical. El útero suele conservar su movilidad, aunque esté algo más abulta-

do. Ampliando la exploracion con el espéculum, encontramos que este no puede llegar al cuello, pues tropieza con la masa del tumor, que de ordinario no puede encajar en la abertura superior del instrumento. Esto no impide que se pueda observar su superficie desigual, como amamelonada, de color rojo abigarrado, con depresiones y desigualdades, muy vascular, y que al contacto del espéculum, no solo deja desprender inmediatamente sangre, sino tambien pequeñas porciones de su sustancia sólida, que aprovechamos para sujetar luego á la observacion microscópica, con lo que apreciamos los caractéres histológicos de las masas de formacion epitelial. Todo esto sin causar á la enferma dolor alguno, ni excitar movimientos de parte de la matriz.

Los gánglios superficiales y profundos no están ingurgitados: parece que la lesion esté limitada al cuello y en algunos casos hasta parece que le encontramos limitada á una pequeña porcion de él: la porcion última, la mas alta cerca del cuerpo se encuentra libre de este infarto.

A esto podemos decir que se reducen los síntomas locales, puesto que los de compresion sobre los órganos inmediatos raras veces llegan á comprobarse, como no sea muy grande el tumor.

Entre los funcionales ocupan el primer lugar los desórdenes menstruales. La menstruacion de ordinario empieza por tomar los caractéres de menorrhagia, cada vez mas acentuada. Sin embargo, en algunas ocasiones no es este el primer síntoma, y he visto en algunos casos epitelomas vegetantes, en que no estaba alterada la menstruacion, pero habia una gran leucorrea de aspecto mas bien seroso ó aguanoso que icoroso. Esto hace que no se le dé importancia por la enferma, no siendo bastante para llamar su atencion. Con ó sin menorrhagia, esta clase de leucorrea no deja de presentarse en cuanto las vejetaciones empiezan á ser algo crecidas: generalmente se cree que procede de las papilas mucosas, pero indudablemente sale de la misma superficie del tumor, constituyendo un verdadero exudado, con los caractéres propios del tejido de que procede. Para poderlo examinar bien, se limpia la superficie del tumor por medio de un chorro de agua fria, sin comprimir con el espéculum para evitar la salida de sangre; al poco rato está

ya húmeda toda la superficie enferma, y entonces se recoje ese líquido para analizarlo. Al microscopio presenta los elementos constitutivos del epiteloma nadando en gran cantidad de agua; por la análisis química dá reaccion alcalina, y descubre materia orgánica y algunas sales. Ese período, que podemos llamar tranquilo, puede durar mucho tiempo, y si, como generalmente sucede, no hay dolores, la mujer sigue ocupándose en sus obligaciones y se ven algunas que lo llevan durante muchos meses, hasta que se produce una de dos cosas; ó bien la nueva formacion invade el tejido uterino tomando los caractéres de una verdadera afeccion cancroidea, en cuyo caso los síntomas propios del cáncer uterino llenan el cuadro, ó bien las hemorragias van siendo mas intensas y llegan á producir una anemia mortal, ya aguda (hemorragia fulminante), ya lenta y crónica.

A todo esto la enferma no siente dolores, cree alterada su salud porque existe aquel flujo de sangre y agua sucia, si así se puede llamar, y porque alguna que otra vez hay desórdenes en la digestion; pero como por otra parte no hay los dolores fuertes y lancinantes propios del cáncer y ninguno de los que constituyen el cuadro propio de las afecciones cancerosas, supone lijera su dolencia. Pero viene un tiempo en que esto no sucede: empiezan á desprenderse grandes porciones del tumor, y ya no solo hay leucorrea serosa, sino la salida de un líquido sanioso, denso y abundante, que arrastra casi siempre porciones orgánicas, y entonces se puede decir que empieza el período de resolucion fatal: empieza el estado anémico, la nutricion es incompleta ó nula, se presentan edemas en las extremidades inferiores y en las superiores, derrames peritoneales bastante marcados, acabando por morir por resolucion bajo los caractéres de una gran hidrohemia. En otras ocasiones fallece bajo la accion de una metrorragia interna que parte, no solo de la superficie del tumor, sino que se verifica tambien por la mucosa uterina, y es sabido que tales hemorragias son mucho mas terribles y rápidamente mortales.

El diagnóstico de esta enfermedad no es difícil cuando se puede reconocer bien la matriz. Diagnosticar una produccion epitelial es entonces una de esas cosas casi rudimentarias: un objeto que se toca, que se vé, que se puede

apreciar perfectamente en todos sus detalles, no cabe confundirlo con otro. Alguna vez, sin embargo, se puede confundir con un pólipo fibroso, pero esto seria solamente cuando la superficie del epitelioma fuese muy lisa y uniforme, lo cual es raro, y aun así la facilidad con que sangra descubriria su naturaleza. No se podrá confundir con un pólipo mucoso, aun cuando fuese muy pequeña la *colly-flor*, puesto que el pólipo mucoso presenta un color sonrosado particular, no está amamelonado, ni forma diferentes prolongaciones sino que es liso y al tocarlo con los dedos ofrece los caractéres de una membrana mucosa, que no se estruja, ni se despachurra, y más, que á un tejido heterojéneo y granuloso como el epitelioma, se parece á una porcion de grasa concreta: examinada al microscopio, finalmente, dá los caractéres propios de su constitucion histológica, muy distintos en cada uno de estos tumores. Para hacer la exploracion microscópica se puede sacar una pequeña porcion con el saca-bocados de Mitdeldorff, con el cual se obtiene una porcion suficiente para el objetivo del instrumento, y para ver bien todos sus caractéres.

Con lo que se puede confundir mas fácilmente el epitelioma es con el cáncer verdadero, supuesto que el cáncer encefaloides, en el cual la sustancia medular predomina sobre el estroma, aparece algunas veces en forma de vegetaciones. Pero la distincion entre ambas unidades morbosas es de poco interés, y yo me inclino á creer que tal vez no haya mas diferencia entre el cáncer medular vegetante, y el papilar ó epitelioma que vamos estudiando, que los elementos celulares del primero corresponden á una época mas adelantada de desarrollo, del cual representa el principio el epitelioma papilar. Esto, sin embargo, es una simple hipótesis. De todos modos sucede que ambos son refractarios al tratamiento, ambos se reproducen mas ó menos tarde, aunque siempre mas pronto el encefaloides.

Hay, sin embargo, algunas diferencias clínicas entre ellos, siendo la primera el *dolor*. El cáncer empieza por ser duro, el epitelioma desde un principio es blando y dá mucha serosidad, no presentando esos dos períodos de dureza y reblandecimiento: en cuanto á los dolores, repito que poquisimas veces hay dolores en estas producciones: así como

vemos algunas veces cánceres que no van acompañados del dolor lancinante característico, vemos también alguna vez epitelomas dolorosos, pero la ley general es que no existan estos fenómenos puramente subjetivos. Una distinción muy notable encontramos en la forma, que pocas veces es pediculada en el cáncer, y siempre en el epitelioma; además de esto vemos que en el cáncer hay infartos ganglionares que al principio son puramente linfáticos, mas después son de sustancia cancerosa, lo cual supone una imbibición de sustancia celular de parte de los tejidos circunyacentes. Por esta misma razón la matriz parece que se encuentre más dura, infiltrada de una materia que no le es propia, se halla asimismo inmóvil, elevada en su sitio porque la infiltración llega hasta los ligamentos anchos. Pues bien, todo esto no sucede en el epitelioma, que aparece siempre muy localizado.

El cáncer es enfermedad eminentemente invasora; vá como tomando terreno sobre la totalidad de los órganos útero-ováricos, que son poco á poco destruidos hasta desaparecer dejando una como cloaca donde se van á coleccionar todos los productos. El epitelioma nunca llega á esto; la destrucción, cuando se realiza, suele limitarse al cuello, casi nunca llega á invadir el territorio superior, y si viene la muerte no es por caquexia infecciosa, sino por la anemia que ocasionaron las hemorragias repetidas. Es verdad que todavía se discute si hay ó no absorción de los elementos morbosos en el epitelioma, pero hasta el presente no se ha comprobado.

El pronóstico es muy grave: nos encontramos ya de lleno en las formas malignas, y se puede decir casi siempre que el tumor en cuestión terminará por la muerte. La edad en que se desarrollan estas enfermedades es de los treinta á los treinta y cinco años; entonces es cuando empiezan á manifestarse, siendo la época en que el orgasmo útero-ovárico se encuentra en el máximo de su desarrollo y próximo ya á descender. Los síntomas son al principio apenas perceptibles; hasta la vuelta de algunos meses no se resienten con energía, empezando por menorragias que se convierten en metrorragias, de manera que los mismos resultados de la actividad orgánica se convierten en una

causa de destruccion mas rápida, puesto que acaban por producir un estado anémico, dificultad en las funciones digestivas y poco á poco la caquexia y la muerte. Por lo tanto se debe pronosticar mal en cuanto se formalizan las pérdidas sanguíneas, aunque no siempre con la seguridad que en el cáncer. En este último caso casi podemos vaticinar la época de la muerte, pues tiene sus períodos mas fijos y fatales pudiendo augurar ese término fatal de los ocho á los quince meses, que es su duracion regular, con algo mas en la forma dura, pues tarda algo á reblandecerse y hasta que se reblandece no llega á producir la infeccion; pero tambien podemos decir cuando viene el reblandecimiento que la mujer perece bajo la influencia del estado caquético.

Podemos alijerar algo el pronóstico del epitelioma, cuando por su disposicion es posible extirparlo, como sucede en la variedad vegetante, llevándonos con aquel la porcion dura del cuello que forma su base de implantacion, pues aunque no siempre se evita la recidiva, por lo menos se retarda mucho el desenlace fatal.

El tratamiento se debe considerar esencialmente quirúrgico. Verdad es que se han empleado toda clase de medicamentos locales astringentes, alterantes, resolutivos, pero no tienen influencia eficaz sobre la naturaleza del tumor, y solo podemos admitirlos como medicacion sintomática para cohibir las hemorragias, y para hacer menos pertinaz la leucorrea, pero nunca debe esperarse de estos medios la verdadera curacion. Los mercuriales, los yodurados, que tanto han ilusionado á algunos, no pueden jamás producir un cambio en las condiciones histológicas del tumor, ni siquiera facilitan su regresion grasienta; ningun medicamento conocemos del cual pueda esperarse ese efecto, no podemos por lo tanto ver bajo la influencia de aquellos agentes mas que la continua reproduccion de esos elementos y la imbibicion cada dia mas persistente y una marcha fatal hácia la destruccion.

Pero ya que no podemos conseguir esas resoluciones por los medios farmacológicos, quizas en la mayoría de casos se llegue á alcanzar la curacion por los quirúrgicos,

librando al útero de la presencia del tumor por medio de una extirpacion completa.

El resultado mas ó menos completo que de esto resulta para la paciente, depende de varias condiciones individuales variables, pero de dos principalmente relativas á la ocasion y manera de hacer la extirpacion. Estas son: 1.^a Que al hacerla esté el tumor en su período de crecimiento, y ya no en el de resolucion y destruccion por las pérdidas sanguíneas sufridas; 2.^a Que se destruya no solo el tumor, sino tambien la porcion del cuello uterino indurado que le sirve de base, de modo que se corte sobre los tejidos sanos.

Esto se consigue por medio de la cauterizacion y la excision, mejor con las dos operaciones combinadas que con cada una de ellas aisladamente. Y esto se comprende fácilmente.

El tejido morbosos está en contacto con el tejido sano, siendo difícil determinar el límite entre ambos. Si con el bisturí cortamos donde nos parece que termina la neoforacion, corremos el riesgo de dejar impregnado de elementos morbosos lo que resta, y por lo tanto con notable aptitud para una rápida reproduccion. Pero si despues de excindido cauterizamos profundamente la herida, aunque parezca que obramos sobre tejidos sanos, tenemos mas seguridad de haber destruido todas las porciones mas ó menos alteradas.

Para llegar á este resultado podemos proceder de dos maneras distintas. Primero por un procedimiento que llamaré clásico: se excinde el cuello del útero con el bisturí comun ó con el hysterotomo todo lo mas cerca posible de la insercion vaginal, y por de contado mas allá de la base indurada; acto seguido se cauteriza con el hierro candente, ó bien con el termo-cauterio de Pacquelin. De esta manera se cohibe rápida y seguramente la hemorragia que nunca falta despues de la excision, y se destruyen los tejidos enfermos. El segundo procedimiento tiene por objeto obtener con una sola operacion la excision y la hemostasis, lo cual se obtiene aplicando el hilo galvano-cáustico. Indudablemente este modo de operar es rápido y seguro, bajo el punto de vista de la hemorragia, pero tiene dos inconvenientes; uno debido á la complicacion y dificultad del ma-

nejo del instrumento, y otro á que siendo muy delgada la escara que produce la electricidad, no destruye bastante porcion de tejidos. Se ha usado tambien el estrangulador sencillo, pero este tiene una dificultad grande, y es que se resbala, se desliza el asa del pedículo del tumor y es posible que quede una gran porcion de tejido morbosos íntegro; ó al revés, si corre mucho hácia arriba, coje los fondos de saco vaginales, y puede producir lo que tantas veces ha sucedido á algunos prácticos, esto es, una dislaceracion que establece una comunicacion traumática entre la vagina y la cavidad abdominal, causa segura casi siempre de peritonitis mortales. Optaremos, pues, por el primer método, que produce muy buenos resultados y mayores garantías de eficacia.

Despues de practicada la extirpacion es necesario vigilar la caida de la escara, y estar dispuesto á destruir otra vez con el cauterio las vegetaciones que se presentasen de carácter sospechoso.

La reproduccion de estos tumores mas ó menos tiempo despues de la operacion es un hecho frecuente, hijo de la índole propia de las producciones epiteliales. No es, empero, tan constante como en los cánceres verdaderos. Este resultado feliz es tanto mas probable cuanto mas pronto se haga la extirpacion; y yo os aconsejo que, ante esas producciones de forma pediculada, algo grandes, no espereis nunca á última hora, y que las extirpeis antes de que se extienda la induracion del cuello que les sirve de base.

Epitelioma corrosivo.—Al empezar esta leccion dije que se podian admitir dos formas de epitelioma, *vegetante* y *corrosiva*; en uno y otro caso se trata de la proliferacion de una gran cantidad de esos elementos, que no son esencialmente morbosos, pues que existen normalmente en la economía, pero que aquí se producen de una manera anómala como cantidad y como sitio, acabando por invadir todo el tejido. En unos casos forma su núcleo el tejido papilar y se originan entonces esas grandes vegetaciones de que acabo de hablar, por lo cual se les ha llamado con mucha razon epitelioma papilar; pero en otros casos, como ya indicaba antes, parece que se van insinuando y proliferando en la masa pro-

pia del mismo tejido del cuello, y como este se halla formado por tejido fibroso y muscular, resulta de ello una textura compacta. Entonces, en vez de encontrar células de epitelio solo en la superficie mucosa, se las vé también entre las mallas del tejido conectivo, á las que poco á poco van sustituyendo, formando un tejido al parecer heterojéneo y disgregado, aunque con cierta dureza, que acaba por constituir la forma corrosiva del epitelioma del cuello uterino. Este, que constituye una verdadera heterotopia celular, va invadiendo los tejidos subyacentes; de consiguiente el tejido muscular y sobre todo el tejido conectivo; uno y otro van siendo sustituidos por el epitelial en toda la extensión del cuello, y como estos tejidos crecen y los elementos nuevamente formados resultan disgregados y fácilmente separables unos de otros, de aquí que se vengán desprendiendo, arrastrados por una gran secreción mucosa ó seromucosa, y también á su tiempo por las hemorragias que suelen acompañarlas. Así se desarrollan entonces dos procesos opuestos; una gran *proliferación* de los elementos epiteliales, y una *eliminación* de los mismos elementos, lo cual no viene á ser más que el proceso mismo de la ulceración, *proliferación* y hasta *luxuriación*, con destrucción molecular luego y *eliminación* de ellos.

Sin embargo, esto no pasa de la misma manera en las ulceraciones simples que en las especies malignas. Cuando se trata de ulceraciones simples, viene un momento en que se desequilibran ambos movimientos, y se forma una capa sana que se cubre de epitelio ó de epidermis, por esto la ulceración simple es un proceso que camina á la reorganización aun en los casos en que ha precedido destrucción gangrenosa, siendo la escara entonces la porción eliminada, y el fondo de esta una superficie inflamada, y este es el primer paso para la eliminación del tejido enfermo que reside en el tejido conectivo. Pero en las formaciones morbosas corrosivas es ya distinto; la eliminación no lleva á la reorganización, sino muy al contrario, conduce á la destrucción completa, porque en los elementos epiteliales nuevamente formados no hay cohesión, y llega un momento en que se acumulan, siendo arrastrados por cualquier corriente que allí se establezca; y aquí la corriente que se

establece es por la serosidad ó por la sangre. Tal es la génesis que podemos admitir para estas producciones.

Esta marcha destructora no es rápida, como en el cáncer reblandecido: á veces llegamos á dudar si existe, á la vista de lo poquísimo que en mucho tiempo progresa la corrosión, llegando á verse casi completamente suspensa, pero sin cicatrización, porque falta la reorganización molecular. Lo que entonces sucede es una suspensión del proceso disgregativo, lo cual se sostiene hasta tanto que se empuja otra vez aquel movimiento, y capa por capa van corroyéndose los tejidos hasta llegar á una destrucción completa del cuello, afectando en último término los fondos de saco vaginales, al través de los cuales se establece una comunicación con la cavidad abdominal, que es la aproximación á la muerte.

El aspecto de la porción enferma es el de una pérdida de sustancia mas ó menos extensa, según el tiempo que lleva de existencia la enfermedad. Por lo común se limita al cuello, pero alguna vez no dejan de verse afectados los tejidos inmediatos sobre todo la parte superior de la vagina. Dicha solución de continuidad se presenta irregular con anfractuosidades y senos con proeminencias de dureza desigual, y de color grisáceo, á veces como manchadas de negro, otras veces de un color abigarrado azul y blanco mezclado. Viene á parecerse mucho á la carne cocida cuando empieza á entrar en descomposición, en que se manifiesta la desigualdad de consistencia y color, pudiendo llegar la dureza á afectar la del tejido cartilaginosa, ó mejor aun de este mezclado con muchas granulaciones. Se desprenden con facilidad porciones del mismo que crepitan entre los dedos sin aplastarse. Examinando detenidamente el fondo de la lesión, se ven vasos que, como están poco protegidos, sangran con mucha facilidad: esto explica las grandes hemorragias que constantemente acompañan al epiteloma.

Sujeto al microscopio, pueden reconocerse en el tejido enfermo los caracteres del tejido conectivo infiltrado de numerosas células epiteliales, en forma de grandes series aparentemente unidas entre sí.

La exploración mas detenida no descubre células cancerosas verdaderas, esas células grandes multi-nucleares y

de diversas formas que constituyen el carácter histológico del cáncer. Y es preciso fijarse en esto, porque responde á otro carácter patológico, la falta de infiltraciones heterogéneas en los tejidos vecinos y en los gánglios, lo cual formaliza la verdadera distincion histológica y clinica entre el epitelioma y el cáncer.

La marcha del epitelioma es, además de lenta, muy pasiva, excitando muy pocas sinergias en los órganos y en las funciones: el mismo útero puede llevar durante mucho tiempo una produccion de esta índole, sin dar muestras de padecimiento, hasta que progresando ya la corrosion y afectando á los vasos, aparecen las hemorragias, como primer síntoma positivo. Ya desde este momento adelanta terreno, el tejido entonces va destruyéndose cada dia mas y puede llegar hasta el cuerpo de la matriz, estableciendo comunicaciones con el recto ó con la vejiga hasta producir nna verdadera cloaca que ocupa toda la excavacion. Esta destruccion, sin embargo, no es frecuente, siendo lo comun ver la lesion limitada á uno de los lábios por el que empezó, más comunmente el posterior, y no adelantar ni pasar de este punto en mucho tiempo, llegando á verse sucumbir la enferma mucho antes de que la destruccion de los tejidos uterinos pudiera explicar tal terminacion. Por lo regular esta es entonces producida por las hemorragias, que pueden ser intensas hasta causar la anemia. Al fin de la enfermedad presenta la paciente un aspecto caquético, pero no producido por absorciones morbosas como en el cáncer, sino mas bien por la hidrohemia resultante de las pérdidas sanguíneas y las alteraciones de la nutricion.

La leucorrea contribuye no poco á este resultado. El flujo leucorréico presenta los mismos caractéres que en la forma vegetante; algunas veces inodora, es mas comunmente fétida y abundante, llamando siempre la atencion de la enferma por lo pertinaz que se muestra, lo poco eficaz de los medios empleados para cohibirla, y la debilidad que lé ocasiona. En algunas ocasiones, sin embargo, no existe ó es muy poca, y la primera nocion de la enfermedad la obtenemos por la exploracion directa, cuando nada se habia sospechado, porque como no existen aquí dolores, si no hay tampoco leucorrea abundante, no se practica el reconoci-

miento como alguna circunstancia fortuita no nos decida á ello. Mas tarde ya es distinto, y como hay fuertes hemorragias, la exploracion directa se hace necesaria, y viene á formarse bien el diagnóstico.

El estado general de la enferma se resiente entonces de la alteración local, en parte por las pérdidas hemorrágicas y en parte tambien por un estado de depresion moral debido á una especie de presentimiento que experimenta y que trascendiendo sobre todo á las funciones digestivas, hace imposible la nutricion completa. Estas tres cosas juntas pues, á saber, las pérdidas sanguíneas, los flujos leucorréicos y la nutricion incompleta, son las que dan nacimiento al estado anémico, que se refleja en la *facies* especial de la enferma, la cual poco á poco decae hasta la completa consuncion. Es posible, empero, que la muerte venga, no por este camino, sino rápida é inesperada mucho antes de afectarse hondamente la economía. Esto sucede por hemorragia y anemia aguda.

Citaré á este propósito un caso de mi práctica particular y bastante reciente que confirma la posibilidad de tales accidentes. Empezó la enfermedad por menorragias, á las que no dió importancia alguna el médico que la asistia, hasta que una muy intensa y duradera hizo que fuese yo llamado, encontrándome con una enferma anémica hasta un grado máximo, pero sin síntoma ninguno subjetivo que pudiese referirse á afeccion uterina. Cuando, repuesta de aquella primera impresion, y contenida la hemorragia, pude reconocer la matriz, ví un epitelioma marcadamente tal, pero sin gran pérdida de sustancia ni reblandecimientos. Un tratamiento oportuno restableció el estado general, y durante muchos meses no hubo hemorragias, la menstruacion era regular como cantidad y como periodicidad, no sentia dolores ni incomodidades, la leucorrea inodora y poco abundante, se parecia mas bien á la de la endometritis; en una palabra, llegó á presentar un aspecto tan satisfactorio, que á no tener á la vista la neoplasia, hubiésemos creido curada del todo á la enferma. El epitelioma estacionado no ofrecia nada de notable.

De pronto, cuando menos se esperaba, y sin mediar causa ninguna que explicara el hecho, apareció una mens-

truacion abundantísima que hubo necesidad de cohibir; repitióse la metrorragia á los dos dias, y por tercera vez al dia siguiente, á pesar de haber hecho la cauterizacion y el taponamiento. Se estableció una anemia aguda, empezaron rápidamente los edemas, de estos una completa anasarca, y falleció la enferma con síntomas de derrame seroso cerebral á los ocho dias del primer accidente.

Estos hechos, sin embargo, no son frecuentes, y la muerte suele venir despues de grandes destrucciones que convierten en una como cueva toda la porcion que corresponde al cuello uterino y fondo de la vagina.

El *diagnóstico* del epitelioma corrosivo no es difícil en absoluto: puedo decir respecto á esto lo que dije respecto á la forma vegetante, esto es, que cuando se ha visto una ó dos veces, se forma de ella una idea bastante exacta para no confundirla ya con otras. Únicamente en ciertos casos podrá tomarse por una úlcera venérea ó sifilítica. Sin embargo, los caracteres generales y diatésicos que nunca dejan de acompañar á estas, bastan para reconocerlas bien y separar la dureza del cuello en el epitelioma de la base indurada del chancro: únicamente cuando este sea fagedénico tendrá esa tendencia á crecer y extenderse á espensas de los tejidos subyacentes, mas esto lo hace rápidamente y en poco tiempo, no con esa lentitud con que en el epitelioma desaparecen molécula tras molécula todos los tejidos afectados, con suspensiones y retardos que tanto lo hacen durar. Se distinguirá de la úlcera simple, en que si se examina al microscopio se pueden encontrar elementos epiteliales y granulaciones elementales, pero nunca se encuentra el epitelium nuclear aglomerado y abundante, como sucede en el caso de que nos estamos ocupando. Puede confundirse con el cáncer, sobre todo con el cáncer encefaloideo ulcerado. Ambas afecciones son similares, pero la distincion no es difícil: el cáncer es doloroso, lo cual apenas nunca sucede en el epitelioma; la induracion en el primero es tan extensa que á veces comprende toda la matriz, en el segundo es muy limitada al cuello; cuando se reblandece y forma la úlcera cancerosa, está llena de vegetaciones que le dan un aspecto sumamente desigual; al propio tiempo todo el cue-

llo está como infartado, hay infinidad de mamelones y desigualdades y el resto está endurecido por esa impregnacion; hay un cambio de volumen y de forma, presentándose como abiertos los labios; todo esto no sucede en el epitelioma, que solo presenta anfractuosa la pérdida de sustancia. Además de esto, los elementos cancerosos nunca se limitan á la parte externa; así es que se infiltran todos los gánglios próximos y aun los distantes, y tambien la vagina, de suerte que cuando se encuentran en ese estado de reblandecimiento, está como aplanada y pegada dentro de la excavacion con engrosamiento de sus paredes. Esto no sucede en la forma epitelial; cuando va siendo mas grande, aunque llegue á destruir el fondo de la vagina, nunca se encuentra aquella infiltracion. Se ha dicho tambien que la sensibilidad era distinta; la úlcera epitelial se puede tocar sin que se note nada de particular, al paso que es doloroso tocar, aunque sea suavemente, el cáncer, y á veces responde con un dolor sumamente agudo que han comparado á si se perforara con un instrumento ardiendo. En oposicion á esto, es comun ver que el epitelioma llega á sus últimos períodos y la enferma á la muerte, sin haber experimentado apenas dolores.

Finalmente, el cáncer termina casi siempre por la absorcion de los elementos patológicos que invaden la economía, alteran las funciones de nutricion, y establecen esa caquexia cancerosa tan conocida de los prácticos. Nada de esto sucede en el epitelioma, ó por lo menos no está probado; y el estado de enfriamiento general que observamos en los últimos períodos debe referirse, no á la generalizacion de sus elementos histológicos, sino mas bien á la anemia resultante de las hemorragias.

El *pronóstico* debe hacerse sumamente grave, mayormente cuando el tratamiento se ha establecido ya tarde, y se hace por lo mismo ineficaz. Sin embargo, puede sostenerse mucho tiempo la confianza y dilatar el término fatal, porque como se trata de una afeccion de marcha lenta y que tarda en afectar la economía, de aquí que no se pronostique regularmente para corto plazo la muerte. Algo puede esperarse tambien de la destruccion del epitelioma bien

hecha con el hierro y el fuego, porque si bien es cierto que por lo regular se reproduce despues de destruido, sin embargo, se alarga mucho la vida, y aun puede suceder que termine esta por otra causa antes de que aquella reproduccion haya sobrevenido.

El *tratamiento* debe considerarse como sintomático y paliativo y como curativo y radical. El primero consiste en la aplicacion de los hemostáticos, entre los cuales debemos colocar en primera línea el percloruro de hierro y aquellos otros medios que pueden retardar el movimiento de disgregacion, figurando entre estos principalmente el yodo. Es cierto que esta sustancia no cura el epitelioma, ni destruye completamente la neoplasia, pero la experiencia me ha convencido de que bajo su influencia la eliminacion es menor, hecho que se descubre en seguida por la disminucion de la leucorrea. Por esto, cuando me encuentro con epiteliomas corrosivos que no puedo ya extirpar, los trato combinando los toques con el percloruro de hierro y la tintura de yodo, lo cual me dá buenos resultados.

Cuando sorprendemos al epitelioma en su principio, siendo pequeña aun la pérdida de sustancia y poca la induracion, es cuando puede intentarse el tratamiento radical. Para esto basta en algunos casos la cauterizacion actual, destruyendo con el hierro candente no solo la parte ulcerada, sino tambien la induracion que lé sirve de base. Cuando ésta es muy éxtensa, es preferible empezar por la excision, amputando toda la porcion de cuello enfermo y cauterizando luego profundamente la herida resultante. Para la excision podemos usar el bisturí, el histerotomo ó el asa galvanocáustica, procurando siempre cortar por encima de la induracion. Despues se hacen las convenientes cauterizaciones, repitiéndolas cada vez que se cae la escara, hasta tanto que resulta una superficie bien encarnada, sana y con tendencia á la cicatrizacion completa.

Una cuestion clínica surge aquí, y con ella concluyo esta leccion. ¿Es conveniente, es razonable amputar el cuello uterino afectado de epitelioma? Es prudente la cauterizacion?

Estas preguntas no pueden contestarse de una manera

categorica, porque hay un sin número de condiciones individuales que influirán en la conducta del práctico y por lo tanto modificarán el criterio á que se conformen aquellas contestaciones. Cabe, sin embargo, sentar algunos principios generales. La amputacion la contraindican todos aquellos estados generales y patológicos de la paciente, que, colocándola en una posicion endeble, hagan imposibles las reacciones naturales, é inútil el esfuerzo del organismo para reponer las pérdidas sufridas. Las afecciones crónicas pues, la anemia, las perturbaciones del aparato digestivo, etc., serán otras tantas contraindicaciones. Localmente se hallará en el mismo caso, una ulceracion muy adelantada, y la imposibilidad de limitar la induracion dentro la porcion libre del cuello.

En cuanto á la cauterizacion no presenta tales obstáculos, puesto que puede hacerse siempre, y aun acudimos á ella muchas veces como hemostático, cuando fracasan los medios empleados ordinariamente. Se ha dicho, y no sin razon, que el cauterizar los epiteliomas dá fuerza á esta neoplasia, que prolifera entonces con mayor actividad. Esto es cierto, y muchas veces he visto su crecimiento provocado por la inflamacion que sucede á la aplicacion del cauterio. Para evitarlo es preciso rebasar el tejido enfermo, de modo que la escara comprenda parte de los tejidos sanos subyacentes; entonces la hiperplasia flogística recae sobre el tejido conectivo sano, y produce la cicatrizacion. Para esto se hacen repetidas cauterizaciones, y por este motivo lo dicho, que, cuando es grande el epitelioma conviene empezar cortando con el hierro, á fin de que luego sea menos extensa la parte que tiene que cauterizarse y pueda conseguirse una buena cicatriz.

Esto se entiende, por supuesto, cuando se emprende el tratamiento radical, pues la cauterizacion, como hemostática puede ser menos profunda, bastando para su objeto, que produzca una escara de poco espesor á espensas de los mismos tejidos morbosos.

Cuando la enfermedad se reproduce despues de la excision y cauterizacion debe serse ya mas parco en las cauterizaciones, porque queda poco espacio en el que poder obrar.

En esta enfermedad, como en general en todos los tu-

mores, no puede prescindirse de establecer un tratamiento general dirigido á reconstituir el organismo, siempre amenazado de grandes pérdidas, y continuamente resentido por la que producen la leucorrea y las metrorragias. El hierro, la quina, la alimentacion succulenta y una higiene rigurosa será, pues, la base del régimen á que deberán sujetarse estas enfermas.
