

Lección XXIX

Enfermedades del útero.—Metritis aguda.—Etiología, patogenia, diagnóstico, curso, pronóstico y tratamiento de sus formas y variedades.

Las afecciones uterinas han constituido durante una época el capítulo más importante por no decir el único de la Ginecología. En efecto: 20 años atrás, aún cuando se conocieran los tumores del ovario, se ignoraba mucho de lo que hoy sabemos acerca de las afecciones de los anexos y por tanto el ginecólogo quedaba reducido á estudiar la Patología uterina, tanto más cuanto que las lesiones del útero son en extremo frecuentes por acompañar á las de los anexos. Además, no había manera de explorar el peritoneo pelviano y así no es de extrañar que hombres tan eminentes como Lisfranc y Bennett, atribuyeran á enfermedades del útero los síntomas de las correspondientes á los anexos. No se conocían primero las enfermedades profundas, y después al descubrirse no se supo lo primordial, de aquí la preponderancia de la Patología uterina.

Después, al estudiar mejor las enfermedades de los anexos, se rebajó el valor de la Patología del útero, pero no se olvide que estas enfermedades exclusivas en tal ó cual sitio, si se describen en los libros no son frecuentes en la práctica, antes por el contrario, lo que abunda es su difusión. Así, cuando hay vulvo-vaginitis, hay por lo común, algo de metritis. Las infecciones no acostumbran á localizarse, pues su tendencia es invasora; y si p. ej.: existe un estado infectivo del útero, no quedarán indemnes los tejidos que le rodean. Todas estas razones han disminuido el interés de la Patología uterina, y hoy por hoy, sabemos á qué atenernos acerca de ella. Si consideramos que la de los anexos tiene más importancia, pero que la del útero la posee inmensa para lo que llamamos *Pequeña Ginecología*, continuaremos dándole cierto valor, pues las mencionadas enfermedades aunque no sean de mucha gravedad no carecen de significación.

Por lo dicho se comprende la divergencia de criterio entre los autores; unos han concedido toda la importancia á los fenómenos infectivos otros á los estáticos. Hubo una época en que no se hablaba más que de desviaciones del útero, en otra no se citaba sino el *infarto* de aquel órgano. Esto indica el modo de imbricarse unas lesiones con otras. Por nuestra parte no nos separaremos del método establecido: infecciones del útero sano, deformidades congénitas y adquiridas y neoplasias. Haremos preceder el estudio de las infecciones al de las deformidades congénitas, para no separar materias muy afines y facilitar así el estudio.

No hay acuerdo todavía acerca de las infecciones del útero, tocante al modo

de estudiarlas. Unos toman como base de clasificación, la etiológica, otros las alteraciones anatómicas y no falta quien acepte las terminaciones. No les falta razón á los primeros, pues buscando el origen de la infección puede combatirse ésta con más facilidad y además porque las metritis tienen un curso diferente según la causa que las produce. Los que se fundan en la Anatomía Patológica alegan la variabilidad de los síntomas según las lesiones y su localización. En cuanto á los que toman por base la alteración que dejan estas infecciones, persiguen un fin más utilitario, pues todas las metritis acaban por desarrollar un cuadro parecido, diferenciándose sólo en los fenómenos consecutivos. Todos los métodos son buenos pero hemos de decidirnos por uno ú otro.

No podemos pasar por alto lo que se refiere á la agudez de la metritis y así estudiaremos esta enfermedad cuando tiene carácter agudo, significando con esto un periodo de la misma. Tendremos luego la metritis crónica, con lo cual adoptamos una clasificación práctica, dividiéndola en tres grupos principales relacionados con el cuadro clínico y las lesiones anatómicas: metritis parenquimatosas ó intersticiales y endometritis ó metritis mucosas subdivididas á su vez en endometritis del cuerpo y del cuello. En estos grupos podemos incluir todas las alteraciones y variedades que la metritis puede ofrecer.

Estudiaremos primero la metritis aguda y subaguda que consisten en la infección del útero ó invasión del órgano por microbios más ó menos patógenos. Todas las condiciones necesarias para la infección ó que pueden modificarla, han de tenerse en cuenta. El agente patógeno puede ser vulgar como el *streptococcus*, el *staphilococcus*, el *bacterium coli*, que se encuentran en el aparato genital: pueden invadir el útero y ocasionar la infección. Otras veces el agente es específico y más ó menos virulento como el micrococo de Neisser, que puede ascender al útero y determinar una metritis blenorragica, el bacilo tuberculoso que ocasionará la metritis del mismo nombre, etc... Las metritis infectivas obedecen pues á la presencia de ciertos microbios, que se desarrollarán en mayor ó menor grado según las condiciones de terreno que hallen.

La enfermedad de que tratamos es rara fuera del período sexual, pues no hay entonces condiciones que favorezcan la infección. Si aparece en la infancia, como el órgano tiene escaso desarrollo no alcanzará proporciones grandes; en cambio, durante la pubertad se presenta con más intensidad y al venir la menopausia desaparecen las circunstancias favorables para la propagación de estados infectivos, por lo que las metritis no se observan frecuentemente en este período, á menos que ya vengán sufriendose desde la época activa del aparato genital. Hay épocas en la vida de la mujer como las cercanías del período menstrual que parecen predisuestas para la infección y muchas veces es difícil distinguir una metritis aguda de una alteración menstrual, sobre todo cuando éstas son abundantes y dolorosas. Todo fenómeno que altere el modo de ser del aparato genital, como el coito, favorece el desarrollo de estas infecciones; muchas metritis blenorragicas aparecen en las recién casadas por este hecho, fenómeno que

no se observa en los coitos clandestinos, donde no obra la repetición del hecho que crea condiciones de terreno abonadas. Los mismos cambios atmosféricos cuando producen congestiones internas, crean circunstancias favorables para la metritis y de aquí que éstas sean más frecuentes en ciertas estaciones. Las enfermedades febriles intercurrentes como la viruela, la fiebre tifóidea, el sarampión, etc... pueden obrar en este sentido, por esto se presenta la metritis en la convalecencia de tales enfermedades. El parto sobre todo, cuando no se ofrece normal, puede determinar fenómenos parecidos. La permanencia en el útero de fragmentos placentarios y de otras membranas favorecen extraordinariamente la infección. En una palabra, son tantas las condiciones que influyen en la virulencia microbiana que la metritis puede afectar muchas y diversas formas, lo cual explica la falta de acuerdo en los autores.

Caracterízase la metritis aguda por la hiperemia generalizada á todo el órgano en la mucosa, túnica muscular y serosa, extendiéndose después á todo el tejido celular peri-uterino, borde interno de los ligamentos anchos, trompas y peritoneo pelviano, como también hacia la vagina. La mucosa hállase engrosada gracias á la extravasación de serosidad y á un acto de verdadera hipertrofia de los elementos anatómicos, principalmente de las glándulas. Hay asimismo un engrosamiento de la capa muscular que sufre al propio tiempo edema intersticial que invade el tejido conjuntivo. La túnica serosa sufre también hiperemia con edema muy notable, por la laxitud del tejido celular sub-peritoneal. Por todo lo indicado se comprende que el útero aumentará de volumen, y en efecto, alcanza hasta el doble del normal, ofreciéndose al poco tiempo blanduzco, en vez de ser duro y resistente, como es lo común. El color no podemos apreciarlo ya que la metritis no es enfermedad mortal; con todo puede verse el cuello del útero más vascularizado que de ordinario, con un color rojo ó violáceo. En la superficie interna del útero se encontrarán microbios patógenos infiltrados en los tejidos, llegando algunas veces desde el muscular siguiendo los espacios linfáticos á la superficie peritoneal, lo cual explica las complicaciones por parte de los demás órganos.

Es sumamente raro que la metritis aguda haya supurado, constituyendo un absceso ó flemón en el útero: cuando esto ocurre el afecto recibe otro nombre. Es mucho más frecuente que la enfermedad termine por resolución ó pase al estado crónico. En el primer caso, las lesiones descritas desaparecen, regularizándose la circulación, disipándose los edemas y volviendo á la normalidad el elemento anatómico. En cuanto á la metritis crónica la estudiaremos aparte.

El síntoma característico de la metritis aguda es el dolor: á veces va acompañado de un escalofrío pero éste no es constante. Localízase el dolor en el hipogástrico ó en los lomos, haciéndose lancinante é irradiándose por todo el bajo vientre, hacia las fosas ilíacas, en dirección al nervio crural ó al ciático, aunque esto último no sea frecuente. En cambio es constante la primera localización. Las glándulas sufren una hipertrofia con exceso de funcionalismo y apa-

rece leucorrea amarillenta, clara ó verdosa. También se presentan menorragias y metrorragias, las primeras son hechos frecuentes durante el período menstrual, en el que se pierde más sangre y dura más de lo regular; también pueden existir tales fenómenos en períodos apartados de la menstruación, y á los 15 días de ésta puede aparecer una metrorragia abundante y más ó menos duradera. Hay también síntomas por parte de los órganos vecinos y así la vejiga experimenta desórdenes funcionales que se traducen por dolores durante la micción; existe asimismo pujo y tenesmo rectal. Los síntomas generales consisten en la elevación de temperatura que llega de 38 á 39 menos en las metritis *por retención*, que supone mayor hipertermia (39 á 40,) malestar general, intolerancia gástrica y pulso frecuente. El cuadro sintomático se sostiene durante los períodos de invasión y estado de la metritis, pero al venir la declinación, remiten los síntomas y desaparece todo.

Al tiempo que esto ocurre, hay dispareunia acentuada y el coito resulta molesto, doloroso y hasta imposible. Por todo lo indicado referente á la claridad del cuadro sintomático y á la evidencia de los datos que deducimos del reconocimiento, vemos que el diagnóstico puede fundarse sobre base segura. Para establecer el diagnóstico diferencial con otras afecciones pélvicas, recordemos que los fondos de saco están libres, que el ovario y las trompas no están lesionados lo mismo que ocurre con el tejido celular pelviano.

El curso y las complicaciones de la metritis, variarán según ésta sea aguda ó crónica. Las metritis más sencillas, las vulgares, terminan en 8 ó 10 días, apagándose los síntomas y poniéndose todo en orden; la tendencia natural es hacia la curación en las metritis dependientes de cambios atmosféricos, traumatismos accidentales, enfermedades intercurrentes, excesos en el coito, etcétera... más que á la virulencia microbiana. En cambio el curso bonancible es raro en las enfermedades producidas, v. gr., por la progresión ascendente de la blenorragia, y en todas las que reconocen por causa una bacteria específica como la tuberculosa ó la erisipelatosa. Tocante al curso de la afección, estableceremos pues una clasificación etiológica; siempre que las metritis sean debidas á la virulencia microbiana, el curso será desfavorable para la curación, y lo contrario ocurrirá cuando el estado infectivo sea hijo de las condiciones del terreno. Las metritis que no terminen del todo y dejen algunos síntomas, las estudiaremos con las de carácter crónico.

Son sumamente importantes las complicaciones y dependen de una propagación del estado infectivo por los conductos linfáticos á los órganos profundos. Puede infectarse el tejido celular peri-uterino y consecutivamente todo el pelviano; las para-metritis sólo constituyen una secuela ó complicación de la metritis. Enfilando los microbios patógenos por el orificio de la trompa pueden determinar salpingitis y hasta llegar al pabellón y al peritoneo produciendo peritonitis.

El pronóstico, sino debe formarse grave por la enfermedad en sí, como es

frecuente el paso á la cronicidad y la complicación con estados más graves, ha de ser en cierta manera reservado. Cuando la metritis dependa casi exclusivamente de la virulencia microbiana, se pronosticará más gravemente que cuando aquella esté supeditada á las condiciones de terreno. Será preciso un estudio detenido de cada caso, ateniéndonos á las reglas antedichas, para formular el pronóstico, pues si éste se funda en la historia natural de la dolencia será bastante seguro.

Tiene mucho valor el tratamiento de la metritis aguda, pues de él depende muchas veces el porvenir de la enferma. Nuestro objetivo principal debe ser que la enfermedad no pase al estado crónico, y en este concepto nada mejor que la quietud y aún el reposo en cama, pues si la enferma se entrega á sus ocupaciones créanse circunstancias abonadas para la infección. Respecto á indicaciones causales, unas veces podremos cumplirlas y otras nos será muy difícil; cuando la metritis consiste en la virulencia del agente patógeno, como en la de origen blenorragico, la indicación causal será destruir el microbio, pero aquí nos hallamos en condiciones análogas á las de la vulvo-vaginitis, es decir, que para cumplir el objeto que nos proponemos hemos de verificar maniobras que pueden exacerbar el proceso flogístico. Indudablemente que sería bueno desinfectar el útero, pero como ya dijimos en la Patología general ginecológica, todas las prácticas de lavados, cauterizaciones, etc..., están contraindicadas en el período agudo, puesto que los traumatismos que ocasionan harían que la infección se extendiese á los tejidos vecinos. Así, pues, será mejor olvidar los métodos de desinfección y exigir el reposo de la enferma cumpliendo indicaciones sintomáticas, para que la Naturaleza desarrolle sus medios de defensa. En las metritis que invaden el cuerpo y cuello del útero hay un fenómeno importante, á saber: el espasmo del cuello que casi llega á cerrarse y detiene la infección. Como la virulencia del microbio disminuye al cabo de cierto tiempo, lo que haremos será colocar el órgano en las mejores condiciones para la lucha con las bacterias.

En ciertos casos será preciso cumplir determinadas indicaciones sintomáticas. Unas veces convendrá producir efectos calmantes por ser el dolor muy intenso y nos valdremos de fricciones en el bajo vientre con pomadas laudanizadas ó de ictiol, ó bien administraremos al interior los preparados de opio y el bromuro potásico que originarán una calma relativa. No faltan ocasiones en que domina la hemorragia y entonces acudimos á los astringentes internos tales como el bisulfato de quinina, el *hidrastis canadensis* y la misma ergotina. Pero lo que más interesa es disminuir la congestión de la parte, lo que se conseguirá purgando á la enferma con substancias que no hiperemien el fondo de la pelvis, como los purgantes salinos, oleosos y colagogos; con los medios indicados obtiéndose una diálisis del tubo digestivo que descongestiona el aparato genital. Recurriase antes á los medios antiflogísticos como las emisiones sanguíneas locales por la aplicación de sanguijuelas; esta práctica aunque beneficiosa, ha

caído en desuso por la gran desproporción entre los efectos generales y los locales que determina. También se ha recomendado la aplicación de hielo en el bajo vientre para rebajar la congestión del útero; todavía hay quién apela á este medio después de ciertas intervenciones quirúrgicas, incurriendo en un contrasentido, pues con esta práctica se pretende evitar el desarrollo de la infección, siendo así que se ha afirmado la imposibilidad ó dificultad extrema de que esta se presente obrando con rigurosa asepsia; tales son los medios de que disponemos contra la metritis.

Respecto al tratamiento local directo, como el útero infectado puede alcanzarse por la vagina, cabe emplear en él y de un modo directo todas las medicaciones que conocemos, supeditándolas á las bases indicadas. Durante el período agudo, nos serviremos de las inyecciones vaginales á cierta temperatura para calmar el dolor y disminuir la intensidad de la afección; de aquí que estén indicadas las irrigaciones vaginales calientes. En cambio prescribiremos las duchas vaginales para no traumatizar el útero y avivar la infección; el líquido se llevará pues al útero sin hacer ninguna violencia. Podemos buscar asimismo el efecto antiséptico de tales irrigaciones, añadiendo algún agente microbicida, en proporción distinta de la que se emplea para la vulvo-vaginitis. En efecto: así como en esta el agente antiséptico puede obrar directamente, en la metritis, como el mal radica en el parenquima del órgano y en tejidos profundos, no podemos conseguir aquella acción y lo que buscaremos será agotar el foco de la vulvo-vaginitis, para que no se renueve el proceso infectivo. Pero como en el caso de que hablamos la infección se ha desarrollado ya, procuraremos limitarla valiéndonos de antisépticos moderados como microcidina, ácido bórico ó lisol. Uno de los medios más poderosos consiste en la colocación de supositorios vaginales glicerizados ó con glicerina incorporada al ictiol ó al yodoformo, que originarán beneficiosos efectos pues la corriente dialítica que arrastra la serosidad, disminuye la congestión y expulsa los microbios patógenos, combatiendo el estado infectivo. Pueden colocarse hasta 2 y 3 supositorios al día, poniendo uno después de cada irrigación y así tenemos una acción descongestionante á la vez que analgésica y antiséptica por el ictiol y el yodoformo unidos á la glicerina. Si no pueden aplicarse los supositorios, nos valdremos del taponamiento que es más engorroso y ocasiona siempre algún traumatismo.

Indudablemente que hay indicaciones que cumplir dentro del útero, pero no puede hacerse sin correr los riesgos apuntados que constituyen una formal contraindicación. Con todo, se presenta un caso excepcional en una de las pocas metritis de carácter grave, me refiero á la forma llamada *por retención*, en la cual estamos autorizados para intervenir directamente en el útero, pues de lo contrario, las membranas, restos de placenta y demás cuerpos contenidos en aquel órgano, como constituyen un admirable terreno de cultura, pueden originar una infección peligrosa. Expulsando estos cuerpos extraños cumplimos una indicación causal. Años atrás practicábase la desinfección del útero, pero la

experiencia ha demostrado la falacia de aquel procedimiento, pues con él, la infección se extendía más. Tales son los medios puestos en juego para tratar la metritis aguda.

Hagamos ahora resaltar un hecho interesante. Al declinar la metritis aguda, desapareciendo gradualmente, el edema, dolor, etc..., la enferma acusa todavía cierta sensación de peso en el bajo vientre, junto con leucorrea y algún otro síntoma, no estando curada la enfermedad como podía creerse al desaparecer estos fenómenos. Hay un momento en que la metritis aguda pasa á crónica, momento que es necesario conocer para saberlo aprovechar, pues entonces es útil y eficaz la medicación antiséptica, no habiendo contraindicación alguna, pues la agudez ha desaparecido ya. Al propio tiempo, la virulencia microbiana se ha atenuado y no debemos temer tanto del avivamiento de la infección y confiaremos más en la docilidad de esta á un buen tratamiento. Por desgracia, como los síntomas remiten, la enferma no consulta al médico y es dudoso que se sometiera á las mismas precauciones de antes, si este se lo indicara. A este descuido fatal se debe el tránsito á la cronicidad de muchas metritis que de otro modo se hubieran curado completamente.

Lección XXX

Metritis crónica.—Sus divisiones.—Endometritis del cuello.—Sus divisiones.—Etiología.—Patogenia.—Curso y complicaciones.—Síntomas y diagnóstico.

Pasemos á estudiar ahora las metritis crónicas que con arreglo á su localización pueden dividirse en mucosas, ó *endometritis*, é intersticiales: las primeras, pueden subdividirse en endo-metritis del cuello y del cuerpo del útero.

A la metritis del cuello, llama también *endocervicitis* y *metritis cervical*; corresponden todas las ulceraciones no neoplásicas del órgano, los pólipos mucosos y las degeneraciones quísticas. Ofrece la enfermedad algunos caracteres particulares por lo que se refiere á su Etiología y Patogenia; unas veces empieza ya siendo crónica lo que no deja de llamar la atención y otras no encontramos el período invasor. Las formas anatómicas son sumamente variadas y aparecen en virtud de ciertas condiciones predisponentes locales y generales así la observamos en mujeres linfáticas que ejercen ciertas profesiones y pasan muchas horas en talleres de poca ventilación, en una palabra cuando concurren pésimas condiciones higiénicas. Las alteraciones en la circulación del útero crean circunstancias favorables para el desarrollo de los microbios que pueden existir en el cuello del órgano, originando la predisposición. La masturbación particularmente cuando se introducen cuerpos extraños hasta el cuello del útero puede también obrar en este sentido. Lo mismo diremos del coito excesivamente

repetido. Aparte de esto la metritis cervical va precedida muchas veces de la metritis aguda. Finalmente, hay una condición etiológica que dá carácter á la enfermedad y nos obligará á distinguir en ella una forma simple y otra complicada: en la primera no existe deformidad del cuello del útero mientras que en la segunda, gracias al traumatismo del parto, se presentan cambios anatómicos en aquella parte, que se desgarran, ofreciendo formas variadas quedando al descubierto la mucosa cervical en contacto con las secreciones vaginales. En tales casos diremos que hay endometritis cervical complicada con desgarramiento.

Antes de entrar en la Anatomía patológica de la endocervicitis, demos un recuerdo de la Anatomía normal del órgano. El cuello del útero tiene dos porciones en su mucosa: una que se extiende desde el hocico de tenca al istmo y otra que comprende la parte vaginal del cuello ó sea la superficie existente entre el hocico de tenca y la inserción del cuello en la vagina. Los caracteres de la mucosa varían en una y otra parte; la mucosa de la cavidad del cuello es sumamente fina y presenta repliegues en forma longitudinal de los que parten ramas transversales constituyendo lo que se llama *árbol de la vida* tanto en la cara anterior como en la posterior. Estos repliegues se imbrican uniéndose los de la cara anterior á los de la posterior y cerrando el conducto cervical, bien que dejándolo permeable, y tanta es dicha imbricación, que el tronco del árbol de la pared anterior se dirige hacia la derecha y el de la posterior hácia la izquierda. En la superficie de la mucosa se observan unas pequeñas depresiones que son aberturas de utrículos glandulares ó de verdaderas glándulas, distintas de las que se hallan en la mucosa uterina. Dichas glándulas del cuello tienen forma arracimada, contienen un número mayor ó menor de *acini* y existen con más ó menos abundancia en el árbol de la vida, penetran profundamente en los tejidos y se introducen en la capa muscular subyacente. Tales son los detalles macroscópicos más culminantes.

Histológicamente describiremos un dermis de tejido conjuntivo y una zona epitelial que cubre toda la superficie: el epitelio es cilíndrico sin pestañas vibrátiles lo que le diferencia del que existe en la mucosa uterina y de la trompa. El epitelio introdúcese en las glándulas y las recubre. Las células son cilíndricas y forman una sola capa en estado normal, presentan muchas de ellas el aspecto caliciforme y están encargadas de la secreción especial del cuello uterino. Normalmente la mucosa segrega un líquido gelatinoso, claro y transparente; en algunas preparaciones se puede observar como de cada una de las células cilíndricas parte un filamento de moco.

La segunda parte de mucosa que hemos admitido, no tiene glándulas y solo se hallan utrículos, el epitelio es cilíndrico pavimentoso, tiene distintas capas de células afectando una verdadera estratificación. Existen varias hileras de las referidas células, una las profundas, cilíndricas, otras más planas, acabando por ser las superficiales completamente aplanadas.

Por lo que se refiere á las lesiones, caracterízanse por la hipertrofia é hiper-

plasia de todos los elementos. El dermis es más grueso, lo mismo que toda la mucosa, grosor que se hace perceptible. La hipertrofia é hiperplasia extiéndense á los elementos glandulares y sus fondos de saco, cambia la glándula en su modo de ser, aparecen más *acini* y cada uno de estos tiene mayor volúmen, el conducto excretor de la glándula se presenta hipertrofiado. En la cubierta epitelial glandular hay alteraciones manifiestas que consisten en actos hipertróficos é hiperplásicos de sus elementos y así como en estado normal hay una sola fila de ellos, parece que durante la enfermedad se renuevan velozmente, encontrando varias capas: en los puntos superficiales hay una acentuada destrucción y en las profundas se conserva su modo habitual de ser. Este hecho de hiperplasia glandular tiene importancia para el diagnóstico histológico diferencial con ciertas neoplasias del útero; siempre que la lesión de la mucosa del cuello es flogística tan solo, encontraremos la membrana basal constituida por células aplanadas que la limitan en su parte profunda separándola de los tejidos vecinos. En casos de epiteloma, por el contrario, la membrana basal no será respetada. El exámen microscópico no deja, por lo tanto, lugar á duda. Todavía hay otras lesiones secundarias, pero lo fundamental es lo que acabo de indicar. Uno de los resultados más frecuentes de la enfermedad radica en la obturación de un conducto excretor, lo que hará que se retengan los productos segregados formándose un tumor más ó menos grande, pues su tamaño varía desde el de un grano de arroz hasta el de un pequeño huevo de gallina. Según que estos productos glandulares queden empotrados en el tejido muscular ó salgan á la superficie de la mucosa, tenemos dos lesiones que fundamentalmente son las mismas, pero constituyen entidades nosológicas tan características que bien podemos separarlas. Estas dos entidades son la degeneración quística del cuello uterino y los pólipos mucosos.

La primera de estas lesiones constituye las formaciones llamadas *huevos de Nabot*, que dan al cuello uterino un aspecto característico ó hipertrófico. Examinando al microscopio observaremos una membrana limitante epitelial alrededor de una cavidad llena de moco segregada por las células del revestimiento. Si esta hipertrofia en vez de empotrarse en la túnica muscular se dirigiera á la superficie de la mucosa, los repliegues aumentan y crecen formando cavidades mayores ó menores, unidas al cuello del útero por un pedículo, formando, en una palabra, los pólipos mucosos que algunos llaman glandulares. Estas son las principales lesiones de la metritis cervical, pues las demás dependen de aspectos clínicos de la dolencia.

En la mucosa correspondiente á la porción vaginal del cuello, donde no hay glándulas y el epitelio es cilíndrico pavimentoso, se observa un notable fenómeno. Descámase el epitelio por inflamación, las células aplanadas que cubren las cilíndricas caen y dejan al descubierto la capa profunda. En estado normal el color de dicha porción vaginal es pálido; pues bien, cuando hay tales alteraciones, cambia en rojo su tinte aproximándose al de la porción cervical y

tomando el aspecto de una úlcera. Aquí conviene hacer notar que no hay tales ulceraciones ya que no existen destrucciones de la mucosa y plano subyacente; la lesión de que hablamos solo es una descamación epitelial que revestirá variadas formas y de aquí la gran variedad de las supuestas ulceraciones. Unas veces, solo queda al descubierto el epitelio cilíndrico en los sitios donde existen papilas y en la superficie del cuello del útero aparece un punteado rojizo, que muestra las granulaciones, pudiéndose fundir unas papilas con otras y variando la forma de la ulceración. A veces se descama toda la mucosa presentándose grandes ulceraciones ó mejor dicho descamaciones extensas del epitelio.

Los síntomas guardarán relación con las lesiones. Hácese sensible el moco formado en la superficie del cuello, la hipersecreción es enorme y la materia segregada es espesa, aglutinada y filamentosa, transparente y de color amarillo claro ó verdoso. También resulta interesada la parte del cuello que no tiene glándulas, presentándose leucorrea parecida á la vaginal y más ó menos purulenta. Adviértase que esta secreción enmascara la otra, la que al pasar el moco enfilando por la vagina y vulva, la enferma lo siente perfectamente.

La metritis cervical desarróllase lentamente y la infección que la determina puede agotarse aunque permaneciendo las lesiones. Si durante el período en que todavía no se han obturado los conductos glandulares y no se ha constituido la hipertrofia, podemos desinfectar la mucosa, lograremos resultados positivos.

Los síntomas de la enfermedad son variados, lo que originará tipos distintos de aquella que iremos estudiando, aunque fundamentalmente su Sintomatología sea parecida. Uno de los síntomas principales de la metritis del cuello es la leucorrea: la enferma refiere la existencia de una pérdida que se distinguirá de la propia á la vulvo-vaginitis, por su salida en forma de moco y porque la mujer tiene conciencia del momento de aquélla, gracias á la conglomeración del moco y su volumen al ser expulsado. Este carácter distingue la leucorrea del cuello de la procedente del útero mismo, donde conforme sabemos no hay glándulas mucosas y la secreción es clara y fluida. Aparte de estos síntomas locales, existen otros de importancia, tales son los referentes á la menstruación, que se hace dolorosa, abundante y con periodicidad adelantada; es general la tendencia á la menorragia y algunas presentan efectivamente dicho estado. Al mismo tiempo, el coito resulta doloroso aunque no haya disparéunia. Otro síntoma del mal es la esterilidad, la cual se comprende, pues la fecundación no podrá realizarse por la hipersecreción de moco que obstruye el conducto cervical. Preséntanse además los síntomas reflejos sumamente variables y acerca de los cuales, estableceremos como regla general, que su intensidad está en razón inversa de la fuerza del afecto; sumamente frecuentes en la metritis catarral, son raros en el ectropión complicado, y la primera es enfermedad más benigna

que la última, la cual puede confundirse con el cáncer. Con los datos apuntados y el reconocimiento de la enferma podemos observar las formas clínicas del mal.

El tipo clínico más frecuente de las metritis del cuello viene representado por la *endometritis ó endocervicitis catarral*, que consiste en la inflamación crónica de la mucosa del cuello. Las lesiones son idénticas á las que hemos indicado en las metritis del cuello. En cuanto á síntomas, encontramos poco de notable, pues por el tacto no descubrimos nada absolutamente y por la inspección visual tampoco obtendremos grandes datos. Obsérvase á veces metritis en la parte vaginal del cuello, con descamaciones epiteliales que simulan una ulceración. La inspección no nos demuestra más que una pequeña rubicundez á todo alrededor del hocico de tenca, pero el síntoma más característico es la salida constante de un moco espeso, formado de filamentos y sumamente pegajoso; si aplicamos el histerómetro veremos salir unos grumos como esputos, constituidos por moco. En este último síntoma se funda el diagnóstico de la enfermedad, la mujer quéjase de una leucorrea más ó menos continua á más de sufrir ciertas alteraciones menstruales. La menstruación es dolorosa y algo anticipada, presentándose asimismo más abundante. Al mismo tiempo aparecen varios reflejos por demás importantes y que recaen en diversos aparatos; así, por parte del digestivo, son raras las enfermas que no sufren de dispepsia gástrica ó intestinal, acompañada de astringencia de vientre. Algunas veces exajeranse tales fenómenos y la paresia puede convertirse en parálisis; con todo, los síntomas referidos dependen del catarro, pues corrigiendo este desaparecen aquellos como por ensalmo. En cierta ocasión enviáronme una enferma con enorme meteorismo que el médico había tomado por tumor y en realidad no era sino el resultado de una metritis catarral del cuello; pues bien, bastaron unas pocas cauterizaciones del conducto cervical, para que desapareciera el gran abultamiento para no reaparecer. Los síntomas por parte del tubo digestivo son pues sumamente variados, pero todos se caracterizan por fenómenos atónicos y parésicos.

También acostumbran existir reflejos circulatorios en forma de alteraciones cardíacas ó del sistema vascular periférico, dependientes estas últimas de los nervios vaso-motores. Respecto al corazón hay bradicardia ó taquicardia, siendo más frecuente esta última. En cuanto á los fenómenos dependientes de trastornos vaso-motores, caracterizanse por grandes y súbitos cambios en la coloración del rostro, á veces sin motivo aparente. Los reflejos debidos directamente al sistema nervioso y que recaen sobre este mismo, tradúcense en neuralgias que aparecen en forma de hemicráneas ó cefalalgias derecha ó izquierda, de carácter rebeldísimo, ó en forma de neuralgias del trigémino ó del facial. Pueden ofrecerse asimismo fenómenos de irritación espinal, habiendo, al mismo tiempo, una gran propensión á la neurastenia. Tal es la variedad de los síntomas reflejos.

Al llegar á este punto, cabe preguntarnos si la expresada Sintomatología depende tan solo del catarro cervical ó viene constituida por fenómenos dependientes de lesiones generales del organismo, independientes de aquél; los dos casos se ofrecen en la enfermedad de que tratamos. La enfermedad obsérvase á veces con cierto carácter espontáneo en su desarrollo, así, se observa en las vírgenes donde no ha podido obrar el contagio y aún en las mujeres casadas donde no ha concurrido aquella circunstancia, pero hay en ambos casos condiciones generales y locales que favorecen la infección del aparato genital. No está, por lo tanto, fuera del caso preguntarnos si la Sintomatología depende del aparato genital en sí ó de las condiciones que han favorecido su desarrollo. En mi concepto influyen ambas circunstancias; es cierto que vemos muchas enfermas en las que solo hallamos el catarro cervical, pero no se olvide, que muchas veces tienen tendencias neuropáticas, que por una nutrición deficiente en su infancia, por todas las causas ya conocidas que obraron al llegar la pubertad, y que ocasionaron el cansancio y la fatiga del aparato generador, pusieron el terreno abonado para el desarrollo de un catarro cervical. Si el mal no hubiese hallado un terreno apto, quizás no se hubiera desarrollado con tanta intensidad: hay enfermas que ofrecen con el mismo efecto síntomas muy remisos, algo ha de haber, por tanto, en el organismo que favorezca el desarrollo de la enfermedad y modifique sus manifestaciones. Las enfermas que sufren de artritismo y que han tenido manifestaciones de esta clase en la piel y las mucosas, padecen con preferencia aquellas formas rebeldes y molestas. La infección se desarrolla, pues, de un modo tan exuberante porque encuentra terreno abonado. Hasta en la forma gonorréica, donde las lesiones exageradas constituyen un carácter notable de la afección, hay enfermas que resisten más que otras las manifestaciones sintomáticas.

El curso de la dolencia es eminentemente crónico: iníciase muchas veces en la pubertad y cesa al terminar la menopausia, habiendo catarros cervicales que comenzaron á los diez años y al llegar la enferma á los sesenta hállanse aún complicaciones y consecuencias de aquellos afectos. La cronicidad es, pues, manifiesta, exacerbándose la dolencia en cada período menstrual, durante el que hay mayor hipersecreción de moco. Si el curso se prolonga meses y años es más que probable la esterilidad, porque el moco formado obtura el conducto cervical y porque sus caracteres químicos de acidez perjudican á los espermatozoides. Pueden surgir complicaciones locales entre las que estudiaremos la metritis de la porción vaginal del cuello, quizás la más interesante porque puede desviar la atención del ginecólogo. El moco espeso que sale por el hocico de tenca y baña la porción vaginal del cuello del útero la descama de su epitelio y produce en ella lesiones sumamente visibles. Las metritis de la porción vaginal del cuello pueden presentarse afectando variadas formas, apareciendo como un punteado ó una ulceración; aféctase de preferencia el labio anterior del cuello por el contacto repetido con la leucorrea; esto en la posición normal del útero, pues

si éste se halla desviado hacia atrás aparece la lesión en el labio posterior, pues éste recibirá más fácilmente la dañina influencia del moco segregado. Algunas veces esta metritis alcanza toda la porción vaginal del cuello, dándole un aspecto ulcerado. Todas estas lesiones, consecuencias del catarro cervical, desvian fácilmente la atención del ginecólogo; si no nos fijamos en la verdadera causa productora, el mal retoñará, mientras que corrigiendo el catarro, la lesión ha de desaparecer.

Otras complicaciones hay en la metritis cervical que es preciso tener en cuenta, me refiero á las alteraciones que se producen en los orificios del útero. Es frecuentísimo que á consecuencia del catarro cervical se irriten las capas sub-mucosas, dando por resultado el estrechamiento de los orificios de la cavidad cervical, así es que muchas veces que hay catarro cervical redúcese el orificio del hocico de tenca. A este fin contribuye también el engrosamiento de la mucosa y la retracción de las fibras musculares subyacentes. La segunda alteración, consistente en que el istmo se estrecha, es beneficiosa en ciertos casos por impedir la propagación del estado infectivo. Si el catarro cervical no es de naturaleza virulenta, limitanse sus lesiones á lo que acabo de indicar, permaneciendo así años y años hasta que acaban las funciones del órgano, variando entonces las formas del mal.

En cuanto á las demás metritis, las englobaremos en un solo capítulo que comprende la *metritis cervical hipertrófica*, lo que indica una lesión más profunda que en la forma catarral. La mucosa adquiere un grosor exagerado hasta $\frac{1}{2}$ centímetro, hay también hiperplasia conjuntiva, formándose un verdadero tumor con las glándulas arracimadas, por el hocico de tenca puede verse asomar la mucosa, constituyendo una especie de hernia; este fenómeno recuerda lo que los oculistas llaman *ectropion*, que no es sino el renversamiento del párpado que hace quedar al descubierto la mucosa conjuntival. La mucosa referida forma como un rodete y es más voluminosa, ofreciendo los caracteres de toda mucosa inflamada: coloración roja intensa y el moco pegajoso característico. Esta forma de ectropion es muy común en las metritis crónicas y en las complicadas; sabemos ya cuán frecuente es el desgarro del cuello después del parto, aunque luego se reunen las partes separadas: pues bien, si á consecuencia del parto ú otra causa cualquiera hay desgarro del cuello, la metritis cervical se ofrecerá con todos sus caracteres. La exposición de la mucosa al contacto de los flujos vaginales y á las violencias traumáticas del coito agravarán el daño, y la susodicha mucosa tendrá varios aspectos según los casos. El desgarro puede ser hacia un lado, puede estar en los dos ó revestir la forma de estrella, ocasionando gran variedad de figuras. El ectropion se llama simple cuando hay hipertrofia de la mucosa y salida de ésta por el hocico de tenca sin desgarro del cuello, reservándose el nombre de complicado para cuando hay el referido desgarro, único ó múltiple. Las lesiones son idénticas que en el catarro cervical, y la sintomatología es algo distinta, habiendo predominio de los fenómenos locales

y disminución de los generales; la menorragia es muy frecuente y la función menstrual aparece con anticipación, no habiendo tanta dismenorrea como en las otras formas. Preséntanse con facilidad hemorragias fuertes durante el período menstrual, determinadas á veces por un traumatismo insignificante, como sucede al introducir una torunda de algodón durante el reconocimiento. Las ulceraciones superficiales ó denudaciones del epitelio las hacemos depender de la metritis cervical; no habrá estrechez del hocico de tenca, pues la mucosa tiene fácil salida por él, y más si existe desgarró del cuello. En la metritis cervical hipertrófica simple, hay esterilidad, la cual no existe en rigor en la forma complicada, y tengamos este hecho muy en cuenta, pues á veces, partiendo del principio que en toda metritis cervical se encuentra esterilidad, podemos caer en errores pronósticos. En la forma hipertrófica simple y, por tanto, sin desgarró del cuello, no puede realizarse la fecundación, y en consecuencia habrá la esterilidad concomitante, debida á los caracteres del moco y engrosamiento de la mucosa; en la forma complicada no existirán tales condiciones, y por tanto la esterilidad no es de rigor. Los síntomas generales son los apuntados en las metritis de otros tipos, aunque con menos intensidad; con todo haremos constar que en los desgarró del cuello preséntanse con frecuencia neuralgias del facial ó del trigémino que nos servirán para establecer el diagnóstico. Para conocer la presencia de la metritis hipertrófica basta con la inspección.

Por lo que se refiere al curso y complicaciones del afecto, diremos que tiene tendencia á la cronicidad, y no suele permanecer estacionaria, gracias al carácter de las lesiones, convirtiéndose en degeneración quística ó afectando la forma poliposa. Hoy día la observación clínica y el examen histológico, han demostrado la influencia de la enfermedad que estudiamos en el desarrollo de las neoplasias malignas del cuello, sobre todo por lo que atañe al epitelio. Se comprende que suceda así, pues aquella membrana basal de que hablamos puede destruirse, originando el epitelio. Habíase ya notado la influencia de las ulceraciones crónicas del cuello en la producción de neoplasias, pero no se había afinado el diagnóstico, pues los medios de curación eran casi nulos; en cambio, hoy que estamos más adelantados respecto al tratamiento de tales neoplasias, debemos profundizar este asunto para obrar á tiempo con nuestra intervención armada.

Como formas principales y dependientes de las anteriores tenemos las llamadas *quística* y *poliposa*. En la primera hay obturación de los conductos excretores de las glándulas arracimadas, pero el epitelio de estas últimas continúa segregando, convirtiéndose cada fondo de saco glandular en un quiste mayor ó menor. El número de quistes será mayor ó menor según la cantidad de glándulas afectas; á veces encontramos en el cuello del útero un solo quiste y en cambio otras hallamos en la superficie vaginal de aquél unas elevaciones lisas y algo blandas que en determinados casos la recubren por completo, encontrándose también en el parenquima del cuello. Esta forma se diferencia de las

anteriores por su aspecto y síntomas; en primer lugar la referida forma de metritis es consecuencia y terminación de otras que la han precedido, las glándulas originan el trastorno que ha de venir obstruyéndose. Como es fácil suponer, hay poca leucorrea, gracias á la obturación de los conductos glandulares por una parte y al agotamiento de los productos segregados por otra. Tampoco hay grandes ulceraciones, pues la mucosa está íntegra y no se encuentran trastornos menstruales de consideración, ni hemorragias escasas en los períodos intermenstruales, en cambio existe esterilidad, pues se trata de una metritis cervical en el último período. Los síntomas dominantes son los que se revelan por dolor, el cuello del útero no es muy sensible á la presión, pero duele espontáneamente; compruébanse asimismo dolores pélvicos irradiados en uno ú otro sentido y tienen importancia los fenómenos reflejos, sobre todo los dependientes del sistema nervioso central aunque, también aparezcan fenómenos digestivos. El diagnóstico de esta variedad no ofrece grandes dificultades, por cuanto con el tacto y la inspección nos convenceremos de que existe la forma degenerativa quística. Es preciso que sea algo notable el número de quistes para atrevernos á diagnosticar; aquellos se presentan algo blandos y en caso de duda acudiremos á la punción y veremos salir un líquido más ó menos espeso y abundante. En la superficie de estas elevaciones y depresiones observamos el color normal y en los puntos donde aquéllas se acentúan más, vemos un color muy claro y casi transparente. Obsérvese que esta forma no es neoplásica, sino inflamatoria y examinando cada huevo de Nabot al microscopio observaremos la membrana secretoria: el epitelio, destruido ó no, nos revelará la naturaleza del mal.

Otra forma de metritis cervical es la poliposa, consistente en el crecimiento en dirección hacia afuera de los repliegues de la mucosa cervical, formándose de este modo en la superficie de la cavidad unas elevaciones sujetas por un pedículo (pólipos). Estos son siempre glandulares y hasta pueden designarse con este nombre, mejor que con el de *mucosos*, como hacen algunos. En la estructura de estas producciones, unas veces sólo se descubren las glándulas arracimadas típicas en número considerable, otras nos encontramos con que aquéllas han degenerado formándose quistes enormes. Tanto pueden serlo que constituyan un tumor considerable, explicándose fácilmente el hecho por las facilidades que encuentra el pólipo para su crecimiento, pues desarrollándose hacia afuera no hay nada que le comprima ni impida su evolución, llegando el pólipo á ocupar toda la vagina y salir por la vulva. Sea como quiera, su estructura es siempre la misma, un conglomerado de glándulas arracimadas. En cuanto al origen, débese en todos casos á una metritis duradera, y no es raro que un simple catarro cervical acabe por producir pequeños pólipos, siendo dable encontrar la historia de uno de estos catarros que, empezando con la vida sexual de la mujer, termine con la misma, dejando como vestigio los pólipos referidos. Por lo que atañe al número, los pólipos, en general, son múltiples, sobre todo al principio de su formación; al caer la metritis en degeneración poliposa descúbrese en el

hocico de tenca una elevación de color de fresa, que viene á ocupar el centro de aquél. El número de pólipos es variable, siendo mayor en un principio, pues á medida que pasa el tiempo, sólo quedan dos ó tres con volumen más que regular. El volumen de los pólipos es sumamente inconstante; hay casos en que parece existir una limitación para su crecimiento, puesto que transcurren los años y el tumor no pasa del volumen de un garbanzo con su pedículo en la mucosa cervical; en cambio, otras veces, el pólipo puede atravesar el hocico de tenca y desarrollarse en la vagina, oscilando respecto á su volumen y forma. El primero puede variar desde el de una bellota hasta el de un huevo de gallina, el tamaño de una bellota es el común y corriente; tampoco es raro que el pólipo salga más todavía, hasta 3 y 4 centímetros fuera de la vulva. El color de los pólipos es siempre rojo vivo como el de la mucosa cervical.

Los dos síntomas característicos de la degeneración poliposa del cuello del útero son la leucorrea y la hemorragia. La primera es abundantísima y se comprende dado el carácter del pólipo que no es sino una enorme glándula segregante. De todos modos, más interesante resulta la hemorragia, que se despierta al más leve contacto ó espontáneamente, con la particularidad de que aquélla es sostenida, ya que no copiosa, las menstruaciones son exageradas convirtiéndose en menorragias. Los síntomas reflejos están disminuídos, aunque no faltan del todo. No será difícil formar el diagnóstico en vista de los antecedentes que hemos expuesto y de los datos que adquirimos con la exploración. Por medio del tacto apreciamos un cuerpo extraño en la vagina, blando y muy movable. La inspección basta para el diagnóstico en determinadas circunstancias; así, cuando el pólipo sale por la vulva veremos asomar por ésta un cuerpo extraño, á la manera de un dedo, de color rojizo y que sangra fácilmente.

El curso de la dolencia es esencialmente crónico, la enfermedad no curará abandonada á sí misma. Hay enfermas que sufren de leucorrea durante toda su vida sexual, apareciendo hemorragias al venir la menopausia. Las complicaciones peri-uterinas son frecuentes en los pólipos, pues hay condiciones favorables para que se desarrolle un proceso infectivo por la vía linfática, como lo prueba el hecho de la linfangitis periuterina, asaz común en el curso del mal que nos ocupa. Por lo demás, los pólipos no suelen degenerar en neoplasias malignas, como ocurre en la metritis cervical hipertrófica.

La metritis de la porción vaginal del cuello casi siempre es consecutiva, preséntase en forma de descamación papilar ó de descamación difusa, recordando una úlcera falsa como las descritas.

Las distintas formas indicadas pueden combinarse afectando variados tipos, y si á esto añadimos que el cuello del útero puede desgarrarse, comprenderemos la diversidad de elementos que pueden intervenir en las metritis del cuello. Esto explica que antes de unificar dicho estudio, hubiera autores que describieran un número exorbitante de variedades de úlceras del cuello del útero. Hoy día, examinando bien el caso, lo reducimos á uno de los tipos indicados, por raro que nos aparezca en su aspecto.

Lección XXXI

Diagnóstico diferencial de la endometritis cervical.—Pronóstico.—Indicaciones.

—Tratamiento.—Distintos medios que pueden emplearse y resultados que producen.—Indicaciones de una intervención quirúrgica.

Importa sobremanera establecer el diagnóstico diferencial entre estas variedades de metritis del cuello, sobre todo por lo que atañe al tratamiento. Puede establecerse el diagnóstico en el período de invasión del mal ó durante su desarrollo, lo cual averiguaremos por el examen directo. Hay casos en que resulta interesante conocer bien la enfermedad de que se trata, pues se han llegado á confundir cosas que jamás lo imagináramos. Recuerdo una enferma de 42 años que hacía poco estaba casada, teniendo sospechas de embarazo, apareció una hemorragia que alarmó la familia, luego otra, y por fin, una noche se presentó aquélla con toda seriedad. Practiqué el reconocimiento, descubrí una hemorragia regular y un cuerpo extraño blando, deslizable, más ó menos sujeto, lo desprendí, creyendo que se trataba de un aborto, y desde entonces la enferma no sintió más síntomas de embarazo, aunque cesó la menstruación, pero este hecho no tenía gran importancia por la edad de la mujer, que podía ser menopáusica. Sin embargo, al cabo de cierto tiempo, la enferma siente algo raro en el vientre, que después de un detenido examen revela la existencia ¡de un feto de seis meses! Entonces reflexioné acerca de lo ocurrido la primera vez y conocí que no había existido tal aborto, sino que se trataba de un pólipo mucoso.

Conviene asimismo poder distinguir una metritis cervical de un epiteloma del cuello, lo cual, por cierto, resulta muy difícil. Es sobremanera importante diferenciar ambos casos, pues de ello depende el éxito del tratamiento, que consiste en la oportunidad. A veces, para establecer el diagnóstico diferencial, no hay más que extirpar una parte del cuello y examinarla al microscopio, pero este medio será excepcional y por lo común no recurriremos á él. Cuando la metritis cervical reviste ciertas formas, sobre todo si va acompañada de desgarró y la observamos en un período en que la infección se agudiza, el diagnóstico se hace difícil. El cuello se pone turgente y sangra con facilidad, se endurece, aumenta de volumen; en una palabra, presenta los caracteres de una neoplasia maligna. Añádase á esto la induración de los tejidos circunvecinos, la tendencia á la hemorragia, los dolores espontáneos y provocados, y se comprenderá la facilidad de una confusión de diagnóstico. Muchos ginecólogos que han publicado estadísticas favorables en el tratamiento del epiteloma, á buen seguro que sólo habrán operado metritis del cuello.

El diagnóstico hemos de fundarlo en dos hechos principales: en el epiteloma

la lesión suele ser limitada en un principio, lo cual no ocurre en la metritis del cuello: al propio tiempo, el epiteloma lo encontramos en un labio ó en otro ó hacia la porción vaginal del cuello ó en la pared cervical posterior. Además las neoplasias malignas tienen base de induración, y si no están ulceradas forman una tumuración dura, infiltrada en los tejidos sanos, que no se encuentra en la metritis. Para acabar de hacerse difícil el diagnóstico, recordemos que la metritis cervical puede originar neoplasias malignas; sin embargo, aquélla no suele limitarse y en último extremo podremos recurrir al examen histológico indicado.

El tratamiento de la metritis cervical crónica puede ser directo y sintomático. Este último consistirá en combatir las manifestaciones molestas para la enferma; conviene, sin embargo, recordar la patogenia para ajustar á ello los medios de tratamiento. Hay muchas metritis cuya patogenia se halla en condiciones generales del organismo, en este caso no bastará la medicación local. Deben también corregirse los estados de pnesia del tubo digestivo y los fenómenos nerviosos, que no faltan nunca en estos casos.

El tratamiento directo puede ser tópico y quirúrgico; es necesario que fijemos las bases de las indicaciones para conocer la oportunidad de estos medios. Durante mucho tiempo la única terapéutica ginecológica ha sido la uterina, y en realidad ha producido buenos resultados; los medios aplicables son muchos: así, las irrigaciones vaginales, limpiando el moco del cuello uterino, regularizando la circulación del órgano con su temperatura y obrando como calmantes, están muy indicadas, y no es raro ver enfermas que con sólo estas medicaciones mejoran notablemente. Por este solo medio desaparecen los dolores y la leucorrea, extingüese la dismenorrea, etc.: en una palabra, es un procedimiento muy recomendable. También puede echarse mano de los supositorios y el taponamiento; cuando hay metritis del cuello, apenas se comprende tópico mejor que el supositorio vaginal de glicerina que toca el cuello del útero y, estableciéndose la corriente dialítica, prodúcense beneficiosos efectos. Con estas medicaciones locales, acompañadas de las generales, podemos obtener la curación de la metritis cervical, cuando la dolencia está en sus comienzos y las lesiones anatómicas están poco desarrolladas. En cambio, si la enfermedad es antigua no podemos confiar en la bondad absoluta de estos medios, que sólo servirán entonces para paliar los síntomas del mal.

El tratamiento de la metritis cervical puede ser directo, realizándolo por medio de los toques que durante mucho tiempo han formado la única medicación. Era proverbial en las clínicas de ginecología la curación uterina por medio del *spéculum* cilíndrico para aplicar al cuello del útero diversas substancias medicamentosas; esto bastaba cuando la patología uterina estaba reducida á las afecciones visibles, así es que muchos medios han gozado de gran fama y algunos siguen gozándola. Las substancias con que efectuamos los toques pueden ser líquidas, empleando entonces el pincelito, ó pulverulentos, que nos harán

recurrir á otro instrumento para llevarlas al cuello del útero. En cuanto á la acción de estos medicamentos puede ser antiséptica ó *alterante*, como se llamaba en épocas anteriores, y también cáustica. Disfrutan de la primera muchos agentes, como la tintura de yodo ó yodo yodurada, las disoluciones de ácido fénico, bicloruro de mercurio, ácido salicílico y sobre todo la creosota, que quizás reuna condiciones mejores que los demás medios por su poder antiséptico y de difusión en los tejidos. También se han empleado materias pulverulentas de poder antiséptico reconocido, como el yodoformo, que puede aplicarse en substancia al cuello del útero, el bicarbonato sódico, sulfato de alúmina, de zinc, etc. Respecto de medios sólidos, casi entran en otra categoría, la de los cáusticos, aunque tenemos algunos, como los supositorios, que pueden colocarse en este grupo. Tales son las substancias que constituyen la medicación de la metritis cervical y con las cuales obtenemos resultados positivos en el primer período, llegando hasta la curación. Para obtener éxito, precisa que las lesiones no hayan alcanzado cierta evolución, pues en la forma quística y en la poliposa nada lograremos, triunfando sólo en la metritis catarral y en la hipertrófica, en determinados casos. Si las lesiones son muy acentuadas no alcanzamos la curación, pero obtendremos una mejora notable, disminuirán los reflejos, la leucorrea y las manifestaciones hemorrágicas si acaso existían. Este procedimiento, no sólo es un buen método paliativo, sino que sirve como ensayo para evitar el tratamiento radical, pues cuando por la cronicidad de la dolencia las lesiones han llegado á cierta altura, no lograremos la curación. Se comprende que así suceda, pues el medicamento no llega á los fondos de saco glandulares, donde reside la endometritis cervical, y hay necesidad de acudir á medios más enérgicos cual los cáusticos.

La tintura de yodo ó yodo yodurada no llega á destruir la mucosa, el ácido fénico en solución, como el mismo bicloruro mercúrico y la creosota, no llegan á los referidos fondos de saco ni cauterizan la mucosa como no se empleen en grandes cantidades. De aquí el uso de agentes de más energía, pues con la pasta de Canquoin ó de Viena, el ácido nítrico, el sulfúrico, el nitrato ácido de mercurio, los ácidos pétrico y crómico, se obtiene la curación; si no destruimos todas las glándulas afectas la desaparición del mal no puede conseguirse en modo alguno. Quédanos todavía un medio, antes del tratamiento decididamente quirúrgico, me refiero al termo-cauterio ó cauterio actual; destruyendo con el hierro candente la mucosa cervical hay resultados positivos, pero téngase en cuenta que la habilidad del ginecólogo consistirá en no destruir más tejido del que se debe para evitar la reproducción del mal. La técnica se reducirá al empleo del spéculum para descubrir el cuello del útero y separar las paredes vaginales, y á la aplicación del aparato que producirá una escara. Este método tan sencillo tiene sus inconvenientes, pues si cauterizamos con temor no sobrevendrá una curación verdadera, y respecto á los cáusticos potenciales, desconfiemos sobre todo del nitrato de plata, que modifica la superficie de la mucosa

de tal manera que la convierte en una especie de mucosa vaginal, favoreciendo la degeneración quística, con lo que sólo habremos cambiado la forma de endometritis. De todos modos, cuando los procedimientos cáusticos se emplean con valor, la curación es casi segura. En todos los cáusticos potenciales y actuales nos exponemos á obrar demasiado ó demasiado poco, pero empleados con prudente decisión nos dan curaciones en la mayoría de casos. Téngase presente que la escara formada por los cáusticos, ha de desprenderse, quedando al descubierto un espacio granular que se cura por segunda intención, y al venir el restablecimiento es muy común el desarrollo de estrecheces y atresias del cuello; las granulaciones de un lado se ponen en contacto con las de otro y el conducto cervical acaba por obturarse. Para evitar este enojoso accidente, precisa emplear después un tratamiento apropiado de larga duración. Por todos estos motivos, cuando una metritis cervical no sea curable por los medios suaves antisépticos ó alterantes, se emplea el tratamiento quirúrgico propiamente dicho, sustituyendo la mucosa dañada con otra que reúna condiciones aceptables. La intervención quirúrgica llamada operación plástica del cuello está indicada siempre que no podamos curar la metritis cervical por los medios antisépticos ó alterantes. Las ventajas que alcanzamos con este proceder son las siguientes: en primer lugar operamos con el bisturí, que es siempre más inteligente que el termo-cauterio y los cáusticos potenciales, y con él podemos llegar hasta donde nos convenga y nada más que hasta donde gustemos. En la operación plástica del cuello no hay deformidades consecutivas, pues la mucosa del cuello se sustituye con la vaginal, y finalmente las funciones del útero se restablecen completamente; así, la esterilidad, tributaria de la afección, se combate brillantemente con el acto operatorio susodicho.

La operación de Schröder es el mejor tratamiento de la metritis cervical, pero antes de apelar á ella podemos acudir á otro medio muy eficaz cual es el *rastrillaje del útero*, que se verifica con un instrumento especial, consistente en una cucharilla que tiene en una de sus caras varias lengüetas cortantes como láminas de bisturí, que salen á mayor ó menor profundidad y que aplicándolas á cualquier superficie la escarifican. Colocando esta lámina rastrillo en el cuello del útero, que no es muy dolorosa, y pasándola varias veces por aquel órgano, resultarán varios cortes más ó menos profundos; si después nos valemos del taponamiento con gasa empapada en creosota ó glicerina, solución fenicada ó yodoformo, los resultados serán mucho más beneficiosos, llevándonos á la curación. Fuera de estos casos, nada mejor que la operación de Schröder, la cual es de rigor en la degeneración quística y en alguna forma muy intensa de catarro cervical con hipertrofia glandular y sobre todo es necesaria cuando hay desgarró del cuello, lo que ya constituye casi enfermedad aparte. Dejaremos el estudio de la técnica para cuando estudiemos el raspado del útero, maniobra que describiremos más adelante.

En la forma poliposa no cabe ninguno de los medios indicados: si los pólipos

son muchos los extirparemos, si pocos, podremos arrancarlos. Con este objeto, se descubre el pólipo, se coge cerca de su pedículo y se dan varias vueltas tirando de éste hasta que se rompe; debe cuidarse de desinfectar la superficie del cuello antes y después de la operación. Raras veces sale alguna gota de sangre y cuando tal ocurre la aplicación del taponamiento basta para evitar la hemorragia que pudiera aparecer.

Lección XXXII

Endometritis del cuerpo.—Etiología y Patogenia.—Forma que reviste.—Curso y complicaciones.—Síntomas y diagnóstico.—Pronóstico.—Indicaciones y tratamiento.—Distintos medios empleados.—Indicaciones quirúrgicas.

Entiéndese por endometritis del cuerpo del útero, la inflamación de la mucosa de esta parte. Constituye una enfermedad mucho menos frecuente que las endocervicitis, aunque tenga la misma etiología; las infecciones ascendentes pueden determinar endometritis del cuerpo, como son capaces de producir endometritis del cuello, aunque conviene hacer observar algún hecho digno de fijar la atención. Las infecciones del cuello preséntanse fácilmente en nullíparas y vírgenes, lo que no ocurre en las endometritis del cuerpo, pues en aquéllas el proceso infectivo queda detenido por la estrechez, espasmódica ó no, del istmo uterino, que impide el progreso de aquél á la cavidad del útero. Y como esta contracción que reduce el orificio del istmo no se presenta en las múltiparas, por la gran dilatación de aquél, gracias á los partos, se comprende que en ellas la infección avance al cuerpo del órgano, produciendo las lesiones características. De aquí la frecuencia de la endometritis del cuerpo en las múltiparas y su relativa rareza en las nullíparas. Continuando el estudio de la etiología, si recordamos las metritis por retención, originadas por trozos de membrana, cotiledones placentarios, etc., que permanecen en el cuerpo del órgano, comprenderemos otra razón de la mayor frecuencia del mal en las múltiparas. Cuando la enfermedad recae en jóvenes solteras se debe á infecciones generales como la fiebre tifoidea, que dejan localizaciones uterinas.

La anatomía patológica de la metritis del cuerpo tiene suma importancia; las lesiones serán distintas de las que ofrece la endometritis cervical, pues los caracteres de ambas mucosas difieren en extremo. En el cuerpo del útero encontramos la mucosa constituida por un epitelio cilíndrico con pestañas vibrátiles (lo cual le distingue del epitelio del cuello) que recubre las glándulas, las cuales son tubulares y no penetran en el tejido muscular. Existe un verdadero dermis ó estroma de la mucosa que rellena el espacio entre glándula y glándula; las lesiones han de recaer precisamente en este punto y revestir carácter indepen-

diente por la gran vascularidad del tejido. Caracterízanse las lesiones por una hipertrofia é hiperplasia de los elementos de la mucosa, ocasionando diversos tipos de endometritis, según la clase dominante de aquéllos. Si la hipertrofia é hiperplasia recaen en las glándulas, preséntanse éstas en culebreo, formando flexuosidades y hasta puede ser que penetren en la capa muscular; el epitelio también se hipertrofia, encontrándose en ciertos puntos en vías de mortificación: es la endometritis glandular ó leucorréica. Otras veces la hipertrofia recae en el tejido conjuntivo interglandular, que crece comprimiendo las glándulas y atrofiándolas; en este caso pueden ocurrir dos variedades, ó bien se desarrolla excesivamente el tejido conjuntivo ó se hipertrofia el vascular. En el primer caso hay desaparición y atrofia de las glándulas, verdadera esclerosis de la mucosa del cuerpo uterino, llámase esta forma *endometritis esclerósica*. Si predomina el tejido vascular, fórmanse excrecencias ó elevaciones en la mucosa, formándose la *endometritis hemorrágica ó fungosa*. Obsérvase que estas formas se relacionan con la etiología y patogenia del mal; así, en la infección gonorreica la mucosa del cuerpo propende á la forma glandular, mientras que en las metritis por retención hay tendencia á la forma vascular y en las que reconocen por causa un estado general de la enferma, compruébase la tendencia á la forma esclerósica.

Los síntomas de la endometritis del cuerpo se relacionan con la lesión anatómica; así es que admitiremos tres tipos clínicos de la enfermedad por el carácter de aquélla y los síntomas á ella correspondientes. El primero incluirá la forma leucorreica, el segundo la hemorrágica y el último la esclerósica. Depende de la forma leucorreica de la hipertrofia é hiperplasia glandular que ha de traducirse en un flujo que revestirá ciertos caracteres: es más ó menos claro, poco mucoso, de color verdoso ó amarillento y nada espeso. La leucorrea molesta á la enferma durante los períodos intermenstruales, pues reviste una forma de continuidad desesperante; tampoco desaparece durante el período de la menstruación, en el cual sale el flujo mezclado con la sangre. La función menstrual sufre pocas alteraciones, sobre todo en la periodicidad; en cuanto á su cantidad, el menstuo más bien se encuentra disminuído.

Muy distinto es el carácter de la forma hemorrágica: en ésta, si bien existe leucorrea es en mínima cantidad, pues lo que constituye la afección es la hipertrofia de los tejidos conjuntivo y vascular que originan las formas fungosas y poliposas. El síntoma predominante es la hemorragia, sobre todo durante el período menstrual, que aumenta asimismo en duración y hasta se presenta de una manera anticipada y con cierta irregularidad.

Finalmente la tercera forma ó esclerósica se presenta raras veces y ofrece como elemento predominante la hipertrofia del tejido conjuntivo, con atrofia de la parte glandular y vascular. Aunque, conforme hemos dicho, esta forma es la menos frecuente, conviene recordarla, pues á veces es una terminación de las inflamaciones crónicas. La menstruación se altera disminuyendo y hasta falta por completo.

Tales son las manifestaciones especiales de las formas clínicas indicadas. Por lo demás, todas ofrecen ciertos caracteres; el dolor, por lo común, es lumbar y aparece con mucha persistencia; también existe dolor hipogástrico que se localiza en la vejiga urinaria, presentándose á veces micción dolorosa y frecuente, como no es raro que haya dolor á la defecación y coccigodínea. El coito suele ser molesto aunque no doloroso, pues la sensibilidad erótica se halla rebajada. Preséntase, asimismo, dismenorrea y es muy frecuente la esterilidad, lo cual depende de las malas condiciones anatómicas en que se encuentra la mucosa del cuerpo uterino para verificarse la nidación. Gracias á esta circunstancia, el aborto es muy frecuente si la fecundación se realiza, pues las relaciones entre el feto y la madre no pueden establecerse de una manera perfecta y acabada; el aborto llamado *de repetición* débese casi siempre á la endometritis del cuerpo. En cuanto á los fenómenos reflejos aparecen en formas neurasténicas y recaen en el aparato digestivo y sistema nervioso.

Entre los síntomas de la endometritis del cuerpo figura uno que merece tratarlo aparte pues determina una forma especial de metritis. En ella hay una acentuada hipertrofia de la mucosa que al venir el período menstrual, en virtud de los fenómenos de renovación, se desprende formando verdaderos colgajos que se expulsan, por lo cual la enfermedad se ha llamado *metritis pseudo-membranosa*, habiéndose denominado también *dismenorrea membranosa*. Los dos síntomas capitales de la enfermedad son el desprendimiento de una extensa membrana, junto con un dolor vivo durante el período menstrual. Consiste la enfermedad en una inflamación crónica de la mucosa del cuerpo del útero con hipertrofia y expulsión de la misma durante el período menstrual. Respecto á su etiología y patogenia, puede ser primeramente congénita, así, se da el caso de mujeres que al empezar la menstruación han echado la primera membrana *et sic de cæteris*, caracterizándose cada período menstrual por la expulsión de dicha membrana. En este caso la endometritis pseudo-membranosa entra en la categoría que podríamos llamar constitucional, pues gracias á las condiciones generales de la enferma, la mucosa del útero se altera profundamente; las enfermas son generalmente linfáticas y á veces escrofulosas. No siempre hallamos este antecedente, pero, en general, nunca predominan tales formas en mujeres robustas y bien desarrolladas. En cambio la metritis pseudo-membranosa adquirida, no origina trastorno alguno durante mucho tiempo, pero al hacerse crónica aparece el dolor menstrual y la expulsión de la membrana indicada después de su engrosamiento é hipertrofia. A veces la membrana es de dimensiones reducidas, otras, por el contrario; mide toda la extensión del útero, desde el istmo al fondo. Respecto á los demás caracteres, la membrana es afelpada, blanca y examinada al microscopio demuestra la estructura de la mucosa uterina, dominando el tejido conjuntivo y escaseando el glandular. Dicha forma de endometritis produce una variedad sintomática en la cual no hay leucorrea, ni hemorragias, sino que predomina el dolor en el período menstrual. Este síntoma desapa-

rece en las épocas intermenstruales, pero al llegar al período de la menstruación, preséntase dismenorrea, sostenida hasta la expulsión de la membrana; una vez terminada la función menstrual todo declina y no hay leucorrea, en cambio, compruébase un hecho de rigor: la esterilidad. Explícase este fenómeno por las malas condiciones de la mucosa uterina, que dificultan ó impiden la nidación, con lo que el acto fecundante no puede realizarse. Téngase presente que este síntoma es más acentuado en la forma de endometritis que estudiamos que en todas las demás.

Todavía tenemos que describir otra forma, pero la dejaremos para más adelante, en atención á que presenta caracteres suficientes en su patogenia para formar un tipo aparte. Esta forma, relacionada con la sub-involutiva, va precedida de un parto, y tiene tales particularidades que bien merece capítulo aparte, como lo hacían los autores antiguos: me refiero á la metritis sub-involutiva.

El diagnóstico de la endometritis del cuerpo es más ó menos hacédero, según cual sea la forma de aquélla. Atendiendo á la historia de la enferma podremos sospechar la existencia de las formas glandular, fungosa ó esclerósica; si se trata de la pseudo-membranosa no cabrá duda de ninguna clase desde el momento en que hayamos visto y reconocido el cuerpo extraño y sobre todo cuando observemos la reproducción del fenómeno á cada flujo catamenial. Por lo que toca á las formas leucorreica y hemorrágica debe procederse á la exploración: los síntomas que con ella obtendremos serán pocos pero de gran valor; si no existe nada en el cuello, la inspección sólo nos dará la certeza del origen uterino de la leucorrea; apelando al spéculum veremos que el flujo es más ó menos claro, pero sale del útero. Por el tacto apreciaremos algún síntoma de gran utilidad diagnóstica; el cuello permanece en su sitio y conserva su consistencia normal, comprimimos diversos sitios y no despertamos dolor, pero al llegar al fondo de saco de Douglas y comprimiendo la cara posterior del útero aparecen fenómenos dolorosos de bastante intensidad. Este síntoma es bastante significativo, pues no permite duda alguna tocante al diagnóstico; si recurrimos al cateterismo del útero, llegamos á una región en la cual, comprimiéndola, la enferma se siente molesta; al penetrar el histerómetro unos seis ó siete centímetros y al tocar el fondo del útero, el dolor es agudo y hasta agudísimo. El cateterismo nos proporciona otro síntoma de la endometritis; no es rara la retención en el útero de cierta cantidad de flujo leucorreico, y por tanto, al retirar la sonda lo podemos observar, pero no es esto solo, sino que aquél va teñido en sangre. El contacto de la sonda con una mucosa sana no produce la escasa hemorragia que indicamos; en cambio, tratándose de una mucosa hipertrofiada en sus elementos glandulares ó vasculares, rásganse los vasitos de nueva formación, ocasionando el fenómeno llamado *esputo sanguíneo del útero*. De lo dicho se desprende, que con los antecedentes de la enferma y los datos adquiridos por la exploración, puede establecerse sin dificultad el diagnóstico de endometritis.

Las dificultades se presentan cuando se trata de fundar un diagnóstico dife-

rencial entre la enfermedad que nos ocupa y otras afecciones uterinas y periuterinas. Así, es sumamente difícil y á veces imposible distinguir una endometritis de un fibroma del útero. El diagnóstico entre la endometritis fungosa y las degeneraciones malignas de la mucosa uterina, como el cáncer difuso y sobre todo el adenoma, encierra obstáculos serios. A semejanza de lo que hemos visto en las metritis del cuello, deben admitirse facilidades patogénicas para que las inflamaciones crónicas determinen neoplasias malignas. El adenoma no se diferencia mucho de la endometritis, lo cual explica que muchos autores lo hayan considerado como consecuencia de esta última, y que algunos la estudien con la misma, por su gran analogía anatómo-patológica. Sin embargo, el pronóstico, que es muy diferente en ambas enfermedades, justifica la separación de estas entidades nosológicas.

El curso de la dolencia es esencialmente crónico y la incurabilidad es de rigor si el mal se abandona á sí mismo, á menos que cambie de forma. No es raro que las mujeres afectas de endometritis del cuerpo, vean aparecer prematuramente la menopausia con lesiones de carácter esclerósico. Scanzoni, el gran ginecólogo anterior á nuestra época, afirmaba ya la incurabilidad de la leucorrea uterina cuando llevaba años de duración; esto indica el carácter del afecto: á veces el endometrio se atrofia y aparece una forma especial de la afección con todas las molestias de la misma, menos las que acompañan al período menstrual. La enfermedad es, pues, de curso crónico y además incurable abandonada á sí misma.

Por lo que se refiere á complicaciones, son tantas, que apenas pueden enumerarse. Sólo haremos notar que la endometritis del cuerpo predispone á otras enfermedades de frecuente aparición después de aquélla. La nutrición del órgano se altera y queda éste en condiciones abonadas para los cambios de posición, por esto raras veces se encuentran desviaciones del útero sin endometritis anteriores que han obrado como elemento patogénico. También se crean condiciones favorables para la aparición de neoplasmas benignos (fibroma) ó malignos (cáncer del cuerpo, adenoma), y el estudio de esta relación interesa tanto, que á él se deben muchos progresos en Ginecología. Aunque se trabaja mucho en este asunto, queda mucho por hacer. La endometritis del cuerpo influye también en el producto de la concepción y en los procesos infectivos de los anexos del útero: es raro que una salpingitis no vaya precedida de una endometritis. En una palabra, las endometritis del cuerpo forman un elemento de gran importancia en los afectos del aparato genital.

El pronóstico debe formarse de cierta gravedad, pues si bien la afección no ataca la vida de la enferma, depaupera de tal modo su organismo, lo mina tan profundamente por las pérdidas leucorreica, menorrágica y por los reflejos nerviosos, que lo deja expuesto á complicaciones ulteriores. La nutrición defectuosa del aparato y las malas condiciones del sistema nervioso dejan á la enferma en mala situación. Con todo, si la enferma es robusta, puede resistir más los estragos del mal que otra de poca resistencia orgánica.

En cuanto al tratamiento, es muy similar al que empleamos en las endometritis del cuello. Sabemos ya qué medios se usan en ésta y que por tanto tend.án aplicaciones á nuestro caso. Sin embargo, las condiciones de la región son muy distintas, pues no hay tantas facilidades para el tratamiento local. Podemos servirnos de los aplicadores para llevar sustancias medicamentosas al cuerpo del útero, ó de una jeringa (inyecciones intrauterinas) si la sustancia es líquida. A pesar de todos estos medios, no logramos adelantar mucho y sólo conseguiremos efectos paliativos, pues los procedimientos directos para curar la dolencia son de índole quirúrgica y de carácter más ó menos agresivo.

Las sustancias que introduzcamos en la cavidad del útero para corregir la endometritis del cuerpo, deben ser antisépticas ó alterantes para que modifiquen la mucosa y desinfecten la cavidad. Una de las causas que dificultan la completa curación de la dolencia, es que la cavidad no puede desaguar su contenido en razón á la estrechez del orificio interno del cuello. Por este motivo se recurre á la dilatación del útero que facilita el desagüe y la introducción de sustancias medicamentosas. Obedeciendo á estos principios, tenemos un excelente medio de tratamiento que sirve de transición entre los recursos más simples y los actos quirúrgicos de trascendencia; es el taponamiento intra-uterino que debe realizarse con gasa esterilizada que lleve una sustancia antiséptica, comunmente glicerina creosotada. Dilátase el útero, introdúcese en él la gasa en tiras de 2 ó 3 centímetros de anchura y se rellena con ella toda la cavidad, con lo cual se obtiene un desagüe completo y perfecto. Por bueno que sea este procedimiento, hay ciertos casos, v. gr.: las endometritis crónicas de forma vascular, glandular, etc., en que la mucosa se ha alterado de tal manera, que aunque llegue á desinfectarse no desaparece la enfermedad, porque las glándulas ya hipertrofiadas ó el tejido conjuntivo y vascular (según la forma del mal) muy extendido, impiden que todo vuelva á su primitivo estado. De aquí que hubiese antes la creencia de la incurabilidad de ciertas endometritis.

Cuando fracasemos con todos los recursos acabados de mencionar, recurriremos á la intervención quirúrgica. Los medios de que podemos valernos para destruir las lesiones producidas por la infección y para ponernos á cubierto de la recidiva de ésta, pueden consistir en los cáusticos potenciales y actuales ó en la intervención instrumental. Respecto á los cáusticos potenciales, si bien los hay bastante enérgicos para curar la endometritis, usados en cantidad suficiente dentro del cuerpo uterino, las consecuencias de esta manera de obrar, la hacen temible. En efecto; así como en el cuello no la rechazamos, en el cuerpo debemos condenarla en absoluto, porque compromete las funciones del órgano y expone á enojosos accidentes. El cáustico, sea el cloruro de zinc con harina en ciertas proporciones, sea el nitrato de plata, el ácido nítrico, etc., destruye la mucosa hasta un límite imposible de regular de antemano, no la destruye de una manera igual y á veces la desprende por completo llegando á interesar la túnica muscular del órgano. Ahora bien, la existencia de una parte de la mu-

cosa, por pequeña que sea, es condición indispensable para asegurar su reproducción y el funcionalismo del útero; si no se realiza esta circunstancia, la mujer quedará estéril. Además se producirán estrecheces y hasta atresias que serán causa de dismenorrea intensa; en una palabra, aparecerá un conjunto de fenómenos que reclamarán un tratamiento más serio que el de la enfermedad que quisimos combatir. Existe asimismo el inconveniente de que este método es muy doloroso, pues á los pocos momentos de llevar la barra de nitrato de plata ó de cloruro de zinc, despiértanse cólicos uterinos de violencia inusitada. No debe olvidarse tampoco la posibilidad de que el cáustico enfile por las trompas y sobrevengan fenómenos flogísticos en los anexos, mucho más graves también que la enfermedad de que tratamos. El procedimiento, pues, debe abandonarse, á pesar de que algunos han salido en su defensa.

En cuanto al empleo del termo-cauterio, diremos que tiene más dificultades que en el cuello del útero. En primer lugar no tenemos la mucosa del cuerpo á la vista y luego es fácil interesar el cuello del útero. Ciertamente que puede aplicarse el gálvano cauterio, cuya bola se pone incandescente cuando queremos, pero siempre resulta un procedimiento ciego. Y si inconvenientes tiene en el cuello la formación de cicatrices que ocasionen estrecheces y atresias, mayores todavía existen cuando se trata del cuerpo. De aquí la necesidad de recurrir á la intervención quirúrgica.

La aplicación de este método al cuerpo del útero se hace para destruir las lesiones que se han hecho permanentes, teniendo siempre en cuenta que debe dejarse cierta porción de mucosa para su regeneración. De este modo hacemos posible la fecundación, pues destruyendo el *endometrium* acabaríamos para siempre con las funciones generadoras. Hay hechos que indican la posibilidad de la reproducción completa de la mucosa. Durante el período menstrual, la referida membrana experimenta tales cambios que se desprende extensamente; sin embargo, transcurrido aquél, cesa el trabajo destructivo y regenerase la mucosa, volviendo todo á su primitivo estado. Hipertrofiase asimismo la referida membrana, formando lo que se llama *caduca* y viniendo á constituir una de las membranas del huevo; al verificarse la expulsión del feto expúlsase esta *caduca*. El desprendimiento de la membrana es completo por lo que se refiere á ella en sí, pero no en cuanto atañe á los elementos anatómicos. Estos quedan en número suficiente para reconstituir la mucosa, siempre permanecen fondos de saco glandulares, células fusiformes, etc., que son el punto de partida del proceso regenerador del estroma de la mucosa uterina. Esta destrucción de la mucosa podemos realizarla á la manera de lo que ocurre en el parto; esto es, en gran cantidad, teniendo cuidado de dejar algún elemento para que se regenere. El objeto que nos proponemos es doble; destruir las lesiones anatómicas y dejar la mucosa uterina en condiciones de que pueda reconstituirse. No hay otra mucosa como la del útero que sufra estas destrucciones y renovaciones sucesivas durante toda la vida; de este hecho fisiológico puede el ginecólogo tomar pie para

instituir los medios de tratamiento adecuados. Las pruebas experimentales de nuestro aserto abundan sobremanera; se ha observado en animales que después de destruirse la mucosa, con tal que se conserven algunos elementos, á los treinta y cuarenta días se reconstituye. Esto nos explicará la facilidad como después de la intervención quirúrgica se restablecen las funciones propias del órgano.

Habíase achacado al tratamiento curativo de la dolencia, la desventaja de producir una esterilidad consecutiva. Este argumento aplicado al raspado del útero no tiene ningún valor, pues carece de fundamento. A cualquiera que tenga alguna práctica ginecológica ha de sorprenderle la facilidad con que después del raspado del útero se realizan las funciones de generación y cómo llegan á feliz término.

El tratamiento quirúrgico de la endometritis del cuerpo es de fecha reciente. Contentábanse antes los ginecólogos, como el mismo Scanzoni, indudablemente la figura de más talla de la Ginecología anterior á nuestra época, con un tratamiento paliativo. Con todo, bueno es recordar que Recamier á principios de este siglo inventó una cucharilla para el raspado, pero como en aquella época toda intervención intrauterina revestía un carácter de gravedad exagerado, se hacía poco uso de ella. Se comprende que no se verificara el raspado en aquel tiempo, pues una de las condiciones de este medio de tratamiento es su inocuidad; la enfermedad abandonada á sí misma puede propagarse á los anexos y ocasionar afectos de suma gravedad, y en cambio el tratamiento quirúrgico bien empleado es inocuo y de resultados seguros. Hoy día puede asegurarse la benignidad del tratamiento quirúrgico, á condición de observar debidamente las indicaciones y contraindicaciones. Las primeras vienen incluidas en lo que acabamos de decir; en cuanto á las segundas, son tan interesantes como difíciles de conocer y observar; hasta puede decirse que es más difícil estudiar las contraindicaciones de un raspado que las de una laparatomía. En efecto, en estas últimas podemos prescindir de las complicaciones, pues la enfermedad principal ofrece un peligro inminente, trátase, por ejemplo de un tumor en el abdomen ó de un quiste del ovario, ambos amenazan la vida de la enferma, caso de no ser extirpados, y se comprende que frente á este riesgo, no nos cuidemos de los demás.

Conviene, pues, que antes de proceder al raspado estudiemos las condiciones en que se encuentra la enferma, para que de nuestro tratamiento no resulte un peligro mayor. Por haber querido tratar todas las afecciones uterinas por el raspado, han ocurrido muchos accidentes. Se ha llegado á decir que podía emplearse este medio de tratamiento en las formas agudas de metritis, lo cual es un enorme desatino. Cuando existan afectos agudos del útero no debe practicarse el raspado: este principio es absoluto. Si las afecciones flogísticas agudas radican en el tejido celular peri-uterino ó en el peritoneo pelviano, debemos también abstenernos.