

Juan Nuevo

MANUAL PRÁCTICO
DE GINECOLOGIA
Y DE LAS
ENFERMEDADES DE LAS MUJERES



BIBLIOTECA ECONÓMICA DE MEDICINA Y CIRUJÍA

MANUAL PRÁCTICO

GLA FICOG BOGIA

REDACCION

DE LA

BIBLIOTECA ECONÓMICA DE MEDICINA Y CIRUJÍA

D. Manuel M. Carreras.
Isidoro de Miguel.
Joaquin Torres.



D. Rafael Ulecia.
José Ustáriz.
Cárlos de Vicente.

BIBLIOTECA ECONÓMICA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

10922

MANUAL PRÁCTICO

DE

GINECOLOGÍA

Y

DE LAS ENFERMEDADES DE LAS MUJERES

POR EL

DR. L. DE SINÉTY

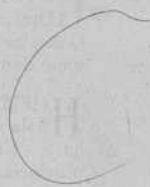
Miembro de las Sociedades de Biología, Anatómica y Antropológica de París

VERSION ESPAÑOLA

DE LA

BIBLIOTECA ECONÓMICA

CON GRABADOS INTERCALADOS EN EL TEXTO



R/7229

MADRID

IMPRENTA DE ENRIQUE TEODORO

calle de Atocha, número 80

1882

OBRAS PUBLICADAS

POR LA

BIBLIOTECA ECONÓMICA DE MEDICINA Y CIRUJIA

ADMINISTRACION: D. Miguel Armengot, calle de las Huertas, 78, bajo. — MADRID

BUCHHOLTZ. — *Guía elemental del Médico práctico*. (Resúmen de Medicina, Cirujía y Terapéutica.) — Version española del Dr. M. Carreras Sanchis. — Un tomo de más de 400 páginas. — Precio: **6,50** pesetas en Madrid y **7,50** en provincias.

DAMASCHINO. — *Enfermedades de las vías digestivas*. Lecciones dadas en la Facultad de Medicina de París. — Traducción del Dr. M. Carreras Sanchis. — Un tomo de 600 páginas. — Precio: **9** pesetas en Madrid y **10** en provincias.

GUISLAIN. — *Lecciones orales sobre las Frenopatías*, 6. Tratado teórico y práctico de las enfermedades mentales. Curso dado en la Clínica de los enajenados de Gante. — Version española de M. Carreras Sanchis y J. Torres Fabregat, con un prólogo del Dr. Esquerdo, y una carta dirigida á dicho señor sobre los *Conflictos entre la Frenopatía y el Código*, por el Dr. Pulido. — Dos tomos de cerca de 600 páginas. — Precio: **17,50** pesetas en Madrid y **19,50** en provincias.

GUYON. — *Elementos de Cirujía clínica*, traducido y extensamente anotado por los Dres. D. Isidoro de Miguel y D. José Ustáriz, con un prólogo del Dr. D. Santiago Gonzalez Encinas, catedrático de Clínica quirúrgica de la Facultad de Madrid. — Un tomo de unas 1.100 páginas. — Precio: **17** pesetas en Madrid y **18** en provincias.

HOFMANN. — *Elementos de Medicina legal y de Toxicología*. — Version española del Dr. M. Carreras Sanchis, completada con la legislación vigente en España. — Un tomo de más de 650 páginas. — Precio: **11** pesetas en Madrid y **12** en provincias.

RIZZOLI. — *Clínica quirúrgica*, Memorias de Cirujía y de Obstetricia. — Version española del Dr. D. José Ustáriz, con un prólogo del Excmo. Sr. D. Juan Creus y Manso, catedrático de Patología quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid. — Dos abultados y elegantes tomos, con numerosos grabados. — Precio: **17** pesetas en Madrid y **18** en provincias.

URBANTSCHITSCH. — *Tratado de las enfermedades del oído*. — Version española de D. Manuel M. Carreras Sanchis y D. Carlos de Vicente. — Un tomo elegantemente impreso, con 88 grabados intercalados en el texto y 10 láminas litografiadas al final. — Precio: **8** pesetas en Madrid y **9** en provincias.

VULPIAN. — *Clínica médica del Hospital de la Caridad*. — El notable libro del ilustre decano de la Facultad de París, cuya traducción ha estado á cargo de los Sres. D. Joaquin Torres Fabregat y D. Carlos de Vicente, forma un tomo de muy cerca de 700 páginas. — Precio: **10,50** pesetas en Madrid y **11,50** en provincias.

INTRODUCCION

La Ginecología (de γυνή, mujer, y λόγος, tratado) comprende el estudio de las numerosas manifestaciones que pueden presentarse en el organismo de la mujer, tanto en el estado de salud como en el estado patológico. Nosotros no estudiaremos, sin embargo, las cuestiones que se refieren únicamente á la gestacion y al parto, exceptuando tan sólo de ellas la gestacion extra-uterina. Limitado así nuestro objeto, y apartándonos de la mayor parte de los autores que describen primero las afecciones del útero, principiaremos por las de los órganos genitales externos, modo de exposicion que parece más lógico, puesto que dichas afecciones son las primeras que se presentan al observador. Estudiaremos, pues, sucesivamente las enfermedades de la vulva, las de la vagina, las del útero, las de los ovarios, y finalmente las de las mamas, cuyos órganos pueden considerarse como un anejo del aparato genital por los numerosos lazos fisiológicos y patológicos que á él los unen. Hé aquí, en resúmen, el orden que seguiremos en esta obra:

- 1.º La Primera Parte tratará de los diversos medios de exploracion;
- 2.º La Segunda la dedicaremos á las afecciones de la vulva y de la vagina;
- 3.º La Tercera á las afecciones del útero;
- 4.º La Cuarta á las de sus anejos, ovarios, trompas, ligamentos anchos;
- 5.º En la Quinta, despues de dar una idea de la anatomía y fisiología



de la mama, estudiaremos algunas de las enfermedades de esta glándula, sin abordar la historia de los tumores mamarios, los cuales, concerniendo más bien á los tratados de Cirujía, nos llevarían demasiado léjos.

Cada uno de estos capítulos irá precedido de una introduccion anatómica sobre la estructura de los órganos de que se trata.

La descripcion del estado normal hará necesariamente más claros y más comprensibles los caracteres de las diversas lesiones.

Considerando la Anatomía patológica como una de las mejores bases sobre que puede apoyarse la clínica, hemos dado un desenvolvimiento bastante considerable á esta parte de nuestro trabajo.

Las Memorias más importantes y más recientes, relativas á estos diferentes objetos, serán tan sólo indicadas. Podrán encontrarse datos bibliográficos detallados, cuya ampliacion no cuadraría con la extension de este Manual.

Con efecto, no tenemos la pretension de publicar un tratado completo, sino solamente un resumen de nuestros conocimientos actuales en Ginecología.

DR. SINÉTY.

MANUAL PRÁCTICO
DE
GINECOLOGÍA

Y DE
LAS ENFERMEDADES DE LAS MUJERES

PARTE PRIMERA

MEDIOS DE EXPLORACION

DEL EXÁMEN DE LA VULVA

Los primeros datos que suministra el exámen de los órganos genitales externos serán frecuentemente de gran utilidad. Bastarán por sí solos para observar el estado del hímen, ciertos vicios de conformacion, tales como las vaginas dobles ú obliteradas, y sobre todo las diversas manifestaciones de la sífilis, cuyo sitio de predileccion es la region vulvar.

La naturaleza de los líquidos que fluyen por la vulva servirán igualmente en muchos casos para ponernos en camino de hacer un diagnóstico, segun que estén constituidos por moco, sangre ó pus. Pero las nociones proporcionadas por la sola inspeccion no pueden ilustrarnos sobre el estado de las partes profundas. Así, es necesario recurrir á otros diversos modos de exploracion: el tacto, la palpacion, el exámen por medio del espéculo, el cateterismo uterino y la dilatacion de la cavidad cervical.

DEL TACTO

TACTO VAGINAL

El tacto vaginal deberá practicarse con tanto más cuidado cuanto que por sí sólo sirve más que todos los otros medios reunidos, y permite muy frecuentemente determinar si existe ó no un estado morbosos de los órganos genitales.

Este procedimiento de exploracion es el que ménos repugna á las en-

fermas, porque puede usarse sin descubrirlas, lo cual es necesario evitar tanto como sea posible. Por esta razón debemos insistir sobre las diversas precauciones que es necesario tomar para emplearle útilmente.

El tacto puede practicarse estando la mujer de pie ó acostada.

Estando la mujer de pie, el tacto suministra nociones muy exactas sobre la situación del órgano uterino. Es necesario apoyar á la enferma contra un plano resistente para impedir que se desvíe ante el dedo explorador, y recomendarla además que incline el tronco algo hácia adelante.

Las más veces se tasta á las mujeres estando acostadas; y esto es porque es útil habituarse á hacer uso indiferentemente de la mano derecha ó de la izquierda.

En efecto, en muchas circunstancias, la posición de la cama no permite la elección, y se encuentra uno obligado á servirse de la mano derecha si el explorador está colocado á la derecha de la enferma, y de la mano izquierda si está colocado á su izquierda.

Cualquiera que sea la situación de la mujer y la mano que se emplee, debe llevarse el borde externo del índice, previamente cubierto de un cuerpo graso, sobre el perineo de la enferma. El dedo, conducido hácia adelante, repasa la horquilla, y después, impulsado suavemente de abajo á arriba y de delante á atrás, penetra sin dificultad. Después de haber explorado toda la extensión de la cavidad vaginal se llega al cuello del útero, que forma un ángulo, más ó menos abierto, con el eje de la vagina. En la mujer en estado normal, el labio anterior del cuello es el que primero se encuentra.

En cuanto á los cuatro dedos inactivos en la práctica del tacto vaginal, el pulgar se dirigirá hácia el vértice de la vulva, evitando el contacto del clítoris; el medio y los otros dos se dirigirán hácia atrás en flexión sobre la mano.

Hace algunos años, muchos médicos practicaban aún el tacto vaginal pasando la mano por debajo del muslo, previamente doblado. Por lo general, es más cómodo llevar la mano por entre los dos muslos separados, y hoy día este procedimiento es el que se sigue con más frecuencia.

En algunos casos excepcionales es útil introducir dos dedos en la vagina. De este modo se pueden apreciar mejor ciertos detalles, tales como las dimensiones de un tumor. Además, siendo el dedo medio más largo que el índice, penetra más profundamente.

En las vírgenes se ha aconsejado limitarse á practicar el tacto rectal.

Pero este último se halla lejos de dar todos los datos que suministra el tacto vaginal; y cuando la membrana hímen está intacta todavía, se puede conseguir penetrar hasta el cuello sin desgarrarla.

Basta para ello hacer aproximar los muslos de la mujer.

En tal situación, el hímen, en lugar de estar tenso y resistente como cuando los muslos se hallan separados, se deja, por el contrario, deprimir

fácilmente, y, en la mayor parte de los casos, el dedo penetra sin lesionarle y no causando más que un dolor muy ligero.

Además de los datos que nos suministra sobre el estado del perineo y de los órganos genitales externos, el tacto vaginal nos da una serie de indicaciones sobre la temperatura de la vagina, el estado de su mucosa y las dimensiones de sus diversos puntos.

La exploración de los fondos de saco se practicará siempre con gran cuidado. En efecto, por ella venimos en conocimiento, las más veces, de las lesiones de los ovarios, de las trompas, de los ligamentos anchos, y sobre todo del peritoneo pelviano. Finalmente, por el tacto vaginal podemos apreciar el volumen del cuello y de una parte del cuerpo uterino, el grado de movilidad, el peso y la sensibilidad del útero.

Para juzgar de su peso se debe impulsar al órgano de abajo á arriba, apoyando el dedo sobre la extremidad inferior del cuello. Por el contrario, para comprobar su grado de movilidad se tratará de imprimirle movimientos de báscula, rechazando ó atrayendo el cuello en uno y en otro sentido.

En muchas mujeres, aún en el estado fisiológico, los movimientos así comunicados al útero, la presión sobre el hocico de tenca, ocasionan cierta sensación dolorosa. Es necesario no confundir esta impresión fugaz, que desaparece al cabo de un instante si la presión persiste, con los vivos dolores que se producen en los casos de lesiones del órgano, como en ciertas metritis, por ejemplo.

TACTO RECTAL

En muchas circunstancias es necesario comprobar por el tacto rectal los datos suministrados por la exploración vaginal. Para ello se acostará á la enferma sobre su plano dorsal. No se la deberá hacer acostar sobre un plano lateral más que en los casos excepcionales en que se quiera alcanzar un tumor situado lateralmente.

Llevado el dedo hácia el orificio del ano, se dirigirá hácia atrás y arriba para franquear el esfínter y penetrar suavemente en el recto.

A tres ó cuatro centímetros del ano se percibe el cuello del útero, que forma una eminencia más ó menos considerable según la situación del órgano mismo. Remontando por encima de este punto, se explora la cara superior y los bordes laterales del útero; pero no se puede alcanzar el fondo, salvo en los casos de retroflexión ó de retroversión. El tacto, por esta vía, proporciona igualmente preciosas indicaciones sobre el estado de los otros órganos contenidos en la pequeña pelvis.

Si se quisiera explorar la pared recto-vaginal, será necesario introducir el índice en el recto y el pulgar en la vagina. Abrazando de este modo al

perineo en el primer espacio inter-digital, es fácil darse cuenta del estado de los tejidos situados entre los dos dedos.

Antes de practicar el tacto, es útil recomendar á las enfermas que evacuen el intestino por medio de una lavativa.

Esta precaucion debe tomarse siempre, cualquiera que sea el género de exámen que se haya de emplear. Con tanto más motivo cuanto que las mujeres atacadas de afecciones uterinas están atormentadas frecuentemente de un estreñimiento pertinaz, y la acumulacion de materias fecales es un obstáculo, no sólo para practicar el tacto, sino tambien para la introduccion del espéculo.

En estos últimos años, Simon (de Heidelberg) ha preconizado el tacto rectal con muchos dedos, y hasta con toda la mano introducida en el recto (1).

Para esta exploracion debe someterse á la enferma á la anestesia cloróformica.

Préviamente vaciado el intestino, se introduce la mano poco á poco á través del orificio anal, dilatándole lentamente por medio de movimientos de rotacion. Primero se introducen dos dedos, despues cuatro, y por último los cinco dedos, aproximados los unos á los otros en forma de cono, tomando, en una palabra, la posicion que adopta la mano del tocólogo para penetrar en el útero. Si la tension de la piel del ano es tal que pueda temerse una desgarradura, será preferible practicar una ó muchas incisiones pequeñas.

El recto es tan ancho en su parte inferior que puede alojar fácilmente la mano. Por encima de la dilatacion rectal, á 12 ó 14 centímetros del ano, se encuentra un angostamiento que admite apénas tres dedos. Si no se obra violentamente, y no se intenta pasar del punto en que el intestino se estrecha, este modo de exploracion no presenta ningun peligro, segun Simon. Las pequeñas desgarraduras é incisiones de la márgen del ano curarán en 10 ó 12 dias, y la incontinencia de las materias fecales que pueda producirse por esta dilatacion desaparecerá rápidamente.

Es evidente que este modo de exploracion debe reservarse para casos muy excepcionales. Podrá, sin embargo, prestar grandes servicios cuando se trata de comprobar las relaciones de un tumor voluminoso con los órganos genitales internos, y en particular del útero.

Debemos añadir que, habiendo tenido que usar este medio de exploracion, nos ha sorprendido el poco destrozo que había producido (2).

(1) *Ueber die manuale Rectal-Palpation der Becken und Unterleibs-Organen.* — *Deutsche Klinik*, núm. 46, 1872. — *Anal. dans le Jahresbericht*, 1873, t. II, pág. 508.

(2) En una jóven soltera que presentaba un tumor del tabique recto-vaginal, y cuya observacion ha tenido la amabilidad de comunicarnos el Dr. Pozzi, este cirujano practicó el tacto rectal por el método de Simon. Introducida la mano en la ampolla rec-

DE LA PALPACION ABDOMINAL

Si se quiere practicar en buenas condiciones la palpacion abdominal, debe estar acostada la enferma en decúbito supino, con las piernas dobladas, los muslos aproximados á la pélvis y la cabeza elevada por medio de almohadas. Ademas se la recomendará respirar ámpliamente, con la boca abierta, á fin de que los músculos abdominales estén en la mayor relajacion posible.

Al practicar la palpacion debe procederse de arriba á abajo, para apreciar mejor las variaciones de resistencia de las diferentes regiones que se exploran, y pasar de las partes sanas á las partes sobre las cuales se puede sospechar la existencia de un tumor.

Durante la preñez es principalmente cuando la palpacion presenta más útiles indicaciones, las cuales han sido perfectamente señaladas en estos últimos años por el Dr. Pinard.

En la mujer en estado de vacuidad, la palpacion nos ilustra mucho, sobre todo si se tiene cuidado de combinarla con el tacto. Con estos dos medios combinados se llega á coger los órganos pelvianos entre la mano aplicada sobre el abdómen y el dedo introducido en la vagina.

De este modo es fácil apreciar las dimensiones del útero, cuya superficie se explora en toda su extension. Gracias á este procedimiento, pueden ser exactamente limitados los tumores desenvueltos en la cavidad pelviana.

DEL EXÁMEN POR MEDIO DEL ESPÉCULO Y DE LA POSICION QUE DEBE ADOPTAR LA ENFERMA PARA ESTA EXPLORACION

La posicion que se hace adoptar á las enfermas, para reconocerlas, varía segun la costumbre de los diferentes países. En Francia se acostumbra colocarlas en decúbito dorsal, con los muslos separados y en flexion, y los piés apoyados ó sostenidos por ayudantes. Una mesa ó un sillón bastan para esta clase de reconocimientos. Pero es mucho más cómodo tener un mueble especialmente destinado á este objeto.

Si se procede á la exploracion de una enferma sobre el borde de su cama, es necesario colocar previamente debajo del colchon, en el sitio en que han de descansar las nalgas, un cuerpo resistente, una tabla, por ejem-

tal, hasta la muñeca inclusive, pudo coger un tumor que llenaba el fondo de saco recto-vaginal hasta por encima del estrecho superior.

A consecuencia de esta exploracion no hubo la menor erosion de la márgen del ano; no se produjo más accidente que cierto dolor al ir á defecar, dolor que desapareció espontáneamente al cabo de 24 horas.

plo. Los piés de la enferma pueden descansar sobre las rodillas del explorador ó sobre dos sillas que reemplazan á los pedales de que están provistas las diferentes clases de camas ó de sillones que emplean los ginecólogos.

En otras poblaciones, y en particular en Inglaterra y en América, se prefiere el decúbito lateral izquierdo. Si se recurre á esta última posicion, es necesario tener cuidado de hacer que se pongan los muslos en flexion, casi en ángulo recto con la pélvis, estando el derecho un poco más elevado que el izquierdo. El brazo izquierdo se colocará dirigido hácia atras y el pecho inclinado hácia adelante, de manera que la posicion se aproxime cuanto posible sea á la posicion sobre las rodillas.

DEL ESPÉCULO

Hace mucho tiempo que los cirujanos han imaginado instrumentos que, introducidos en la vagina, deben mantener separadas las paredes de este canal y vencer de este modo el obstáculo principal que se opone á la inspeccion del cuello del útero.

Los descubrimientos hechos en las ruinas de Pompeya nos demuestran que los romanos usaban ya ciertos espéculos.

Pablo de Egina, Rhazés, Albucasis, y más tarde Ambrosio Pareo, Sculteto y Garangeot han dibujado y descrito bajo diferentes nombres muchos instrumentos de esta especie. Todos éstos, destinados más bien á dilatar la vagina, rara vez se usaban, y sólo para algunas operaciones, y en particular en los casos de pólipos.

La vulgarizacion del exámen del cuello del útero en las afecciones uterinas, en general, se debe á Récamier.

No es nuestro propósito pasar una revista completa á la interminable lista de los aparatos destinados á este uso que se han empleado y se emplean aún en nuestros dias. Sucede en el espéculo, para los ginecólogos, lo que en el fórceps para los tocólogos: cada uno quiere tener el suyo. Así, segun los países, se encuentra algunas veces un mismo instrumento conocido con diferente nombre.

Indicaremos solamente los modelos más usados y los nombres bajo los cuales tenemos la costumbre de designarles.

Los unos son de una sola pieza, como el de Fergusson, cuya pared interna está formada por un verdadero espejo, y nos da, por consecuencia, una excelente claridad. Pero este instrumento tiene el inconveniente de ser muy frágil.

Los espéculos de marfil ó de boj son útiles para las cauterizaciones por medio del cauterio actual, porque impiden que el calor ataque por irradiacion las paredes vaginales.

Por lo demas, un espéculo metálico puede trasformarse en cuerpo

mal conductor del calórico; basta para ello cubrir su pared interna, despues de colocado en la vagina, con un cilindro de carton algo grueso.

El espéculo de una sola pieza presenta dos ligeros inconvenientes.

En primer lugar, no puede adaptarse á todas las vaginas, puesto que las dimensiones de este conducto son muy variables; hay necesidad, por lo tanto, de tener á disposicion toda una serie de diferentes tamaños. En segundo lugar, siendo sus proporciones fijas y en relacion con el volumen del cuello uterino que se ha de examinar, resulta que su introduccion por el anillo vulvar, que con frecuencia es bastante estrecho, es difícil y dolorosa.

Esto es lo que ha obligado á construir espéculos de muchas valvas, tales como los de Jobert, de Ricord, de Cusco, de Bozeman, de Bouveret; cuyas diferentes modificaciones han tenido por objeto, en general, sustituir un instrumento voluminoso y de una sola pieza, cuya introduccion es por consiguiente algun tanto penosa para la mujer algunas veces, por un cuerpo que se pueda introducir afectando un pequeño volumen y que, desplegándose luégo progresivamente, dilate el interior de la vagina más que su orificio vulvar.

Finalmente, hay otros espéculos de una sola valva, como el de Sims.

Cada uno de estos modelos puede presentar indicaciones especiales. Pero los más comodoss, en la mayoría de los casos, son los de Cusco y de Ricord.

Recordaremos brevemente las reglas que deben presidir á la introduccion del espéculo.

Antes de introducir el instrumento, es necesario siempre practicar el tacto vaginal. Con efecto, por la introduccion del dedo se adquiere una serie de nociones sobre la situacion, la dimension, la movilidad del útero, cuyas nociones no podría suministrarnos la vista, y que nos permitirán, ademas, poner más fácilmente al descubierto el cuello uterino.

Préviamente untado el espéculo con un cuerpo graso, debe cogerse con la mano derecha, de diferentes maneras, segun la especie de espéculo que se emplee y segun esté ó no provisto de vástago. Por lo general, será conveniente calentarlo ligeramente, ya introduciéndolo en agua caliente, ya reteniéndolo algunos momentos entre las manos, lo cual es preferible. Los dedos de la mano izquierda servirán para separar y deprimir al mismo tiempo el perineo. No debe temerse el imprimir sobre la comisura posterior de la vulva toda la presion necesaria. Esta region es muy poco sensible, sobre todo si se la compara con el tubérculo anterior de la vagina. El único tiempo que algunas veces es doloroso, es el paso por el anillo vulvar, cuya contraccion se opone á la introduccion del cuerpo extraño. Tal inconveniente se evitará haciendo hablar á las enfermas, las que, estando distraidas de este modo, dejarán de contraer sus músculos vulvares.

Cuando el espéculo ha franqueado la entrada de la vagina, es necesario sacar el vástago. Entonces se ve en la extremidad del instrumento una línea transversal formada por las paredes vaginales unidas entre sí, y que se separan la una de la otra á medida que el espéculo penetra. Esta línea es una guía que permite siempre llegar al cuello del útero. Con efecto, segun que ella se aproxima al borde superior ó al inferior del espéculo, se debe bajar ó subir el mango de éste para seguir siempre el eje de la vagina. Si la mucosa aparece unida y tensa, es que la direccion que se imprime al instrumento no es buena. Gracias á esta línea, se puede seguir una direccion fija para buscar el cuello, sin vacilaciones y sin necesidad de retirar y de reintroducir el instrumento, lo cual siempre debe evitarse.

Si hay que servirse del modelo de Sims, la mujer debe colocarse en decúbito lateral izquierdo, segun ya hemos indicado. El índice de la mano derecha debe guiar la valva é impedir que su extremidad llegue á lastimar el hocio de tenca.

Es necesario entonces coger el mango con la mano izquierda, sacar el dedo y confiar el instrumento á un ayudante, teniendo cuidado de apoyarle fuertemente sobre el perineo. La vagina se distenderá entonces inmediatamente, y en la mayor parte de los casos se verá el cuello uterino, si está normalmente situado. En ciertas desviaciones es necesario atraerle ligeramente. Para ello puede emplearse el pico del histerómetro, introducido á uno ó dos centímetros á través del orificio externo, lo que no presenta ningun inconveniente, ó emplear con preferencia el tenáculo ó el depresor de Sims.

Si nos hemos extendido en la descripcion del procedimiento americano, no, poco usado entre nosotros, es porque creemos indudable que, en ciertos casos, este modo de exploracion nos será muy útil. Pero la mayor parte de las veces, sobre todo si estamos solos con la enferma y no disponemos más que de nuestros propios recursos, experimentaremos considerables dificultades empleando el método americano.

En las clínicas de los hospitales, ó para practicar una operacion, se puede siempre disponer de uno ó muchos ayudantes. En la clientela civil está uno privado de tales recursos, y el procedimiento de Sims ocupa una mano solamente para sostener el instrumento. El espéculo deusco ofrece la ventaja de que, una vez colocado y fijo, puede sostenerse con solos dos dedos, y los otros tres quedan á nuestra disposicion. Éstos, pues, nos prestarán varios servicios, y, entre otros, para dirigir el tubo de un irrigador en los casos en que es necesario practicar una inyeccion, cuya indicacion se presenta á cada instante. La mano derecha queda libre para poder abrir ó cerrar la tuerca y coger el objeto ó instrumento que se necesite.

Hemos creído útil insistir en estos detalles, á fin de evitar al práctico una serie de dificultades de que fácilmente se da uno cuenta. El Dr. Sims,

en su *Traité de Chirurgie utérine*, ha dirigido á su instrumento el reproche que nosotros le hacemos continuamente. Su autor zanja la cuestion aconsejando no reconocer nunca á una mujer sin disponer de un ayudante.

En resúmen, creemos que, en la mayoría de los casos y en las condiciones ordinarias, es mejor colocar á la enferma en decúbito dorsal, como se hace habitualmente en Francia, y emplear los espéculos de muchas valvas.

La luz del dia es siempre preferible, cualquiera que sea el método de exámen que se escoja.

Pero puede uno verse obligado á hacer una exploracion por la noche ó en un departamento oscuro, y se hace entónces necesario recurrir á la luz artificial.

Se han construido muchos aparatos destinados exclusivamente á este uso; puede tambien emplearse para este objeto el reflector laringoscópico.

DEL CATETERISMO DE LA CAVIDAD UTERINA

Para practicar el cateterismo del útero se usan generalmente vástagos metálicos ligeramente encorvados en su extremidad. Los más usados de estos instrumentos, designados bajo el nombre de histerómetros (1), son los de Huguier y el de Valleix. Los de Sims y de Créquy, de plata maleable ó de ballena, permiten modificar fácilmente su grado de corvadura. Los estiletes flexibles ó las bujías semejantes á las empleadas para la uretra del hombre son igualmente empleados para este uso.

Las bujías se introducen en el cuello uterino por medio de pinzas de curacion, que servirán tambien para medir la parte que hayan penetrado. Cuando se experimenta cierta resistencia que indica que la extremidad de la sonda ha llegado al fondo del útero, se la coge con las pinzas al nivel del orificio del hocico de tenca y el segmento situado entre los dientes de la pinza, y la parte terminal del tallo da la medida de la cavidad.

El cateterismo del útero puede practicarse con ó sin ayuda del espéculum. Ordinariamente, si se emplea este último instrumento, es necesario retirarle desde el momento en que el histerómetro ha penetrado en el cuello. Es preferible no servirse del espéculum y guiar el pico de la sonda con el índice de la mano izquierda introducido en la vagina.

Algunas veces se encuentra cierta dificultad para franquear el orificio externo. En este caso, basta hacer dos pequeñas incisiones laterales.

Mucho más frecuentemente se encuentra detenida la sonda en el orificio interno. En vez de intentar vencer violentamente este obstáculo, se debe tantear, hacer girar el pico de la sonda en diferentes sentidos y de-

(1) Histerómetro, de *устѣра*, y matriz, *мѣтров*, medida.

jarse guiar siempre por la resistencia que encuentra el instrumento, basando sostenerle ligeramente.

Otras veces, la introduccion está impedida por la contraccion de los hacillos musculares que rodean el orificio interno. Esperando un momento, cesa el espasmo y penetra la sonda. Cuanto ménos se excita la mucosa, ménos probabilidades hay de encontrar esa estrechez espasmódica al nivel del istmo. El estado de este orificio varía tambien segun el momento en que se examina á la mujer; y en muchos casos, durante algunos dias despues de la menstruacion, se puede penetrar en el útero, cuando todas las tentativas anteriores habían sido infructuosas. En otras circunstancias, la extremidad de la sonda es detenida por una brida, ó se engasta en un repliegue de la mucosa cervical. Es necesario entónces retirar un poco el instrumento y modificar ligeramente su direccion.

Muchos autores han reprochado al cateterismo uterino numerosos accidentes, imputables, segun creemos, más al operador que al instrumento.

Este modo de exploracion no ha producido nunca en nuestras manos ningun resultado peligroso, y en muchos casos nos ha proporcionado datos muy útiles.

Hay tres principios que no deben olvidarse jamás cuando se emplea el histerómetro.

1.º Asegurarse de que la mujer no está embarazada: ginecólogos de los más distinguidos confiesan haber causado abortos á consecuencia de un cateterismo intempestivo.

2.º Examinar con cuidado el estado de los anejos del útero, y abstenerse siempre que se encuentre perimetritis, áun cuando sea antigua. Probablemente es, en los casos de este género, cuando se han producido accidentes á consecuencia del empleo del histerómetro.

3.º Finalmente, no se intentará nunca penetrar por fuerza, y se tendrá presente que este cateterismo exige tanta prudencia como el de la uretra en el hombre.

No separándose de estos tres preceptos, se puede practicar sin inconveniente esta pequeña operacion, que nos presta numerosos servicios en muchas circunstancias. Algunos autores han asegurado que se llegaría á sentir á través de las paredes abdominales la extremidad del histerómetro introducido en la cavidad uterina. Este experimento no se debe intentar nunca, porque, en los estados patológicos que estudiaremos más adelante, el tejido uterino se deja penetrar con una facilidad extraordinaria, y puede comprenderse fácilmente toda la gravedad de tal rotura. No importa que se hayan referido observaciones en las cuales el útero fué atravesado por la sonda sin que se produjeran accidentes (1).

(1) Véase Dupuy, *Progrès médical*, 1873, pág. 109, y las *Comptes rendus de l'Académie de Médecine*, 1869, observacion de Pétrequin y Feltz, en la que, una sonda intro-

DE LA DILATACION DEL CUELLO DEL ÚTERO

Fácilmente se comprende la importancia de la dilatacion del cuello uterino como medio de diagnóstico y de tratamiento. Por este medio podemos estudiar en sus menores detalles la superficie interna del útero, hacer penetrar los instrumentos é ir á buscar los pólipos y las fungosidades de los cuales será posible desembarazar á las enfermas.

En el curso de este libro tendremos ocasion muchas veces de volver á ocuparnos de tal operacion é indicar oportunamente las numerosas circunstancias que deben inducirnos á practicarla.

Por dicha razon, creemos necesario insistir sobre el manual operatorio.

La dilatacion se obtiene á beneficio de muchos procedimientos. Los unos consisten en introducir sondas rígidas, cada vez más voluminosas, en la cavidad cervical, como se hace con las estrecheces de la uretra en el hombre. Otras veces se emplean instrumentos dilatadores de ramas divergentes, de los cuales se han construido numerosos modelos. Pero los resultados obtenidos por estos agentes son casi siempre poco satisfactorios. Por esta razon se prefiere la dilatacion gradual por medio de sustancias que poseen la propiedad de aumentar considerablemente de volúmen al empaparse de líquidos. Los cuerpos que con más frecuencia se emplean para este uso son: la genciana, la laminaria digitata y los conos de esponja preparada.

Estos últimos tienen la ventaja de producir una dilatacion más considerable que la laminaria. Pero no están exentos de todo inconveniente. Uno de sus grandes defectos consiste en que, frecuentemente, los que preparan los fabricantes de instrumentos ó los farmacéuticos están compuestos de muchos pedazos. Ahora bien; esta fabricacion defectuosa presenta graves inconvenientes y hasta serios peligros. Despues de la dilatacion, una parte del cono puede quedar en el útero sin conocimiento del médico. Se han observado casos de muerte producida por estos restos putrefactos, que despues se han encontrado en la autopsia.

Para evitar este peligro se aconseja, por lo general, hacer esta preparacion por sí mismo.

Para ello es necesario escoger esponjas de buena calidad, no blanqueadas, las cuales se cortan en conos de tres á seis centímetros de largo, unos más pequeños, y otros más gruesos que el pulgar. Despues de haber introducido en el centro de cada pedazo un alambre delgado, se le moja durante cierto tiempo en una disolucion espesa de goma fenicada (1) has-

ducida en el útero con el objeto de producir el aborto, átravesó hasta el ombligo, de donde pudo lograrse retirarla, y la mujer curó.

(1) Una parte de ácido fénico por 30 de disolucion gomosa.

ta que esté bien impregnado. Entónces se le ata con un bramante fuertemente apretado, principiando por la parte más delgada y acabando por el extremo más grueso, hasta cubrirlo enteramente. Se saca luego el alambre y se le deja secar.

Después de esta desecación se quitará el bramante y se rasparán las líneas salientes con un papel de lija.

Se cubre, además, su superficie con una capa delgada de cera que la impida adherirse á la mucosa en el momento de su introducción. Finalmente, se practica hácia la base, perpendicularmente al eje mayor, un agujero por el cual se pasa un hilo grueso formando un asa. En este estado, no hay más que introducir el cono de esponja en el cuello.

Se debe dejar permanecer el referido cono de 10 á 12 horas, durante las cuales produce algunos cólicos, muy soportables en general. Además presenta otro inconveniente, y es el mal olor que exhala y que comunica á los líquidos que fluyen por la vagina.

Este inconveniente se obviará en parte por medio del ácido fénico que entra en la preparación, según ya hemos indicado, y aplicando además algunas torundas de algodón empapadas en glicerina fenicada. Cuando se quiera retirar la esponja, es necesario introducir el índice izquierdo en la vagina para ayudar á su extracción y facilitar su salida de las paredes de la cavidad cervical. Se coge el fiador con la mano derecha y se tira poco á poco y con mucha lentitud para evitar que la mucosa se lesione.

Se han construido muchos instrumentos destinados á llevar hasta la cavidad cervical los cuerpos dilatadores.

Una buena pinza de curaciones es muy suficiente para llenar este papel. Algunas veces es necesario inmovilizar el hocico de tenca con el auxilio del tenáculo, para facilitar la penetración de la esponja en la cavidad cervical.

Una sola dilatación basta en ciertos casos; pero, si se quiere llegar á introducir el dedo en el útero y explorar las diferentes regiones, son necesarias muchas aplicaciones. Es conveniente dejar un intervalo de uno ó dos días entre cada tentativa, y vigilar con cuidado la sensibilidad del útero y de sus anejos. Es necesario no apresurarse é invertir 10 ó 12 días para obtener una dilatación completa. El uso del dilatador de ramas divergentes es algunas veces necesario para completar, al nivel del orificio interno, el resultado que se quiere alcanzar.

Si se emplea la laminaria, no hay que alterar en nada el manual operatorio que acabamos de indicar.

Hay dos especies de tallos de laminaria: los unos macizos, y los otros taladrados, ó tallos Greenhalgh. La laminaria tiene la ventaja de no producir tan mal olor como la esponja; además, siempre es de una sola pieza y no expone á los peligros que presentan los conos compuestos de muchos trozos de esponja. La laminaria se dilata ménos que la esponja, y á me-

nudo es expulsada prematuramente de la cavidad cervical. El primero de los inconvenientes se evita reuniendo en un hacecillo muchos tallos reunidos, y el segundo haciendo que la enferma guarde reposo y aplicando sobre el cuello cierto número de torundas de algodón empapadas en glicerina.

Algunas veces se ha visto desarrollar la para-metrítis ó la peri-metrítis á consecuencia de una dilatacion del cuello uterino.

En un trabajo publicado recientemente, atribuye Schultze (1) estos accidentes al abandono de ciertas precauciones que dicho autor aconseja no olvidar jamás.

Despues de haber limpiado todo el fondo de la vagina con algodón empapado en una disolucion fenicada al 3 por 100, se busca la direccion del cuello uterino por medio de una sonda flexible. Si por el cateterismo se producen algunas gotas de sangre, debe esperarse 24 horas ántes de producir la dilatacion.

Se deja la laminaria sumergida durante uno ó dos minutos en la disolucion fenicada, lo cual permite imprimirla cierta corvadura relacionada con la direccion del conducto cervical.

Seis ú ocho horas despues de la introduccion del tallo, el resultado es suficiente; pero no hay ningun inconveniente, guardando las precauciones indicadas, en dejarlo permanecer durante 24 horas.

Si se quiere obtener una dilatacion bastante considerable para que permita la introduccion del dedo, es necesario que los tallos de laminaria tengan 8 ó 10 milímetros de diámetro, ó, como ya hemos dicho, reunir muchos en un hacecillo. A cada nueva aplicacion deben observarse las mismas precauciones.

Para hacer esta operacion se escoge con preferencia la primera ó la segunda semana despues de la aparicion de las reglas. Es muy conveniente evitar toda maniobra de este género durante el período menstrual ó en la semana en que debe aparecer este flujo.

Practicando la dilatacion con estas precauciones, que quizás parezcan algo minuciosas, los resultados son más favorables y se evita así uno de los principales inconvenientes, ó sea el olor que producen los cuerpos dilatantes y los líquidos que fluyen bajo su influencia. Este olor, aunque ménos pronunciado en la laminaria que en la esponja, no por eso es ménos desagradable. En la mayor parte de los casos se obtiene un resultado suficiente por medio de los tallos de laminaria, cuyo empleo nos parece preferible al de la esponja.

No nos ocuparemos de los espéculos intra-uterinos. Su utilidad es muy discutible á causa de la estrechez del cuello. Siempre es necesario dilatar

(1) *Die Erweiterung des Uterus durch Laminaria digitata.*—*Centralblatt für Gynäkologie*, 1878, pág. 150.

préviamente la cavidad cervical, y, en tal caso, los datos suministrados por el dedo tienen más valor que los muy incompletos que se adquirirían por medio del espéculo intra-uterino. Estos instrumentos pueden servir para proteger la mucosa cervical cuando se lleva un cáustico poderoso, tal como el ácido nítrico, sobre la superficie interna del cuerpo del útero, como indicaremos al tratar de la metritis.

PARTE SEGUNDA

AFECCIONES DE LA VULVA Y DE LA VAGINA

ANATOMÍA NORMAL DE LA VULVA

Se designa con el nombre de vulva, no solamente el orificio de las vías genitales de la mujer, sino también el conjunto de los órganos genitales externos. Así, incluiremos en el estudio de la vulva los grandes y los pequeños labios, el hímen, el orificio de la uretra, el clítoris, y, finalmente, las glándulas vulvo-vaginales.

DE LOS GRANDES LABIOS

Los *grandes labios* son dos repliegues salientes que limitan lateralmente la vulva. Reunidos por la parte posterior por una comisura llamada *horquilla*, disminuyen insensiblemente de atrás á adelante para venir á confundirse por su extremidad anterior con la parte inferior del *penil* ó *monte de Venus*. Los grandes labios tienen una cara externa cutánea y una cara interna mucosa. La superficie externa está cubierta de pelos y presenta un aspecto rugoso, comparable al del escroto en el hombre. Se ha descrito igualmente, por debajo del tejido celular subcutáneo, un verdadero dártos.

En el grande labio es donde se termina el ligamento redondo. Algunas veces se encuentra una prolongación del peritoneo que acompaña á este ligamento y que puede persistir en el adulto; esta prolongación es lo que se ha designado con el nombre de conducto de Nuck.

La estructura histológica de los grandes labios es casi la misma que la de la piel. Se observa en ella un gran número de glándulas sebáceas. El epitelio que las reviste es un epitelio pavimentoso estratificado, como el que reviste todos los órganos genitales externos de la mujer.

Se da el nombre de fosa navicular á una pequeña depresión que existe

entre la comisura posterior ú horquilla y el hímen ó sus restos, ó sean las carúnculas mirtiformes. La longitud de esta depresion varía segun que la mujer haya ó no tenido hijos.

DE LOS PEQUEÑOS LABIOS

Separando los grandes labios se descubren otros dos repliegues mucosos, los pequeños labios ó ninfas. Su extremidad posterior se confunde con la cara interna de los grandes labios hácia la mitad de su altura. Por arriba y hácia adelante se desdoblan para envolver al clitoris.

En general, los pequeños labios están revestidos de mucosa en sus dos caras y recubiertos por los grandes labios. Con frecuencia se observa, sin embargo, que sobresalen de estos últimos, y entónces pueden perder su carácter de mucosa para tomar la apariencia de la piel. Este es un fenómeno que se observa frecuentemente en todas las cubiertas mucosas, y más tarde veremos, al tratar del prolapso uterino, que, en este caso, la pared vaginal adquiere hasta tal punto el carácter cutáneo, que, en las negras, esta superficie, roja en el estado normal, se vuelve negra en estado de prolapso.

En ciertos pueblos de Africa, los pequeños labios adquieren proporciones considerables. Esto es lo que se ha designadó con el nombre de dental.

DEL HÍMEN

El orificio vulvo-vaginal se extiende desde la horquilla al orificio inferior del vestíbulo. Muy diferente segun los sujetos, está en parte cerrado en las vírgenes por una especie de diafragma ó *hímen* que establece un límite entre la vulva y la vagina.

El hímen presenta aspectos variados, que se reducen á cinco tipos principales:

1.º Una disposicion labial de los bordes, que forman una hendidura vertical que sobresale en el orificio de la vagina.

2.º Un tipo, que Tardieu considera como muy frecuente, en el cual el hímen forma un diafragma irregular, perforado en su tercio superior.

3.º En la tercera forma se observa una membrana regular, perforada en su centro.

4.º En la cuarta, la membrana ofrece la disposicion de una média luna ó escotadura superior, cuyas extremidades van á perderse en la parte interna de los pequeños labios. Este tipo se aproxima mucho al de la segunda variedad, cuyo orificio sólo se diferencia en ser un poco mayor.

5.º Finalmente, en ciertos casos, el hímen no forma más que una sim-

ple banda pequeña circular, una especie de repliegue que duplica los pequeños labios en la entrada de la vagina.

En las niñas, el hímen está situado, con frecuencia profundamente, á seis ú ocho centímetros del orificio vulvar; en este caso, sólo se puede descubrir separando mucho los muslos de la mujer. Más tarde se hace más superficial.

Aunque se hayan observado embarazos con persistencia de esta membrana, generalmente se desgarran en las primeras relaciones sexuales. Los residuos que quedan constituyen lo que se ha designado con el nombre de *carúnculas mirtiformes*.

DEL MEATO URINARIO

El meato urinario está situado en la línea média, por encima y delante de una pequeña eminencia ó tubérculo anterior de la vagina, que ya hemos indicado al tratar de la introduccion del espéculo, y que sirve igualmente de guía para practicar el cateterismo de la uretra en la mujer, sin descubrirla; procedimiento que es útil conocer, y vamos á describir,

Estando la enferma acostada en decúbito dorsal, con los muslos separados y en flexion, y la pélvis un poco elevada, se introduce el índice de la mano izquierda en la vagina. Retirando ligeramente este dedo, llega á percibir el tubérculo anterior, y su cara palmar sirve de conductor á la sonda. Sostenida ésta con la mano derecha, con la concavidad dirigida hácia arriba, se la desliza hasta que su pico llega á tocar la mucosa. Basta entónces, para alcanzar el meato, llevar esta extremidad un poco hácia adelante, é impulsarla suavemente, bajando el pabellon. De este modo se penetra en la vejiga, siguiendo la direccion de la uretra.

Algunos autores aconsejan tomar el clítoris como punto de partida para el cateterismo. En este caso, el índice izquierdo se coloca por debajo de este apéndice, y la uña es la que sirve de conductor á la sonda. Nosotros preferimos el primer procedimiento, que evita el contacto del clítoris.

Por lo demas, guiada la sonda sobre el índice izquierdo introducido en la vagina, y comprimiendo con su cara palmar la pared anterior de la vagina de abajo á arriba, no se puede penetrar en el conducto vaginal, y despues de algunas tentativas se encuentra casi siempre el orificio de la uretra.

El meato se presenta las más veces bajo la forma de una pequeña hendidura longitudinal; otras veces, por el contrario, es muy saliente, circular y formando un orificio entreabierto. En ciertas mujeres está situado tan profundamente que cuesta mucho trabajo descubrirle. Se ha querido ver en esta última disposicion una consecuencia del contacto sexual sobrado precoz. En los sujetos jóvenes está colocado más arriba

que en los de edad avanzada ó en estado de gestacion. La mucosa forma numerosos pliegues longitudinales, que algunas veces forman eminencia en el orificio uretral. Sobre sus bordes, y especialmente sobre su borde inferior, se ve una pequeña cresta média, que ha sido confundida algunas veces con un pólipo. El meato constituye la region ménos dilatable de la uretra. Por este motivo se ha aconsejado desbridarle ántes de dilatar el canal. Sin embargo, bajo la influencia de ciertas circunstancias, esta parte misma llega poco á poco á tal grado de dilatacion, que se practica el coito por esta vía en vez de la vía vaginal.

Alrededor del meato se observan numerosas glándulas. Las que están situadas en el interior del canal están revestidas de un epitelium cilíndrico, segun hemos podido comprobar por numerosos exámenes histológicos.

DEL CLÍTORIS

El *clitoris* es un órgano eréctil, análogo á la porcion eréctil del pene del hombre. Sus dos cuerpos cavernosos parten de dos ramas isquio-públicas, convergiendo la una hácia la otra, llegando á reunirse para formar un solo cuerpo, terminado por una extremidad redondeada, ó *glándula del clitoris*. Sus dimensiones son muy variables en los diferentes sujetos, pero su longitud média es de cerca de tres centímetros próximamente.

El espacio triangular situado por debajo de este órgano, limitado lateralmente por los pequeños labios y en su parte inferior por la uretra, lleva el nombre de *vestíbulo*.

Todos los anatómicos han comparado, y con razon, la estructura del clitoris á la del órgano masculino. Las arterias y las venas presentan una disposicion análoga en ambos, y forman numerosos plexos, entre cuyas mallas se encuentra un gran número de fibras musculares lisas. La mucosa del clitoris, sobre todo la que recubre el glándula, es muy rica en papilas nerviosas, que contienen los corpúsculos de Krause y de Pacini.

En la superficie de la mucosa del vestíbulo vienen á abrirse glándulas, agrupadas sobre todo alrededor del meato urinario.

DE LAS GLÁNDULAS VULVO-VAGINALES

Se designa con el nombre de *glándulas vulvo-vaginales* ó *glándulas de Bartolino* dos masas glandulares análogas á las glándulas de Méry ó de Cooper del hombre. Situadas en los lados de la vagina, de forma oval, presentan en su eje mayor una longitud de 15 á 20 milímetros. Por dentro están en relacion con el bulbo de la vagina y por fuera con el músculo constrictor.

Su conducto, de una longitud de dos centímetros próximamente, se abre

por delante del hímen, hácia la mitad de la altura del orificio vulvar. Este canal está tapizado de un epitelium cilíndrico hasta en su extremidad libre, donde el epitelium se hace pavimentoso. El conducto principal se divide en un gran número de conductos secundarios, cuyas subdivisiones abocan á verdaderos acini, tapizados igualmente de elementos cilíndricos más ó ménos aplanados.

La glándula vulvo-vaginal es con frecuencia bastante difícil de descubrir por la diseccion; sin embargo, algunas veces se la puede coger entre el pulgar y el índice, sobre todo en las mujeres delgadas.

DESARROLLO DE LOS ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS.

El estudio del desarrollo de los órganos genitales externos ilustra en gran manera la explicacion de sus anomalías. El número de los casos difíciles de interpretar viene á ser de este modo ménos considerable cada vez.

Hácia la sexta semana de la vida embrionaria es cuando se ven aparecer los primeros vestigios de los órganos genitales externos. Primero se produce sobre el punto que será más tarde la vulva un engrosamiento de los tejidos, una pequeña eminencia limitada en cada lado por un reborde más grueso, formando una especie de rodete.

Hácia la octava semana se observa en la parte inferior de esta eminencia (eminencia genital) una depresion alargada (*fig. 1.^a*), que se convierte en una verdadera hendidura, cuya profundidad aumenta más y más, hasta alcanzar la cloaca ó punto de reunion del intestino y de la alantoides. Este conducto, así formado, pone en comunicacion la cloaca con el exterior y toma el nombre de seno uro-genital.



Fig. 1.^a — Desarrollo de los órganos genitales externos.

a. Depresion situada en la parte inferior de la eminencia genital. — all. Alantoides que forma más tarde la vejiga. — m. Conducto de Müller que formará el útero y la vagina. — r. Recto.



Fig. 2.^a — Desarrollo de los órganos genitales externos.

Formacion del perineo. — a. Uretra. — b. Vejiga. — v. Vagina. — r. Recto. — su. Seno uro-genital.

En la parte superior de la eminencia genital se ve desarrollarse el clítoris.

Los bordes de los repliegues de la hendidura genital dan origen á los

pequeños labios, y, desdoblándose en su parte superior, constituyen *el capuchon ó prepucio* del clítoris. Los rodetes que hemos visto situados en los dos lados de la eminencia genital toman todos los caracteres de la piel y forman los grandes labios.

Al mismo tiempo se ve producirse la separación entre el intestino y la alantoides; la porción más elevada de esta última cavidad viene á formar la vejiga.

Esta división se verifica por medio de la proliferación del tejido conjuntivo situado entre el intestino y los conductos de Müller (*fig. 2.^a*), que en esta época se abren en la pared posterior de la alantoides. Existe allí una especie de espolon que se alarga poco á poco y avanza progresivamente hácia el exterior para formar el tabique recto-vaginal. Este tabique aísla al recto del aparato uro-genital y viene á constituir por su parte inferior el perineo.

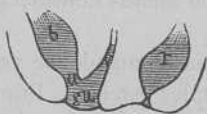


Fig. 3.^a — Desarrollo de los órganos genitales externos.

su. Seno uro-genital, que por su parte inferior se convierte en vestíbulo y da acceso á la uretra u y á la vagina v.— b. Vejiga. — r. Recto.



Fig. 4.^a — Desarrollo completo de los órganos genitales externos.

su. Vestíbulo. — b. Vejiga. — v. Vagina. r. Recto.

A medida que este mamelon de tejido conjuntivo prolifera y desciende para aproximarse á la superficie, arrastra en su progresion la parte inferior de los conductos de Müller, que á su vez formarán el útero y la vagina, despues de reunirse el uno al otro en un canal único.

El seno uro-genital se estrecha así más y más (*fig. 3.^a*), y constituye por su parte superior una porción de la uretra; su parte inferior viene á formar el *vestíbulo*, es decir, el espacio que da acceso á la uretra por delante y á la vagina por detras (*fig. 4.^a*).

ANOMALÍAS DE LOS ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS

La breve exposicion del desarrollo del conjunto de los órganos genitales externos de la mujer nos explica la mayor parte de sus anomalías.

ATRESIA COMPLETA DE LA VULVA Y DEL AÑO

Si se detiene el desarrollo en los primeros períodos de la vida embrionaria, cuando no existe todavía comunicacion de los órganos inter-

nos con el exterior, se produce como consecuencia la *atresia completa de la vulva y del ano*.

Si la hendidura genital se detiene en su evolucion, despues de estar incompletamente perforada, existe todavía una atresia completa, y se ve en el lugar de la vulva una membrana lisa, roja y tensa, presentando caracteres distintos de los de la piel circunvecina.

En estos casos, puede haber por encima de la obliteracion dos disposiciones diferentes. Ó bien las tres cavidades, vejiga, vagina y recto, comunican entre sí, ó bien el tabique recto-vaginal está formado y separado sólo del exterior por la ligera capa de tejidos que representan los vestigios de la vulva. Estas diversas anomalías afectan igualmente á otros órganos en el mismo sujeto, y no son compatibles con la vida. Por esta razon presentan muy poco interes para el práctico.

No sucede lo mismo con los vicios de conformacion que nos falta examinar, y que pueden hacerse algunas veces embarazosos cuando se trata, por ejemplo, de determinar el sexo de un niño.

PERSISTENCIA DE LA CLOACA

En ciertos casos, la comunicacion se efectúa ámpliamente entre los órganos internos y el exterior, y la detencion del desarrollo se produce sólo en el espolon de tejido conjuntivo destinado á formar el periné despues de haber separado el intestino del seno uro-genital. En estos casos hay ausencia de periné y persistencia de la cloaca.

En muchas observaciones parece que se ha interpretado mal la persistencia de la cloaca. Se ha confundido la vagina con una parte del seno uro-genital y se ha creído, equivocadamente, en una abertura del recto en la vagina cuando se abría en el seno uro-genital.

PERSISTENCIA DEL SENO URO-GENITAL

El seno uro-genital puede igualmente persistir en el estado en que se observa en el embrion. Es importante conocer esta anomalía, porque, sin dicha nocion, nos sería imposible interpretar ciertos casos.

En tales condiciones se encuentra, en efecto, un conducto único, estrecho, que se confundiría fácilmente con la uretra. Sólo despues de un trayecto bastante largo es cuando este canal, único en toda su parte inferior, da acceso á la uretra y á la vagina. Estas anomalías coinciden frecuentemente con una hipertrofia del clítoris, y han sido consideradas por algunos autores como un ligero grado de hipospádias en la mujer; mientras que, segun otros, se debería reservar el nombre de hipospádias á una afeccion propia exclusivamente del hombre.

FALTA DE URETRA Y ABERTURAS ANORMALES DE LA VEJIGA

Se han observado casos en que la vejiga se abre directamente en el vestíbulo, sin que se encuentre ningún vestigio de la uretra. Esto es lo que se ha designado con el nombre de hipospádias verdadero.

Se han publicado también observaciones en las cuales la vejiga se abría por encima del clítoris. Los casos de Gosselin, de Testelin, de Freund (1), presentan particularidades interesantes y dignas de estudio, pero sobre las cuales es imposible extenderse en un manual. Esta variedad de anomalía ha sido llamada frecuentemente epispádias de la mujer. La formación de tales especies de epispádias presenta todavía algunas dificultades en su interpretación. ¿Se trata de una hendidura anormal de las paredes, que pudo acarrear una desgarradura de la alantoides en este punto? ¿Ó bien la desgarradura de la alantoides es primitiva y ha sido causa de la comunicación de la cavidad con el exterior? Hé aquí dos hipótesis que son igualmente admisibles, y sobre las cuales es muy difícil pronunciarse en el estado actual de la ciencia.

Tratamiento. — Las operaciones que estamos obligados á practicar para remediar estos diversos vicios de conformación son siempre complicadas, y frecuentemente peligrosas.

Quando hay persistencia de la cloaca, es muy raro poder recurrir á una operación curativa.

Si el recto se abre en el seno uro-genital, se debe intentar llevarle al sitio que debía ocupar normalmente. Con tal objeto se hace una incisión longitudinal para desprender la parte inferior del intestino, separándolo de su orificio en la cloaca. Se fija luego el extremo inferior, aislado de este modo, en la situación normal del ano, y se oblitera por algunos puntos de sutura el orificio redondeado que se abría en la pared del vestíbulo.

Quando existe incontinencia de la orina por ausencia de la uretra, será con frecuencia posible remediar la enfermedad que resulta de esta disposición anatómica, por diversos aparatos que compriman uno contra otro los bordes del orificio vesical.

DESARROLLO RUDIMENTARIO DE LA VULVA

Sucede, aunque rara vez, que se observa una falta de la vulva, á pesar de la integridad de los órganos genitales internos. En tales casos, existe, en la región que debía estar ocupada por la vulva, un pequeño conductillo que representa el orificio del seno uro-genital.

(1) Véase Hildebrandt, *Krankheiten der acusseren weiblichen Genitalien*, Stuttgart, 1877, pág. 10.

Se ha encontrado tambien un desenvolvimiento incompleto de las diferentes partes del aparato vulvar. Ya son los grandes ó los pequeños labios, ya es el clítoris, ó ya el perineo, que no han alcanzado sus dimensiones normales.

Finalmente, la vulva, en ciertas circunstancias, puede conservar en el adulto el carácter infantil.

HERMAFRODISMO

¿Puede encontrarse en el hombre un verdadero hermafrodismo? La respuesta á esta cuestion será ciertamente negativa si se considera el hermafrodismo bajo el punto de vista fisiológico, es decir, tal como se observa en los animales inferiores.

Jamás se ha visto sér humano que pueda cumplir las funciones genitales y reproducirse como hombre y como mujer. Los sujetos anormales que se designan con el nombre de hermafroditas son casi siempre infecundos.

Pero si se considera el hermafrodismo únicamente bajo el punto de vista anatómico, es cierto que la ciencia posee un gran número de observaciones que entran en esta categoría. Así, se ha visto coexistir una próstata con un útero, un ovario en un lado y un testículo en el otro.

Los principales tipos de estas anomalías pueden dividirse en tres clases:

1.^a En la primera colocaremos los casos que se han designado con el nombre de *hermafrodismo lateral*. En un mismo sujeto se observa, en un lado un ovario y en el otro un testículo; ó bien una trompa, un ovario, un útero en la izquierda ó en la derecha, y un testículo y una próstata en el lado opuesto.

2.^o En el segundo grupo, *hermafrodismo vertical ó doble*, se encuentran en el mismo lado los órganos masculinos y los femeninos.

3.^o Finalmente, en la tercera forma, *hermafrodismo trasverso*, los órganos genitales internos pertenecen á un sexo, mientras que los órganos genitales externos presentan los caracteres del sexo opuesto. Esta disposición no debe sorprendernos, puesto que sabemos que hay una independencia completa en el desarrollo de los órganos internos y externos.

El caso de Catalina Hohmann, estudiado en estos últimos años en Alemania (1), que puede compararse á otras muchas observaciones antiguas, presenta un interés más considerable, por haberse aplicado á este sujeto todas las nociones actuales de la Fisiología. Este hombre-mujer, porque poseía los caracteres especiales á ambos sexos, era especialmente un hom-

(1) *Archives de Virchow*, t. XLIII, pág. 329, y t. XLV, pág. 1.

bre atacado de hipospádias. El líquido espermático tenía en él las apariencias fisiológicas y contenía espermatozoarios. Este sér anormal estaba sujeto á un flujo sanguíneo por los órganos genitales. La aparición de esta menstruacion era bastante regular y duraba muchos dias, con el cortejo de los diversos fenómenos que acompañan á las reglas, dolor lumbar, hinchazon de las mamas; éstas tenían las dimensiones y la apariencia de las mamas de la mujer. La falta de autopsia hizo imposible comprobar la existencia de un ovario.

En la mayor parte de los hechos llamados de hermafrodisimo se trata de una hipertrofia del clítoris, que toma el aspecto y las dimensiones del pene. En casi todos estos monstruos, los grandes labios simulan el escroto, y por debajo del clítoris hipertrofiado se encuentra una pequeña abertura que conduce al seno uro-genital, que persiste, y en el que vienen á abrirse la uretra y la vagina. Algunas veces los ovarios forman hernia y penetran á través del canal inguinal hasta alojarse en los grandes labios. En dichos sujetos, el estado de los órganos genitales internos es muy variable, segun los casos. Se les puede encontrar desde las fases más rudimentarias hasta el término completo de su desarrollo. El aspecto exterior de estos pseudo-hermafroditas es igualmente variable. Unas veces tienen la apariencia masculina y otras la femenina, con un desarrollo regular de las mamas.

Hay otro vicio de conformacion de la vulva, que debemos recordar, y que consiste en una aproximacion de los pequeños labios más allá de los límites normales, pudiendo acarrear un desórden en la emision de la orina. Por lo general, los pequeños labios así reunidos son fáciles de separar por medio del bisturí guiado por una sonda acanalada.

Finalmente, la comisura posterior de los grandes labios puede prolongarse anormalmente y aumentar de este modo el periné hácia el orificio vulvar.

HIPERTROFIAS VULVARES

Del mismo modo que las diferentes regiones de la vulva pueden presentar un grado más ó ménos considerable de atrofia, se observa igualmente una hipertrofia de sus diversas partes.

Desde tiempos antiguos, los viajeros han indicado el aumento de volumen de los pequeños labios en ciertas poblaciones del Africa, y particularmente en las hotentotas. Esta disposicion se encuentra tambien en nuestros climas, aunque en menor grado (1). Cuando los pequeños labios

(1) Scanzoni cita una familia de las cercanías de Würzburgo, en la cual la madre y tres hijas presentaban un desarrollo extraordinario de los labios. (*Loc. cit.*, pág. 474.)

se hipertrofian y rebasan el nivel de los grandes, se pigmentan y pierden los caracteres de una mucosa para tomar el aspecto de la piel, como ya hemos visto al hablar de la anatomía de estos órganos. Se ha pretendido que este crecimiento anormal de los pequeños labios era signo de hábitos de masturbacion.

A este mismo vicio se ha atribuido el acarrear la hipertrofia del clítoris, observada algunas veces en mujeres que no presentaban ninguna otra anomalía. No es ilógico admitir que la excitacion repetida de un órgano acarree una exageracion en sus fenómenos de nutricion, y por consecuencia en su desarrollo. Pero es tambien cierto que, en mujeres que confiesan tener este vicio inveterado, no se encuentra ninguna exageracion en las dimensiones del clítoris.

La hipertrofia de los pequeños labios se acompaña frecuentemente de una hipersecrecion de las glándulas sebáceas y sudoríparas de la region. Algunas veces se han encontrado pequeños labios supernumerarios. En los casos de este género que hemos tenido ocasion de observar, se trataba más bien de una division anormal de estos órganos.

Para remediar la hipertrofia de los pequeños labios se ha recurrido á la operacion de la ninfotomía, que consiste sencillamente en excindir la porcion de los pequeños labios que sobresale de los grandes. Esta operacion, designada tambien con el nombre de circuncision en la mujer, es de un uso casi general en ciertas poblaciones del Asia y del Africa.

En estos últimos años, un cirujano inglés ha querido preconizar la clitoridectomía contra ciertos desórdenes nerviosos, tales como el histerismo y la epilepsia de forma genital. Hasta en el país donde se ha producido esta opinion se le ha hecho justicia prontamente, y no necesitamos añadir que no se debe practicar jamás la excision del clítoris sano, ni hasta ligeramente hipertrofiado, bajo pretexto de curar una afeccion nerviosa cualquiera (1).

Con motivo de la discusion que se suscitó con este objeto en Inglaterra, se refirieron observaciones de enfermas en las cuales el histerismo parecía haberse presentado bajo la influencia de la masturbacion, y, á pesar de ello, la excision del clítoris no produjo ninguna influencia sobre los accidentes histéricos (2).

(1) Véase con este objeto las discusiones contenidas en los periódicos ingleses por los años 1866 y 1867, *Lancet, Medic. Times, and Gaz., Brit. medic. Journ.*

(2) Tanner, *Transact. of the Obstetric. Soc.*, t. VIII, pág. 360.— Courty ha excindido tambien el clítoris, sin ningun resultado, en una mujer atacada de accesos de histerismo epileptiforme. — Courty, *loc. cit.*, pág. 1.198.

HERNIAS DE LA REGION VULVAR

Las hernias de la region vulvar se dividen en hernia de los grandes labios y hernia perineal.

HERNIA DEL GRANDE LABIO

La hernia del grande labio se divide en anterior y en posterior, ó labio-vaginal.

En la *hernia labial anterior*, el intestino ó el epiploon se engastan en el conducto inguinal y descienden hasta el grande labio. Esta forma es análoga á la variedad escrotal en el hombre. Pero se la observa mucho ménos en la mujer que en el hombre.

En la *hernia labial posterior ó labio-vaginal*, los órganos dislocados empujan por delante de ellos al peritoneo, por la parte anterior de los ligamentos anchos, y se abren paso á través de la aponeurósis pelviana y del músculo elevador del ano. Costeando así el tumor la pared de la vagina, en una extension mayor ó menor, llega hasta el grande labio. En esta última clase, sobre todo, es donde se observa la presencia del ovario ó de una parte de la vejiga en el saco que forma la hernia, al lado del intestino ó del epiploon.

Sintomas y diagnóstico. — El tumor formado por una hernia presenta un aspecto redondeado, ó más ó ménos ovoideo. Es poco doloroso á la presion y de una consistencia blanda. La piel que le cubre es normal. La percusion da un sonido timpánico, si el asa intestinal herniada es bastante voluminosa. El tumor es, ademá, reductible, y aparece de nuevo bajo la influencia de un esfuerzo, haciendo toser á la enferma, por ejemplo. En los casos en que una porcion de la vejiga está contenida en la hernia, se verá la parte tumefacta aumentar de volúmen algunas horas despues de la miccion.

En la variedad labial anterior se nota que el tumor se continúa en la porcion superior del grande labio. Por el contrario, en la variedad posterior, esta misma region está independiente.

Etiología.—Las hernias se desarrollan por dos procesos diferentes. Ora lentamente y poco á poco; ora súbitamente, bajo la influencia de un esfuerzo cualquiera, tal como el acto de levantar un objeto pesado, un acceso de tos ó un estornudo. Los partos numerosos, que relajan las membranas aponeuróticas, deben ser considerados como causa predisponente.

Tratamiento. — La estrangulacion es ménos frecuente en la hernia labial que en la hernia escrotal del hombre, que es análoga, como ya hemos dicho. En los casos de estrangulacion, la reduccion es fácil ordinariamente. Para reducirla se debe comprimir uniformemente el grande labio, de

manera que se empuje al tumor de abajo á arriba y de adelante á atrás, hácia la parte superior del canal, en la direccion que siguió para producirse. Al mismo tiempo, dos dedos, introducidos en la vagina, ayudan á ejecutar esta maniobra. Para la forma labial anterior, los medios de contencion son los mismos que para la variedad escrotal en el hombre.

Para la labial posterior, es necesario que el aparato se apoye sobre la pared vaginal.

HERNIA PERINEAL

La hernia perineal puede producirse en un punto cualquiera del suelo de la pélvis. En esta especie, poco frecuente por lo demas, el tumor rara vez excede del volúmen de un huevo de gallina. La reductibilidad, la consistencia y el estado normal de la piel que lo cubre hacen que se le reconozca fácilmente. La táxis es, en general, fácil de practicar, y, una vez reducida la hernia, se mantendrá por un vendaje en T que comprima fuertemente el perineo (1).

DE LA VULVÍTIS

Se designa con el nombre de vulvítis la inflamacion de las diversas partes que hemos estudiado, y que constituyen ese conjunto al cual damos el nombre de vulva.

La inflamacion puede invadir toda la región, ó una de sus partes solamente.

Anatomía patológica. — Se ha querido dividir la vulvítis en sebácea y mucosa, segun la especie de glándula que esté atacada. Por lo general, todas las partes constituyentes de la mucosa participan de la inflamacion. Unas veces se observa sobre la cara interna de los grandes labios, sobre las ninfas y el clítoris una capa blanquecina, por debajo de la cual se encuentran los tejidos rojos hiperhemiados, sangrando al menor contacto.

En otros casos se ve fluir un moco opaco, más ó ménos purulento, cuyo origen parece estar principalmente en las cercanías de las carúnculas mirtiformes. La mucosa está igualmente roja, hinchada, infiltrada.

Con frecuencia se observan pústulas de acné, ó abscesos forunculosos, cuyo pus puede contraer un olor fétido. Este es, por lo demas, un carácter bastante frecuente de todas las colecciones purulentas que están en contacto con los órganos genitales. A consecuencia de la vulvítis se desenvuelven vegetaciones de diversas formas, de las cuales hablaremos más

(1) Para el estudio más detallado de las hernias, consúltense los *Elementos de Patología quirúrgica* de Nélaton, version española de los Sres. Serret y Carreras; Madrid, 1876-78.

adelante, al tratar de los neoplasmas de la vulva. Estas vegetaciones aparecen indiferentemente en los pequeños labios, en las carúnculas y en el meato. La vulvítis se acompaña también frecuentemente de inflamaciones de la glándula vulvo-vaginal ó de su canal, de las que volveremos á hablar en el capítulo siguiente.

La adenítis puede complicar á la vulvítis más simple, y no debe ser considerada como un signo de la naturaleza contagiosa de la enfermedad.

Síntomas. — El dolor que experimentan las enfermas, el aspecto de los órganos y de los productos que por ellos fluyen caracterizan la inflamación de la vulva.

Se ven con bastante frecuencia, particularmente en los niños, erosiones de aspecto y dimensiones diversas, cuyo número es también muy variable. Unas veces de un rojo vivo y superficiales, estas erosiones toman en otros casos un tinte grisáceo y penetran más ó ménos en el dérmis. Esta forma se acompaña de un flujo purulento abundante, á menudo de edema de los labios y de cierto grado de adenopatía ganglionar. Todo este cortejo de accidentes podría hacer creer en una lesión sífilítica, por lo cual insistiremos sobre esta importante cuestión de diagnóstico al tratar de la historia del chancro.

Complicaciones. — El *flemon* de la vulva casi nunca es una consecuencia de la vulvítis. Se presenta más bien después de una herida de la región, y, sobre todo, á consecuencia de los traumatismos producidos por el parto.

La *gangrena* vulvar se observa principalmente después del parto. Se ha visto producirse verdaderas epidemias bajo la influencia del estado puerperal.

Algunas afecciones agudas, las fiebres eruptivas, el tífus, se complican con bastante frecuencia con gangrena de la vulva. En fin, ésta se desarrolla espontáneamente en los niños, particularmente en los escrofulosos, bajo una forma endémica, y algunas veces epidémica. Tales accidentes se han comparado, muy justamente, con los hechos del mismo orden que se presentan en la boca y se les ha designado con el nombre de *noma vulvar*. En las enfermas atacadas de difteria, las falsas membranas aparecen con frecuencia en la mucosa vulvar. El *edema* de los grandes labios se observa de ordinario á consecuencia de los chancros, pudiendo existir, no obstante, como complicación de una vulvítis simple. En las mujeres embarazadas, ó después del parto, el edema se presenta bastante á menudo.

Etiología. — Muchas causas diversas producen la vulvítis. La falta de los cuidados higiénicos y de limpieza basta en muchos casos. Lo mismo sucede con el flujo de líquidos alterados, con la orina, con el pus, en los casos de fístulas véscico ó recto-vaginales. La masturbación, los traumatismos que resultan de un exceso en el coito, ó de tentativas repetidas é incompletas, son igualmente causas de la vulvítis. Las erupciones de las re-

giones vecinas, el eritema de la cara interna de los muslos, el intertrigo, pueden propagarse frecuentemente hasta la vulva. Estos accidentes se observan sobre todo en las mujeres obesas, particularmente á consecuencia de alguna fatiga ó de una marcha exagerada.

Las mujeres embarazadas y las niñas son atacadas de esta afeccion con bastante frecuencia. En estas últimas, la presencia de escoriaciones puede ser el punto de partida de la enfermedad.

Lo más frecuentemente, la inflamacion es específica y consecutiva á una infeccion blenorragica. En tal caso, rara vez está limitada al orificio vulvar, propagándose hácia la vagina y la uretra. Las lesiones chancrosas van acompañadas igualmente de cierto grado de vulvítis; pero en estas condiciones no se extiende á toda la mucosa y se limita á una region solamente.

Tratamiento. — En casi todos los casos de vulvítis simple, el reposo, los baños y algunas lociones emolientes constituyen todo el tratamiento. Despues de la desaparicion de los accidentes más agudos, puede recurrirse á las soluciones ligeramente astringentes de alumbre ó de tanino. Las unturas con el glicerolado de almidon, seguidas de la aplicacion de polvos de almidon, producirán una sedacion bastante rápida de los fenómenos inflamatorios. En la vulvítis blenorragica, las curaciones con los polvos inertes, el sub-nitrato de bismuto, el óxido de zinc, nos prestan diariamente señalados servicios. A estos medios se deben añadir lociones frecuentes con el coáltar ó con una preparacion fenicada. Si la afeccion dura cierto tiempo, se recurrirá á las embrocaciones con una solucion débil de nitrato de plata:

Agua destilada..	30 gramos.
Nitrato de plata.	5 centígramos.

En los casos de gangrena, las curaciones se renovarán con frecuencia, haciéndose con los polvos de quina, ó con una mezcla de polvos de corteza de encina y de ácido fénico. El polvo de iodoformo es tambien un excelente tópico. En las gangrenas espontáneas de la vulva en las niñas (noma de la vulva), se ha aconsejado cauterizar las superficies enfermas, y un poco alrededor, con los ácidos fuertes, tales como el ácido clorhídrico.

El edema desaparece ordinariamente con las demas manifestaciones de la vulvítis.

En el edema de las mujeres embarazadas, ante todo, es necesario asegurarse del estado de las orinas para saber si contienen ó no albúmina. Si es debido á la compresion ejercida sobre los vasos por el útero grávido, la posicion horizontal producirá por sí sola una mejoría. En estos casos se han practicado, con éxito, escarificaciones ó picaduras de los grandes labios con una lanceta ó con una aguja. Este es un medio que presenta ciertas ventajas. No debe practicarse, sin embargo, con sobrada frecuencia,

ó en períodos muy aproximados el uno al otro, para que las picaduras no lleguen á ser el punto de partida de una erisipela.

AFECCIONES DE LAS GLÁNDULAS VULVO-VAGINALES (1)

Hemos visto que existe en cada lado de la vagina una glándula, del grosor de una almendra pequeña próximamente, cuyo conducto escretor, de dos centímetros de largo, viene á abrirse por delante del hímen, hácia la mitad de la altura del orificio vulvar.

Se observan quistes situados en el conducto escretor, ó una inflamacion de este canal. En otros casos, el quiste ó la inflamacion se localizan en la glándula misma. En fin, puede haber una simple exageracion de secrecion de los acini glandulares. Vamos á estudiar rápidamente estas diferentes afecciones.

QUISTES POR RETENCION DEL CONDUCTO ESCRETOR

La obliteracion del orificio del conducto escretor se produce por várias influencias. El líquido secretado puede acumularse, desecarse y constituir un verdadero cuerpo extraño. La hinchazon de la mucosa hácia el punto donde desemboca el conducto, la presencia de una vegetacion que obstruye su orificio, son igualmente un obstáculo á la expulsion del líquido. Entónces se ve formarse un tumor que alcanza las dimensiones de una avellana ó de una nuez, que deprime la entrada de la vagina. Este tumor es generalmente indolente. Las enfermas sólo acusan dolor á consecuencia de la union sexual ó de una marcha prolongada. No hay ni rubicundez ni calor en la region, y, si se comprime sobre la parte tumefacta, se ve salir frecuentemente por el orificio del canal un líquido claro y trasparente, producto normal de la glándula. Antes que el tumor sea visible, se puede ya comprobar por el tacto una pequeña tumefaccion globulosa, situada por detras del grande labio, entre la entrada de la vagina y la rama ascendente del isquion.

ABSCEOS DEL CONDUCTO ESCRETOR

En muchos casos, estos quistes por retencion llegan á inflamarse, y entónces nos encontramos con un absceso del conducto escretor. La inflamacion del conducto es tambien muchas veces consecutiva á una vulvítis especifica, y la blenorragia se localiza y se perpetúa en este punto. Así es que, mujeres que no presentan ya ni vaginitis ni uretritis, pueden transmitir

(1) Hemos creido preferible agrupar estas afecciones en un capítulo especial, aunque se acercan mucho á los tumores vulvares.

todavía un flujo producido por este residuo de la enfermedad. Es necesario estar bien prevenido de estos hechos para darse cuenta de esas blenorragias contraidas en las relaciones sexuales con mujeres sanas en la apariencia.

El tumor formado por los abscesos del conducto presenta los mismos caracteres que hemos señalado para las producciones quísticas. Solamente en los casos de inflamacion los tegumentos circunvecinos están rojos, ca-lientes, dolorosos, caracteres inversos de los que se observan en el quiste. En fin, el líquido que fluye es pus en un caso, y un líquido claro y límpido en el otro. En esta variedad es cuando son más frecuentes las recidivas.

QUISTES DE LA GLÁNDULA

La glándula misma puede ser el asiento de quistes por retencion. Éstos son, tan pronto únicos, de una sola celda, tan pronto múltiples.

ABSCESOS DE LA GLÁNDULA

En la glándula, como en su conducto escretor, se ve que los quistes por retencion pueden ocasionar una inflamacion y la formacion de un absceso.

Éste puede propagarse igualmente desde el conducto hasta la glándula.

Finalmente, la inflamacion glandular puede ser primitiva, sin haber sido precedida ni de un quiste ni de una lesion del conducto escretor.

Ésta da lugar á síntomas más graves que cuando no interesa más que el conducto escretor. Los dolores isquiáticos ó pubianos se irradian hácia la region perineal ó en la direccion del recto. Los menores movimientos exasperan estos dolores, que se acompañan casi siempre de fiebre. Poco á poco la inflamacion invade el tejido peri-glandular y acaba por aparecer en la cara mucosa del grande labio. El pus, contenido en el absceso, contrae con frecuencia un olor fétido. Estos abscesos, de origen glandular, se abren algunas veces en diversos puntos, más ó menos próximos, y entónces se pueden encontrar orificios múltiples, comunicando los unos con los otros por trayectos fistulosos. La cicatriz presenta, en ciertos casos, una disposicion en forma de embudo que podría engañar haciendo creer en una lesion venérea.

Diagnóstico. — Casi no puede confundirse un absceso de la glándula vulvo-vaginal con un absceso estercoráceo. El tumor formado por este último es difuso, mal limitado, y el pus es rechazado por la presion. Por el contrario, el tumor resultante de la glándula supurada es limitado, no reducible, y presenta una forma particular.

Un absceso osifluente será generalmente reductible. Además, la cantidad y la naturaleza del pus que contiene son diferentes de las que presenta el contenido de un absceso glandular.

Podría confundirse un absceso del grande labio con la afeccion de que

nos ocupamos. Pero el primero invade toda la extensión del labio, mientras que el otro está limitado á su mitad posterior y se dirige hácia el orificio de la vagina.

Los forúnculos, por su situación en la piel ó en el tejido celular, no podrán confundirse con las lesiones de la glándula ó de su conducto.

Si el absceso ó el quiste están situados en el conducto, el tumor se extiende hácia la extremidad del pequeño labio, el cual presenta una forma particular. Si es la glándula la que está atacada, el tumor está más cerca de la rama del isquion y más lejos, por consiguiente, del orificio de la vagina.

Tratamiento. — En los quistes por retención del conducto escrotor, basta frecuentemente una ligera presión para determinar la salida del líquido y el aplastamiento de la parte tumefacta. Se ha aconsejado en estos casos el cateterismo del conducto. Pero esta maniobra expone á trasformar en absceso lo que no era más que un quiste.

En las formaciones quísticas de la glándula es mejor excindir un colgajo del tumor, y, después de haberlo vaciado, embadurnar su superficie interna con una solución de tintura de iodo ó de nitrato de plata. En ciertas enfermas, el quiste se reproduce, á pesar de estos medios. En tal caso se puede recurrir á la extirpación del órgano glandular. Para ello se hace una incisión en el pliegue que separa el grande del pequeño labio, y se va á buscar la glándula (1). Los dos peligros que hay que evitar en dicha operación son, por un lado la lesión del bulbo de la vagina, y por otro el herir la arteria trasversa del perineo.

Los abscesos del conducto escrotor curarán casi siempre bajo la influencia del reposo y de cataplasmas, si el pus fluye por el conducto.

Para los abscesos de la glándula, se deberá incidir con el bisturí en el momento en que se perciba claramente la fluctuación. La incisión deberá practicarse hácia la cara interna del grande labio, en la parte inferior del pequeño labio. Esta incisión deberá ser bastante extensa, y la herida se curará en seguida con tapones fenicados.

HIPERSECRECIÓN DE LA GLÁNDULA

La secreción de la glándula vulvo-vaginal es poco abundante en el estado normal. Bajo la influencia de las relaciones sexuales, es sobre todo cuando se produce en cantidad bastante grande. Se la ve también aumen-

(1) Se han preconizado las inyecciones de cloruro de zinc como medio de tratamiento de los quistes de la glándula vulvo-vaginal. Se inyectan en la cavidad quística cuatro ó cinco gotas de la solución siguiente:

Agua destilada.	5 gramos.
Cloruro de zinc.	10 centigramos.

tar en el momento del período menstrual, y en ciertas mujeres constituye poluciones nocturnas.

Éstas pueden tomar un carácter de frecuencia tal, que las enfermas experimentan una sensación de fatiga y de debilidad considerable. Algunas veces, la sensación voluptuosa que acompaña á la polucion, hasta es seguida de un dolor bastante vivo, debido, probablemente, á un espasmo del músculo constrictor de la vagina.

La permanencia algo prolongada en la cama, la administracion del bromuro potásico ó del alcanfor, producirán ordinariamente la disminucion de esta hipersecrecion momentánea de las glándulas de Bartolino.

PRURITO VULVAR

Se designa con el nombre de prurito vulvar una hiperestesia de esta region que se manifiesta por comezones violentas ó sensaciones de escozor, de quemazon hácia las partes genitales. Cualquiera que sea la clase de dolor acusado por las enfermas, estos desórdenes de la sensibilidad acarrearán un deseo inmoderado de entregarse á frotaciones rudas, de rascarse violentamente. Para ciertas mujeres, esta necesidad es tan imperiosa, que ninguna energía, ninguna fuerza de voluntad puede contenerlas.

Anatomía patológica. — Se observa á menudo en el prurito vulvar un estado eritematoso de las partes genitales. Otras veces son erupciones papulosas ó vesiculosas. La piel está rugosa y las papilas hipertrofiadas. También ciertos autores han considerado la capa papilar como el asiento de las lesiones. (Klebs.)

Se ha tratado igualmente de explicar por una dilatacion de los vasos linfáticos contenidos en las papilas. Estos vasos dilatados comprimirían las terminaciones nerviosas, de donde resultaría la excitacion de ciertos nervios sensitivos y sensaciones pruriginosas.

En tales enfermas, la vulva está roja, tumefacta; la cara interna de los grandes labios está sembrada de manchas rojas. Los folículos de la region forman eminencia en la superficie, lo que le da un aspecto chagrinado. Dichas lesiones se acompañan muy frecuentemente de intertrigo húmedo, con secrecion viscosa.

Otras veces, en fin, las alteraciones anatómicas faltan completamente ó escapan á nuestros medios de investigacion. En mujeres afectas del prurito vulvar mejor caracterizado no se observa ni tumefaccion, ni secrecion anormal, ni cambio de coloracion en los tegumentos.

Las lesiones que acabamos de describir, rubicundez, erosiones, esco-riaciones, pueden ser primitivas ó secundarias; es decir, haber sido la causa del prurito, ó, por el contrario, ser consecuencia de las frotaciones repetidas y del continuo rascarse á que se entregan las enfermas.

Por último, cuando las modificaciones sensitivas están ligadas á una

afeccion vecina, de la uretra, vejiga, útero, vagina, se observan alteraciones variadas de estos diversos órganos.

Síntomas. — La intensidad de las sensaciones pruriginosas difiere, no sólo de un sujeto á otro, sino tambien en distintos momentos. Tan pronto es casi continuo, presentando exacerbaciones, tan pronto no se reproduce sino á ciertas horas, y, algunas veces, hasta reviste una forma intermitente, es decir, que sólo se produce cada dos ó tres dias. Muchas mujeres no son atacadas más que en las épocas menstruales, y á menudo este fenómeno no adquiere proporciones suficientes para que se apele á los consejos del médico.

El prurito puede limitarse á la vulva, ó propagarse á la vagina y hasta al cuello del útero. Las frotaciones repetidas en la region vulvar son una causa de masturbacion, sobre todo en los sujetos jóvenes. El sueño es turbado frecuentemente por estos pruritos, que pueden hacerse atroces. Algunas veces resultan, de estas excitaciones diversas y exageradas del sistema nervioso, desórdenes de la salud general, fenómenos histeriformes, una disposicion á la hipocondría ó á la melancolía.

Los sufrimientos de las enfermas son exasperados por diversas causas. Entre las principales, podemos citar la permanencia en la cama, el calor, una marcha prolongada. Las relaciones sexuales tienen una accion muy variable. En ciertas enfermas producen un alivio á sus sufrimientos, y en otras los exasperan.

Etiología. — El prurito vulvar es muy á menudo sintomático de una enfermedad de la vulva, de la vagina ó del útero. Las afecciones de la vejiga, las vegetaciones ó los pólipos de la uretra la determinan igualmente.

Se le encuentra tambien en las diabéticas, ligada al desenvolvimiento de los hongos que se encuentran en las inmediaciones de la uretra, y más particularmente alrededor y detras del prepucio del clítoris y entre los labios. Este prurito intenso ha podido hacer reconocer una diabétes ignorada hasta entónces.

Por último, el embarazo entra en gran parte en la etiología de estas manifestaciones pruriginosas.

En ciertos casos existen sin ninguna lesion de los órganos vecinos, y constituyen por sí solas toda la enfermedad. Estas formas protopáticas se manifiestan principalmente en las mujeres cuando llegan á la época de la menopausia. En la produccion de estos accidentes se ha atribuido una influencia considerable á la diátesis artrítica (1).

Los parásitos de los órganos genitales ocasionan igualmente este prurito. Así es que, en los niños, la presencia de los oxiuros que pasan del ano á la abertura vulvar ocasionan un verdadero prurito. En este caso no es difícil comprobar la existencia de los parásitos.

(1) Guéneau de Mussy, *Clinique médicale*, t. II, pág. 316.

Pronóstico. — Aunque no presenta gravedad por sí misma esta afección, llama con frecuencia la atención del médico muy seriamente, por los sufrimientos que causa á las enfermas. Además, como ya hemos visto, puede conducir, sobre todo en las niñas, á contraer el hábito de la masturbación, y producir á la larga desórdenes del sistema nervioso que comprometan el estado de la salud general.

El pronóstico del prurito vulvar depende en gran manera de su causa. Si es consecutivo á una afección de la vulva, se cura con más facilidad que si está ligado á una metritis crónica. Esta última variedad es, según Gallard, una de las formas más rebeldes.

Tratamiento. — Se han preconizado numerosos tratamientos contra el prurito vulvar. Si la comezon es sintomática de una de las enfermedades que hemos mencionado al hablar de la etiología, no debe uno limitarse á combatir la lesión local, sino que se debe dirigir la acción terapéutica contra el órgano vecino, causa primera de los accidentes.

Mientras que, para ciertos autores, esta afección es rebelde y muy tenaz, para otros, por el contrario, el éxito es casi seguro, en la mayoría de los casos, con un tratamiento bien dirigido. Se obtendrán buenos resultados de las embrocaciones con diversos linimentos ó disoluciones, cuyas fórmulas son muy variadas (1).

Cualquiera que sea el medicamento que se añada al agua destinada á las lociones, debe recomendarse, sobre todo, hacerlas con el líquido tan caliente como pueda soportarlo la enferma.

(1)

LINIMENTO

Cloroformo.	3 gramos.
Aceite de almendras dulces.	20 —
Aceite de enebro (verdadero)	20 —
Láudano.	1 —
Agítese.	

MIXTURA

Extracto de opio.	} ñ 0,20 centigramos.
Extracto de belladona.	
Disuélvase en la menor cantidad de agua posible.	
Bromuro potásico.	2 gramos.
Glicerina pura.	30 —

DISOLUCIONES

Bicloruro de mercurio.	0,30 centigramos.
Agua destilada ó filtrada.	300 gramos.
Alumbre.	20 —
Glicerina pura.	100 —
Disuélvase.	
Acido fénico cristalizado.	1 gramo.
Acido tímico.	2 —
Alcohol.	10 —
Agua.	200 —
Disuélvase.	

En ciertos casos rebeldes se recurrirá á la curacion por medio de las aguas minerales débilmente mineralizadas, tales como las de Saint-Sauveur, las Eaux-Chaudes, algunas fuentes de Cauterets, ó bien Amélie, Aix, Saint-Gervais, Schinznach. Para las enfermas que no puedan ir á las aguas minerales, los baños artificiales alcalinos sulfurosos nos prestarán grandes servicios (1).

En los casos de prurito, causado en los niños por los oxiuros vermiculares, bastará introducir por la noche, durante dos ó tres dias, una mecha cubierta con unguento mercurial y de glicerina fenicada, ó administrar lavativas frescas con una infusion de tanaceto.

DE LA COXIGODINIA

Se da el nombre de *coxigodinia* á una afeccion de la region coxígea, sobre la cual ha llamado la atencion particularmente el Dr. Simpson.

Anatomía patológica. — Bajo este mismo nombre se han descrito evidentemente afecciones de naturaleza variable. Así es que se han encontrado lesiones del periostio ó de la articulacion sacro-coxígea, una movilidad anormal ó una longitud exagerada del cóxis (2).

Síntomas. — Esta afeccion está caracterizada por un dolor limitado al cóxis, ó al ménos que tiene su máximun en este hueso, y que desde allí se irradia más ó ménos léjos. El tacto rectal permitirá apreciar mejor el sitio de este dolor. Muy variable en distintas enfermas, adquiere, en ciertas mujeres, tal intensidad que se le compara á una neuralgia dentaria. La presion sobre el cóxis, los movimientos ejecutados para levantarse ó para sentarse, la marcha, los esfuerzos para defecar, lo exasperan. Se han citado casos en que las relaciones sexuales habían llegado á ser imposibles.

Estos accidentes pueden persistir durante años enteros, con alternativas de mejoría y de exacerbacion, y presentar algunas veces una gran resistencia á todos los tratamientos.

Etiología. — Despues del parto es, sobre todo, cuando se observan casos de coxigodinia, principalmente despues de los partos laboriosos que

Clorhidrato de morfina.	0,50 centigramos.
Borato de sosa.	10 gramos.
Agua cloroformizada (saturada).	300 —
Disuélvase.	

Puede tambien emplearse el nitrato de plata, ya pasando ligeramente el cilindro sobre las partes atacadas, ya sirviéndose de una disolucion al décimo aplicada por medio de un pincel.

(1) Ciento cincuenta gramos de sub-carbonato de sosa y 15 gramos de polisulfuro de sodio para cada baño.

(2) Segun Luschka, la glándula coxígea puede ser el asiento de la coxigodinia. (*Archiv. de Virchow*, 1860.)

han exigido maniobras ó aplicaciones del fórceps. Esta afeccion se observa tambien, sin que haya existido el menor traumatismo, en mujeres vírgenes (1) y en los niños (2). Se ha atribuido tambien á la accion del frío y al abuso de la equitacion. (Scanzoni.)

Dichas manifestaciones dolorosas pueden ser causadas por hemorroides, ó por una neuralgia refleja dependiente de una afeccion uterina.

Tratamiento.—Se han ensayado inútilmente contra la coxigodinia las emisiones sanguíneas y los vejigatorios. Las inyecciones de morfina se han empleado con resultados más favorables.

En ciertos casos, en que todos los tratamientos habían sido inútiles, se ha llegado á practicar con éxito la seccion subcutánea de los músculos que se insertan en el cóxis. Tambien se han publicado observaciones en las cuales se obtuvo la curacion á beneficio de la extirpacion del mismo hueso.

ERISPELA DE LA VULVA

La erisipela de la vulva no presenta caractéres particulares en esta region. Algunas veces rebasa la vulva y se propaga hasta el fondo de la vagina.

La presencia de líquidos irritantes, principalmente en los casos de fístulas véscico ó recto-vaginales, puede producir el desarrollo de la erisipela. Esta afeccion se presenta con bastante frecuencia en las niñas, sobre todo si son escrofulosas, mal nutridas y se encuentran en malas condiciones higiénicas. En las recién nacidas, el punto de partida es unas veces la vulva, y otras la herida del cordón umbilical. Esta erisipela de las recién nacidas presenta una gravedad excepcional y se termina las más veces por una peritonítis rápidamente mortal.

En las mujeres púberes se observan algunas veces, en el momento de la menstruacion, invasiones erisipelatosas que desaparecen con el flujo por mostrarse de nuevo en el período catamenial siguiente.

Tratamiento.—El tratamiento de la erisipela de la vulva será espec-tante la mayor parte de las veces, como cuando esta misma afeccion se desenvuelve en otras regiones. Deberá concretarse á aplicaciones locales, con el objeto de calmar los dolores (3).

(1) Courty, *loc. cit.*, pág. 1.182.

(2) Beigel, *Die Krankheiten der weiblichen Geschlechtes*, Stuttgart, 1875, t. II, página 684.

(3) Cubrir con glicerolado de almidon las partes enfermas y espolvorearlas luego con unos polvos, compuestos de la mezcla siguiente:

Óxido de zinc.	} ãã partes iguales;
Quina pulverizada.	
Almidon.	

En los sujetos debilitados, escrofulosos, la quina y el aceite de hígado de bacalao encuentran sus indicaciones.

ECZEMA DE LA VULVA

El eczema de la vulva presenta las diversas formas de esta afección, tal como se observa en los otros puntos de la economía. Se puede dividir en agudo y crónico.

ECZEMA AGUDO

La forma aguda es notable por su invasión brusca y por la marcha rápida que afecta. La primera manifestación consiste en una sensación de quemadura, seguida bien pronto de una tumefacción y de una coloración roja de las partes atacadas.

Sobre este fondo, de un rojo oscuro, se desarrollan numerosas vesículas pequeñas que contienen un líquido transparente.

La existencia de estas vesículas no es siempre fácil de comprobar. Es necesario para ello mirar oblicuamente y colocando la luz de modo que puedan transparentarse. Estas invasiones de eczema agudo se acompañan casi siempre de un ligero estado febril y de algunos desórdenes gástricos en los primeros días. El eczema vulvar empieza ordinariamente por los grandes labios, considerablemente hinchados. Del tercero al quinto día, el dolor, la rubicundez y la hinchazón de las partes atacadas empiezan a disminuir. El líquido segregado forma costras sobre su superficie cutánea. Entonces es cuando las enfermas se sienten atormentadas de comezones, que á veces se hacen insoportables. Esta forma dura ordinariamente de ocho á 14 días. Si la curación se hace esperar más largo tiempo, entonces el eczema tiende á pasar al estado crónico.

Diagnóstico. — El diagnóstico no ofrece ordinariamente ninguna dificultad. La presencia de numerosas vesículas transparentes en medio de tejidos rojos é inflamados no puede dejar ninguna duda sobre la naturaleza de la afección.

Pronóstico. — El pronóstico es benigno y no adquiere cierta gravedad más que en los casos en que pasa al estado crónico.

ó bien se harán embrocaciones frecuentes, con el auxilio de un pincel, con :

Alcanfor..	30 gramos.
Éter..	60 —

ó bien con :

Esencia de trementina.	20 gramos.
Aceite de almendras dulces.	20 —
Éter..	60 —

Etiología. — El eczema de los órganos genitales, bastante frecuente en el hombre, es, por el contrario, poco común en la mujer.

Se desarrolla especialmente bajo la influencia de la preñez.

Tratamiento. — El tratamiento consistirá sencillamente en la aplicación de cataplasmas de fécula. Se podrá además espolvorear las partes enfermas con polvos de almidón ó de óxido de zinc.

ECZEMA CRÓNICO

La forma crónica del eczema, designada con el nombre de *eczema rubrum*, es la que se observa con más frecuencia en los órganos genitales de la mujer. (Hébra.) Como en el eczema agudo, los grandes labios son, en general, los que primero se afectan. Desde este punto la erupción se extiende de ordinario hácia el púbis, á los pliegues génito-crurales y á la cara interna de los muslos.

La invasión de la mucosa no se efectúa hasta mucho después, y sólo en los casos antiguos y mal tratados es cuando invade la erupción las paredes de la vagina. Entónces se produce una supuración abundante y un edema doloroso de los pequeños labios, que podrán dar lugar á un error de interpretación y hacer creer en una afección blenorragica.

En los casos ligeros se puede confundir el eczema con el prurito vulvar simple ó complicando una afección del útero ó de sus anejos.

Frecuentemente se ven coincidir con el eczema vulvar crónico las mismas alteraciones en el periné y en el ano. Entónces se forman en la region perineal fisuras profundas, comparables á las que se observan en el eczema de las manos. Estas fisuras rezuman constantemente y las enfermas se ven atormentadas por dolores y comezones.

Tratamiento. — El tratamiento del eczema crónico debe empezar por la aplicación de tópicos emolientes (cataplasmas de fécula) para hacer caer las costras. Después de esto, y sobre todo en los casos antiguos, será bueno emplear el aceite de enebro asociado, á partes iguales, de aceite de almendras dulces. Se ha aconsejado también el uso de los fomentos con una solución de potasa cáustica á 1/300. (Hildebrandt.) Los fomentos durarán de media á una hora.

HÉRPES DE LA VULVA

El herpes está caracterizado por pequeñas vesículas de contenido transparente, reunidas y dispuestas en grupos. Estos grupos de vesículas, unas veces son únicos y otras múltiples.

Existe una forma de herpes, bastante rara ciertamente, pero real, de la cual apreciaremos toda su importancia cuando nos ocupemos del diag-

nóstico del chancro. Este herpes solitario (Fournier) no está constituido más que por una erosión única, presentando algunas veces una extensión bastante considerable.

Síntomas y marcha. — Las vesículas del herpes se presentan súbitamente, tan pronto sin ningún prodromo, tan pronto, y esto es más frecuente, precedidas de una sensación de calor, de quemazón. Su duración no se prolonga más allá de algunos días.

Si las vesículas no han sido desgarradas, se desecan, forman una costra delgada que cae bien pronto, dejando por debajo la piel sana ó ligeramente roja. Si las enfermas se rascan, se observa entónces una superficie escoriada, de color blanco-grisáceo, revistiendo el aspecto de una verdadera úlcera, con frecuencia difícil de distinguir de un accidente específico. Cuando hagamos la historia del chancro, expondremos con más ventajas los caracteres que permiten diferenciar las dos lesiones.

El herpes es una afección de marcha generalmente rápida, que evoluciona en pocos días. Es necesario, sin embargo, estar prevenidos de que, en ciertos casos excepcionales, invierte muchas semanas en terminar su evolución.

Esta afección tiene una gran tendencia á la recidiva, y á menudo se la ve reaparecer cinco ó seis veces por año. Ciertas mujeres son atacadas en cada período menstrual.

Tratamiento. — El tratamiento del herpes es absolutamente espectante. El empleo de las diferentes pomadas y de diversos tópicos no hace más que retardar, en la mayor parte de los casos, la desaparición de la erupción. Podrán ser útiles algunas lociones ó algunos baños para calmar la sensación de calor que existe en muchas enfermas.

De todos los medios empleados para impedir la reaparición del herpes, los baños sulfurosos parecen ser lo que ha proporcionado mejores resultados.

LÚPUS Ó ESTIOMENA DE LA VULVA (1)

Se ha dado el nombre de lúpus ó de estiomena de la vulva (Huguier) á una afección de manifestaciones variables que se presenta bajo la forma de ulceraciones ó de hipertrofia de ciertos puntos de la región vulvo-anal.

Anatomía patológica. — A simple vista, el aspecto de las partes atacadas de estiomena difiere según la variedad que se observa. Unas veces se ven ulceraciones que se extienden en superficie; otras veces, por el contrario, estas ulceraciones aumentan en profundidad y se encuentran rodea-

(1) Estiomena, de *estivay*, comer, roer.

das de tejidos indurados, engrosados y á menudo muy aumentados de volumen. Los tumores así formados son generalmente irregulares, mame-lonados, de color rojo-violáceo.

Bajo el punto de vista histológico, lesiones de naturaleza variable parecen poder afectar apariencias clínicas casi idénticas, y es muy probable, segun las investigaciones más recientes, que se han confundido, bajo la denominacion de estiomena, afecciones muy diferentes. En ciertos casos hay alteraciones comparables á las que se han asignado á la elefantiasis (Renaut): infiltracion del tejido conjuntivo por elementos embrionarios, dilatacion de los vasos linfáticos (1). Se ha descrito igualmente como lesion del lúpus una infiltracion de los tejidos por grupos de glóbulos blancos. (Volkman, Debove.) (2).

En otros casos, el exámen microscópico ha permitido comprobar la existencia de un epiteloma tubulado en enfermas que habían presentado durante su vida los síntomas del estiomena (3). Como se ve, quedan todavía muchos puntos oscuros en la anatomía patológica de esta afeccion.

Sintomas, marcha.— El estiomena puede dividirse, bajo el punto de vista clínico, en dos especies principales: 1.^a, la forma ulcerosa; 2.^a, la forma hipertrófica.

1.^a *Forma ulcerosa.*— La forma ulcerosa presenta en sí misma muchas variedades.

En la primera variedad (estiomena eritematoso), la ulceracion tiene una tendencia á extenderse en superficie. Los tejidos presentan un color rojo oscuro, como en el lúpus de la cara. Esta variedad se manifiesta sobre todo en las partes de la region vulvo-anal cubiertas de piel, al contrario de las otras, como veremos más adelante. En la superficie de las partes invadidas se producen frecuentemente eminencias mame-lonadas, más ó menos redondeadas, que tienen la misma coloracion que los tejidos en que descansan (*estiomena tuberculoso*).

Las dimensiones de estas especies de tubérculos cutáneos, aunque muy inconstantes, casi no exceden de la de una peseta. Su consistencia es blanda, y la piel que rodea los puntos enfermos parece absolutamente sana. Estos pequeños tumores pueden confundirse por sus bordes y formar de este modo masas más ó menos considerables que se reblandecen y se ulceran hácia sus partes centrales. La ulceracion así producida es notable por sus bordes irregulares (ulceraciones serpiginosas de Huguier), cortadas á bisel y oblicuamente, y no desprendidas y cortadas á pico. Su su-

(1) Véase á este objeto un exámen histológico, hecho por Cornil, de las piezas procedentes de una enferma de Bernutz. (*Archives de Tocologie*, t. I, pág. 412.)

(2) *Société anatomique*, 1874, pág. 237.

(3) Cornil, *Société anatomique*, 1874, pág. 231.

perficie presenta tan pronto un tinte azulado, tan pronto un color violáceo.

Otro carácter curioso de estas lesiones es la facilidad con que se curan por un lado, mientras se extienden por otro, para invadir de nuevo, al cabo de algun tiempo, los puntos que atacaron en un principio.

En la segunda variedad (estiomena perforante) son atacadas ordinariamente las partes de la region vulvo-anal cubiertas por la mucosa, ó las que más se aproximan á ésta. Aquí la ulceracion, en lugar de tener una tendencia á extenderse superficialmente, produce, por el contrario, una destruccion profunda de los tejidos. Su superficie, amarilla grisácea, ó roja violada, está revestida de una delgada película. Alrededor de ésta, los tejidos se hipertrofian, y á menudo es necesario separar las partes hipertrofiadas para ver la solucion de continuidad, profundamente situada. La destruccion de los tejidos progresa, aunque lentamente, y ocasiona pérdidas de sustancia bastante extensas. Las vegetaciones que se desenvuelven en las cercanías de los puntos ulcerados tienen un aspecto reluciente, un color violáceo ó de lila, que las diferencia de las vegetaciones de otra naturaleza.

2.^a *Forma hipertrófica.* — En la forma hipertrófica ó elefantíásica, el aumento de volúmen de los tejidos toma proporciones considerables. La hipertrofia se produce lo más frecuentemente en los pequeños labios y en el capuchon del clítoris. Estas regiones pueden llegar á adquirir hasta cuatro ó cinco veces sus dimensiones normales.

Las partes así aumentadas de volúmen están rojas, tensas, presentando la consistencia de un edema duro. Su cara interna es lisa, pulimentada, brillante; su cara externa, como rugosa. En los casos que cuentan ya bastante tiempo de existencia, se producen en la superficie de las regiones atacadas vegetaciones redondeadas, mamilares, semejantes á las que hemos indicado en las formas precedentes.

Las variedades del estiomena que acabamos de describir pueden encontrarse aisladas é independientemente una de otra. En muchos casos se presentan juntas, y entónces pueden constituir una serie de formas intermedias ó mixtas.

El líquido segregado por las ulceraciones consiste más bien en una especie de serosidad que en un verdadero pus.

Las enfermas no acusan grandes sufrimientos. Más bien que de un verdadero dolor, se las oye quejarse lo más frecuentemente de una sensacion de impedimento, causado especialmente por el aumento de volúmen de las partes de cierto grado de calor y de escozor.

Diagnóstico. — Las formas ulcerosas pueden confundirse con un chancro fagedénico. La ulceracion chancrosa presenta un fondo grisáceo, pultáceo, diferente del fondo rojo violáceo del estiomena. El chancro fagedénico tiene una marcha rápidamente invasora, y sus bordes están

rodeados de tejidos sanos. El otro, por el contrario, tiene una marcha lenta, el tejido que le rodea está engrosado y forma como un rodete de un rojo oscuro.

La diferencia de coloracion será tambien un signo importante del diagnóstico entre el estiomena y una sífilide tuberculosa.

En efecto, las lesiones sífilíticas se sitúan sobre un fondo de un rojo cobre, cuyo color es bien diferente del color violáceo que hemos descrito tantas veces en el lúpus vulvar.

El diagnóstico del estiomena y del cáncer presenta dificultades tanto mayores, cuanto que ciertas formas de epitelomas tubulados, como ya hemos visto al hablar de la anatomía patológica, pueden revestir una marcha clínica casi idéntica. Y, evidentemente, las afecciones que son histológicamente epitelomas deben ser clasificadas en la gran familia clínica de los cánceres (1). Sin embargo, las formas más ordinarias de estas últimas afecciones podrán ser distinguidas del lúpus de la vulva por su marcha generalmente más rápida, por la naturaleza del flujo, que es más abundante, más sanioso y más fétido en el uno que en el otro. Los ganglios linfáticos están más infartados en el cáncer. En fin, mientras que el estiomena no ocasiona, en la mayor parte de los casos, más que un dolor nulo ó poco intenso, más bien comparable á una sensacion de escozor, las lesiones cancerosas producen casi siempre, como su consecuencia, un cortejo de vivos sufrimientos, de dolores lancinantes.

La elefantíasis, que presenta tanta semejanza con ciertas formas del estiomena, se diferencia, sin embargo, en algunos puntos.

Las partes hipertrofiadas, en la elefantíasis, tienen poca tendencia á ulcerarse, y, si se produce una ulceracion á consecuencia de un traumatismo ó de un roce cualquiera, no tendrá la propiedad invasora y destructiva que caracteriza al lúpus. Además, los tejidos hipertrofiados de la elefantíasis, rara vez están indurados. Y, si lo están, es por islotes, de una manera irregular y muy diferente de lo que se observa en toda la extension de los puntos invadidos por el estiomena. Los ganglios inguinales, siempre muy aumentados de volumen en la elefantíasis, y algunas veces hasta desde el principio, sufren pocos cambios ó permanecen en estado normal en el lúpus.

Pronóstico.— El pronóstico del estiomena es siempre grave. La forma perforante puede acarrear pérdidas de sustancia suficientes para destruir órganos importantes y producir la muerte.

La duracion de esta enfermedad se prolonga durante muchos años, á veces hasta ocho ó diez. En ocasiones tiene una terminacion funesta, por propagarse á los intestinos ó al peritoneo.

(1) Cuando tratemos del cáncer del utero nos ocuparemos más extensamente de este asunto.

Etiología.— El estiomena es una afección rara, que apenas se observa más que en el adulto. Su máximo de frecuencia parece estar entre los veinte y los treinta años.

Se ha observado especialmente en las mujeres escrofulosas, aunque también se la ha visto presentarse fuera de todo antecedente de este género. La mayor parte de los autores la considera como enteramente independiente de la sífilis. El embarazo y el parto no tienen ninguna influencia en su desenvolvimiento.

En cierto número de casos se ha observado, mucho tiempo antes de su aparición, la amenorrea y otros desórdenes de la menstruación, la cual vuelve á regularizarse después de la curación de los accidentes vulvares (1).

Tratamiento.— El tratamiento difiere según la forma de la enfermedad. En la variedad ulcerosa, es necesario tratar de contener los progresos de la ulceración. Para alcanzar este objeto se ha propuesto la cauterización profunda. Este modo de tratamiento no es aplicable más que en los casos en que la lesión es poco extensa. Para este uso se ha empleado la pasta de cloruro de zinc ó la potasa cáustica, á la cual damos nosotros la preferencia.

El ácido nítrico fumante (2), las disoluciones de nitrato de plata (3), han tenido también sus partidarios. Se han empleado igualmente inyecciones hipodérmicas de ácido fénico alrededor de los puntos invadidos. Se han observado casos de curación á beneficio del empleo cotidiano de una solución de hidrato de cloral á 5/100.

Si la ulceración ha adquirido cierta profundidad, los cáusticos enérgicos no harán más que aumentar la pérdida de sustancia. Entónces es necesario recurrir á las cauterizaciones superficiales con la tintura de iodo. Las curaciones repetidas con los polvos de iodoformo han producido también algunos resultados felices (4).

En el estiomena elefantiásico habrá frecuentemente necesidad de practicar la ablación de las partes hipertrofiadas, como lo aconseja Huguier.

El Sr. Chéron ha preconizado la pediculización de los tumores (por medio de un instrumento particular, *forcipresor de láminas paralelas*), y,

(1) Hildebrandt, *loc. cit.*, pág. 27.

(2) Para emplear el ácido nítrico fumante basta someter las enfermas á la anestesia cloroformica y aplicar luego sobre la superficie de los puntos enfermos un algodón empapado en el ácido, manteniéndolo aplicado durante algunos minutos solamente. Los dolores consecutivos se calmarán á beneficio de fomentos fríos. Por lo demás, estos dolores duran muy poco tiempo.

(3) Curaciones con el algodón empapado en una disolución de nitrato de plata á 1/150.

(4) Siredey, *Société médicale des Hôpitaux*, sesión del 22 de Julio de 1876.

después de practicada, excindir los tumores (1). Se ha ensayado, por último, destruir los tumores por medio de la electro-puntura. A estos tratamientos locales es necesario asociar siempre los modificadores generales. A una buena higiene y á una alimentación nutritiva se añadirá el uso del aceite de hígado de bacalao, el ioduro de potasio ó el ioduro de hierro. Nosotros creemos preferible, en vez de reunir estas dos últimas sustancias, dar separadamente el ioduro de potasio y el hierro. Se puede también administrar el iodo bajo la forma de tintura (2).

Las aguas sulfurosas y los baños de mar están igualmente indicados en el tratamiento del estiomena de la vulva.

ELEFANTIÁISIS DE LA VULVA

Se designa con el nombre de elefantiásis (3) un engrosamiento, una hipertrofia de los tegumentos localizada en diferentes puntos del cuerpo. Esta afección, rara en nuestro país, invade con preferencia los miembros inferiores y los órganos genitales, el miembro y el escroto en el hombre, los grandes labios y el clítoris en la mujer.

Anatomía patológica. — Las porciones de los tegumentos atacados de elefantiásis son pobres en vasos sanguíneos. Su superficie es oscura, rugosa, desigual, cubierta de vegetaciones irregulares. La piel, resquebrajada, surcada en todos sentidos por numerosas grietas, presenta algunas veces ulceraciones superficiales. Éstas se curan fácilmente, pero dejan en su lugar cicatrices induradas, callosas.

Aunque los grandes labios sean los atacados con más frecuencia, la afección no permanece siempre limitada á esta porción de los órganos genitales, é invade por orden de frecuencia el clítoris, los pequeños labios y el periné. Los grandes labios hipertrofiados forman masas voluminosas, cuyas dimensiones son mayores que la cabeza de un adulto. Se les ve colgar hasta la mitad de los muslos y alcanzar el peso de 8 y 10 kilogramos (4). Los tumores así constituidos se adhieren por una ancha base á los tejidos vecinos y constituyen esas formas difusas que son las que más frecuentemente se tiene ocasión de observar.

Algunas veces, sin embargo, los tumores se pediculizan y toman el aspecto de verdaderos pólipos suspendidos de la vulva. Unas veces, la hipertrofia se produce principalmente en el tejido celular subcutáneo.

(1) *Gaz. des Hôpitaux*, 1876, pág. 626.

(2) Cinco gotas de tintura de iodo dos veces al día, con la comida, en el agua de arroz.

(3) *Elefantiásis de los Árabes*, de los autores antiguos, que no debe confundirse con la que se ha descrito con el nombre de *Elefantiásis de los Griegos*.

(4) En un caso de Bourguet (de Aix), el tumor pesaba 8 kil. 700 gr.

Esta capa conjuntiva, pobre en vasos, está impregnada de líquido. Si se practica una incisión en estos tejidos, se ve fluir por la herida un líquido amarillento, espontáneamente coagulable, que no es otra cosa que linfa. La piel puede no participar de la hipertrofia, y entónces no se observa en ella más que un cambio de coloracion; se hace pigmentada, oscura. Ó bien toma tambien parte en la hiperplasia tegumentaria y se hace rugosa, sus papilas se hipertrofian y producen verdaderos condilomas. La superficie de los tumores se divide en lóbulos y lobulillos, cubiertos estos mismos de producciones verrugosas.

Por el exámen histológico se observan tres formas principales (1).

1.^a En la primera, todo el dérmis hipertrofiado vuelve á un estado embrionario. En medio de este tejido trasformado se ven vastas lagunas linfáticas, comparables á las que se encuentran en los linfangiomas.

2.^a En una segunda forma, que sucede frecuentemente á los edemas repetidos, el infarto de los tejidos se extiende en una vasta superficie. Hay estancacion de linfa en los capilares, en los troncos y en los espacios linfáticos. En este caso es, sobre todo, cuando los mismos ganglios son atacados y sufren la trasformacion fibrosa.

3.^a La tercera variedad es sobre todo notable por el enorme crecimiento del espesor del dérmis. Existe aquí una proliferacion abundante de los diversos elementos que constituyen el dérmis; fibras conjuntivas, fibras elásticas, fibras musculares lisas. Como en las dos primeras, se observa tambien en ésta una dilatacion notable de los linfáticos. Tambien se ha indicado la obliteracion de los linfáticos por proliferacion endotelial (2).

Algunos patólogos han hecho desempeñar á la estancacion de la linfa y á la gran abundancia un papel importante en la patogenia de la elefantíasis, creyendo que puede acarrear por sí misma una hiperplasia de los elementos que ella baña. En ciertos casos se ha visto producirse vesículas en la superficie de los tumores elefantíasicos.

En resúmen, cualquiera que sea la forma que se observe, la lesion anatómica constante y que domina á todas las otras es la dilatacion de los linfáticos.

Síntomas y curso. — Se han descrito en la elefantíasis dos formas clínicas diferentes. Una forma aguda y una forma crónica. La primera se observa sobre todo en los países cálidos, y en estos casos es en los que se han señalado las lesiones de los ganglios linfáticos, precediendo á las primeras manifestaciones de la afeccion elefantíasica. En Europa, casi siempre es la forma crónica la que se presenta á nuestra observacion.

(1) *Manuel d'Histologie pathologique*, de Cornil y Ranvier, 1876, pág. 1.191.

(2) Hildebrandt, *loc. cit.*, pág. 30.

La elefantiasis pasa á menudo desapercibida en sus primeros períodos. Mientras los tumores son de pequeño volúmen, las enfermas no acusan ningun sufrimiento, ó sólo algunos desórdenes de la miccion.

Los primeros signos que llaman su atencion son un poco de dificultad en la marcha y en los movimientos de los miembros inferiores. En este período insidioso de la invasion, las relaciones sexuales se hacen ya dolorosas. A medida que el volúmen del tumor aumenta, éste dificulta la marcha por su peso y por la tirantez que ejerce sobre las partes vecinas. Los movimientos se hacen más y más difíciles.

Las enfermas enflaquecen, pierden sus fuerzas y acaban por sucumbir en el marasmo. La muerte es debida más frecuentemente á los progresos de la tísis pulmonar; en algunos casos, al desenvolvimiento de una peritonítis. La marcha de la elefantiasis es generalmente lenta, y la enfermedad puede durar años ántes de alterar la salud general.

En muchos casos se observa una secrecion abundante en la superficie de los tumores. Los líquidos segregados irritan las partes vecinas y producen inflamaciones ó escoriaciones frecuentemente dolorosas. Además, la estancacion de los líquidos causa su putrefaccion y les da un olor repugnante.

La menstruacion se altera frecuentemente; la menorrea es la que se observa más á menudo. No debe concluirse de esto que sea ello una causa absoluta de esterilidad, porque existe cierto número de observaciones de mujeres que fueron fecundadas á pesar de estar atacadas de elefantiasis.

En algunas enfermas, el tumor se desenvuelve en la base del orificio uretral.

Entónces se puede ver, casi desde el principio de la enfermedad, que la uretra arrastrada hácia abajo no llena ya su papel fisiológico; de donde resulta una incontinencia de orina que presenta todos los inconvenientes y accidentes de una fístula vesical.

Los tumores elefantiasicos tienen poca tendencia á ulcerarse espontáneamente. Cuando se ulceran, es casi siempre á consecuencia de traumatismos ó de rozamientos. Las pérdidas de sustancia son siempre superficiales, y presentan una gran tendencia á la curacion. Sólo en los períodos terminales, en que las enfermas caen en el marasmo, es cuando las ulceraciones revisten un mal carácter.

Etiología. — Rara en nuestros climas, esta enfermedad es endémica en los países meridionales. En Egipto, en el Brasil, en las Antillas y en ciertas poblaciones del África es donde se la observa más frecuentemente. Las inflamaciones crónicas de la piel pueden ser el punto de partida de la elefantiasis.

La erisipela, el eczema y la sífilis se han invocado como causa en ciertos casos, si bien esta influencia es, en general, ménos evidente para la elefantiasis de la vulva que para la de los miembros. El traumatismo ha

podido igualmente ser la causa ocasional de la enfermedad, y la hipertrofia tegumentaria ha principiado, segun algunas observaciones, inmediatamente despues del traumatismo (1).

Ni el embarazo ni el parto parecen tener influencia en el desenvolvimiento y la marcha de esta afeccion. Si, en la mujer grávida, los tumores pueden tomar un crecimiento más considerable, despues del parto vuelven ordinariamente á sus dimensiones primeras. La tendencia á la reabsorcion que se observa despues del parto, y que vemos demostrada por la desaparicion de ciertos neoplasmas, por la cicatrizacion rápida de las heridas y de las ulceraciones, especialmente de los órganos genitales, esta actividad de la propiedad de reabsorcion, decimos, no parece extenderse hasta los tumores elefantiásicos. En general, éstos crecen durante la gestacion.

Por el contrario, se han citado casos en que estos tumores habían disminuido de volúmen bajo esta misma influencia. La flegmasía alba-dolens, el hematoma, las varices vulvares, y todas las afecciones que á menudo complican la gestacion, no parece que tengan importancia relativamente á la etiología de la enfermedad que nos ocupa.

Durante el período menstrual, los tumores elefantiásicos se hacen ordinariamente mayores, más tensos, y frecuentemente dolorosos. La edad parece tener cierta influencia en su desarrollo. Se han citado casos raros de elefantiásis congénita. Pero, en suma, esta enfermedad es excepcional durante la infancia y la vejez, y se presenta con mayor frecuencia entre los 20 y los 30 años; esto es lo que resulta, por lo ménos, de la estadística publicada por Mayer (2).

Se han observado tumores elefantiásicos enormes en jóvenes solteras, que apenas tenían 17 ó 18 años de edad (3).

Diagnóstico. — El diagnóstico es generalmente fácil. Sin embargo, la forma vegetante podría ser confundida con una aglomeracion de excrecencias simples, de condilomas de la vulva. El estado de los tejidos sobre que descansan los tumores permite diferenciar las dos afecciones. En los casos de condilomas, los tejidos subyacentes tienen su consistencia normal y no presentan hipertrofia. En la elefantiásis, por el contrario, dichos tejidos están siempre atacados por debajo y en el intervalo de los puntos tumefactos.

Hemos visto, al tratar del estiomena, que ciertas formas de esta última afeccion podían parecerse á la elefantiásis ulcerada. Como dijimos, las ul-

(1) Beigel, *loc. cit.*, t. II, pág. 725.

(2) Louis Mayer, *Die Elephantiasis Vulvæ, Beiträge z. Geb. u. gynäk.*, t. I, página 303. Este autor ha encontrado, entre 37 casos analizados por él, 4 ántes de los 13 años, 4 de 18 á 20, 18 de 20 á 30, 8 de 30 á 40, 3 de 42 á 58.

(3) Caso de Kiwisch y Scanzoni. — Scanzoni, *loc. cit.*, pág. 507. — Bourguet, *Gaz. des Hôpit.*, 1867, pág. 556.

ceraciones del estiomena son más profundas, tienen una tendencia invasora en superficie y en profundidad, al contrario de las de la elefantiasis, las cuales tienden á limitarse y á curar espontáneamente.

Las erupciones confluentes de forúnculos no deben confundirse con la elefantiasis. El forúnculo se forma y supura de adentro á afuera, y produce heridas circunscritas y profundas. La ulceracion de la elefantiasis es siempre superficial, se ulcera lentamente y se produce especialmente en los períodos avanzados de la enfermedad.

Pronóstico. — El pronóstico de la elefantiasis vulvar no es muy grave. Aunque algunos casos terminen á la larga de un modo funesto, la curacion es muy frecuente si el tratamiento está bien dirigido. Se han visto enfermas que han curado al cabo de algunos dias, despues de una operacion. Las recidivas aparecen rara vez despues de la extirpacion de las partes invadidas. No todos los autores se hallan de acuerdo, sin embargo, respecto á este punto, y Scanzoni emite una opinion inversa (1).

Tratamiento. — Los diversos modos de tratamiento propuestos para la elefantiasis de los miembros no son aplicables cuando la afeccion está situada en la vulva. Así es que la ligadura arterial y la compresion continua casi no pueden encontrar sus indicaciones en la elefantiasis vulvar. Las escarificaciones repetidas sobre las partes enfermas no han dado resultados. Tambien ha sido en vano el recurrir á los modificadores generales llamados fundentes, tales como el mercurio y el ioduro de potasio.

El tratamiento quirúrgico es el único con el cual se puede contar, y sus resultados son felices las más veces.

Cuando los tumores son voluminosos, se presentan dos indicaciones. Primero, extirpar el tumor; luégo, remediar la pérdida de sustancia tegumentaria por medio de una operacion autoplástica.

Para practicar la ablacion, podemos elegir entre muchos procedimientos. La ligadura, la ligadura seguida de la excision, la excision por el bisturí, el galvano-cauterio, el termo-cauterio, el estrangulador ó el asa galvano-cáustica, han sido usados sucesivamente. Finalmente, en estos últimos años se ha aplicado la ligadura elástica á ciertos casos de elefantiasis.

La ligadura sola debe ser rechazada. Asociada á la excision, está indicada en los casos de tumor pediculado. Para los de ancha base, el estrangulador presenta peligros. Su accion es entónces difícil de limitar, y ha habido casos en que se ha extirpado con el tumor una parte de la vejiga por este medio (2). Por esta razon deberá preferirse, ó el instrumento

(1) Scanzoni, *loc. cit.*, pág. 508.

(2) Caso de Bourguet, *loc. cit.*

cortante, ligando los vasos á medida que se presenten, ó, mejor aún, el cuchillo galvánico ó el termo cauterio, el cual tiene la gran ventaja, si el instrumento no se ha calentado más allá del rojo, de evitar las hemorragias.

TUMORES DE LA VULVA

QUISTES DE LA VULVA (1)

La mayor parte de los quistes de la vulva tiene su origen en la glándula vulvo-vaginal, ó en su conducto escretor, segun ya hemos visto. Existen, sin embargo, otros completamente independientes de la glándula de Bartholin. Estos quistes, de los cuales los boletines de la Sociedad Anatómica contienen muchos ejemplos, no presentan indicaciones particulares; por lo cual, para su tratamiento, nos remitimos á lo que ya hemos dicho de los quistes glandulares.

VEGETACIONES DE LA VULVA

En los diversos puntos de la vulva se producen excrescencias, vegetaciones, cuyo número, forma y dimensiones varían de una manera notable.

Anatomía patológica.— Entre estas vegetaciones, las unas son pediculadas, las otras sentadas. Algunas son redondas, divididas por numerosas anfractuosidades en lóbulos y lobulillos, y otras veces aplastadas y festoneadas en sus bordes. Estas diversas apariencias han valido á estos neoplasmas las denominaciones vulgares de puerro, de coliflor, de cresta de gallo. Unas veces aisladas, y separadas las unas de las otras, pueden aproximarse en otros casos, reunirse y llegar á formar masas bastante considerables para alcanzar las dimensiones de una cabeza de adulto (2). Entónces presentan una gran semejanza con ciertos tumores elefantiásicos. Su color pasa del blanco-rosa á un rojo intenso, y algunas veces hasta el rojo-violeta, que les da cierta similitud con los tumores eréctiles. Se les observa en todos los puntos de la vulva: Los grandes y los pequeños labios, el clitoris y su capuchon, el orificio vaginal cerca de las carúnculas mirti-formes, el meato urinario, pueden ser igualmente invadidos. Se los encuentra bastante frecuentemente hácia el ano. La mucosa vaginal y el

(1) Véase, con este objeto, á Klob, *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorganen*, Viena, 1864, pág. 464.

(2) Schroeder, *Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane*, Leipzig, 1875, pág. 504.

cuello del útero pueden también presentarlos, pero con mucha menos frecuencia que la vulva.

Todos estos tumores, cualquiera que sea su apariencia macroscópica, entran en la clase histológica de los *papilomas*, constituidos por papilas hipertrofiadas que dan origen á divisiones secundarias.

Si se practica un corte de estos neo-plasmas, cada papila presenta una estructura casi idéntica. En el centro se encuentran los vasos rodeados de una débil cantidad de tejido conjuntivo que los separa del revestimiento externo, formado por numerosas capas de células epiteliales pavimentosas.

Síntomas. — Por poco voluminosas que sean las vegetaciones, producen dificultad en la marcha. Las enfermas sienten incomodidad al sentarse. Algunas veces, estas producciones se hacen tan sensibles que el menor roce causa dolores insoportables. Estas vegetaciones dan lugar á un flujo de un líquido que, en ciertos casos, exhala un olor repugnante.

No presentan ninguna gravedad por sí mismas; sin embargo, se las ha atribuido el poder producir el aborto. Las que se desarrollan bajo la influencia de la gestación desaparecen espontáneamente después del parto.

Etiología. — Muchos médicos han creído durante largo tiempo que las vegetaciones vulvares eran la consecuencia de una afección específica. Es cierto que, en la mayor parte de los casos, suceden á un chancro, á las sífilides ó á una infección blenorragica. Pero está suficientemente demostrado también que pueden producirse independientemente de todas las influencias que acabamos de citar. No necesitamos otra prueba de ello que la frecuencia con que se las observa, durante el embarazo, en mujeres que nunca han padecido ninguna afección contagiosa. Bajo la influencia de la gestación es, sobre todo, cuando adquieren esas proporciones considerables que hemos indicado. Es necesario, sin embargo, que los líquidos irritantes posean ciertas cualidades particulares, cuya naturaleza nos es desconocida hasta el presente, porque la vulva está continuamente bañada por flujos purulentos, procedentes del cuello uterino, por ejemplo, sin que se observe ninguna producción de este género.

La transmisión por conducto de los papilomas vulvares no está suficientemente demostrada. Sin que queramos decidarnos en una cuestión que está aún en litigio, que necesita nuevas investigaciones, algunos hechos que hemos observado nos inclinan á admitir la posibilidad del contagio para ciertos neoplasmas de este género (1).

Tratamiento. — Dos métodos de tratamiento posee el médico para obtener la desaparición de las vegetaciones vulvares: la excisión y la cauterización. Cada uno de estos medios presenta indicaciones diferentes.

(1) Véanse con este objeto los experimentos de Kranz, Peters y Güntz, *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1876, y *Centralblatt f. méd., Wissenschaften*, 1877, pág. 48.

Si las vegetaciones son poco numerosas y pediculadas, lo mejor será excindir las con las tijeras curvas y tocar inmediatamente la herida con el lapicero del nitrato de plata. Si los tumores formados por esas aglomeraciones de papiloma alcanzan cierta dimension, la excision por medio de las tijeras podría producir una hemorragia. En estos casos se deberá recurrir al estrangulador, que pone al abrigo de la hemorragia, sobre todo si se tiene cuidado de operar lentamente (dos vueltas próximamente por minuto).

Las cauterizaciones se emplean todos los dias para la destruccion de estos tumores. Los efectos obtenidos por medio del nitrato de plata son absolutamente ilusorios, porque no ataca más que á una extension muy pequeña de su superficie.

La sabina y el alumbre, muy ensalzados en otro tiempo, no nos han dado ningun resultado en los casos en que los hemos ensayado.

Es absolutamente necesario usar ácidos enérgicos: el ácido acético cristalizado, el ácido clorhídrico fumante. El ácido crómico, que presenta tan grandes ventajas para las ulceraciones del cuello uterino, tiene el inconveniente, para las aplicaciones en la vulva, de causar un dolor bastante vivo.

En cuanto al reproche que se ha dirigido al ácido crómico, de producir accidentes de intoxicacion, nosotros repugnamos admitirle, sobre todo cuando el líquido cáustico es aplicado en una pequeña extension (1). Como veremos al hablar de la metritis, el ácido crómico es empleado diariamente por muchos ginecólogos sin que hayan observado jamás el más ligero signo de intoxicacion.

Cualquiera que sea el ácido que se escoja, es necesario siempre tener gran cuidado de proteger contra su accion las partes inmediatas de las que se desea cauterizar.

El tratamiento de las vegetaciones vulvares deberá ser muy reservado en las mujeres embarazadas. Se sabe, en efecto, que, cualquiera que sea el volúmen que las vegetaciones alcancen, la curacion espontánea es la regla poco tiempo despues del parto. Se deberá, pues, en general limitarse al empleo de los paliativos, lociones frecuentes, cuidados muy exquisitos de limpieza. En algunos casos se han obtenido resultados favorables con las embrocaciones con la solucion arsenical de Fowler, repetidas muchas veces por semana.

(1) Véase Rousseau, *Thèse de Paris*, 1878.

TUMORES FIBROSOS DE LA VULVA

Se ha visto desarrollarse tumores fibrosos en diversos puntos de la region vulvo-perineal. Lo más frecuentemente tienen su punto de partida en los grandes labios. Su forma y sus dimensiones son muy variables. Se han observado algunos casos de estos tumores pediculados, simulando verdaderos pólipos. Nosotros hemos tenido ocasion de hacer el exámen histológico de dos de estas producciones, que nos fueron confiadas por los Sres. Duplay y Després (1). En ambos casos se trataba de fibromiomas, en los cuales, los dos principales elementos, fibras musculares y tejido conjuntivo, estaban distribuidos casi en partes iguales. Los haces de fibras musculares lisas, dirigidos un poco en todos sentidos, no presentaban una disposicion regular alrededor de uno ó muchos centros, como se observa tan frecuentemente en los fibromiomas uterinos.

Los fibromiomas vulvares no ofrecen indicaciones particulares. Tumores esencialmente benignos, su ablacion sólo se practicará cuando por su sitio ó volúmen causen dificultades ó sufrimientos.

LIPOMAS DE LA VULVA

Los lipomas de la region vulvar pueden adquirir dimensiones enormes y ser confundidos con los fibromiomas ó con la elefantiasis. La diferente consistencia distinguirá al lipoma del fibromioma. Un carácter comun á ambas especies de tumores, y que les distingue de la elefantiasis, es su movilidad y su independecia relativa de los tejidos vecinos, de donde resulta la posibilidad de limitarles, lo cual no sucede con la elefantiasis.

Algunos casos que se han citado, de producciones calcáreas ú osiformes del clítoris (2), no presentan gran interes clínico, y la falta de exámen histológico impide conocer la naturaleza de estos neoplasmas.

CÁNCER DE LA VULVA

El cáncer de la vulva es casi siempre consecutivo á una afeccion del cuello uterino que se propaga hasta la vagina y la vulva. Sin embargo, existen casos de cáncer vulvar primitivo. Segun las estadísticas de Virchow, Mayer y Espine, la relacion de frecuencia entre la misma afeccion

(1) Piezas B. 6 y B. 122 de la coleccion del Laboratorio de Histología del Colegio de Francia.

(2) Bartolino refiere la historia de una prostituta veneciana, cuyo clítoris presentaba una consistencia huesosa, hasta el punto de lastimar frecuentemente á los hombres que cohabitaban con ella. (Bartolino, *Hist. anat.*, cent. III, hist. 69.)

desarrollada primitivamente en la vulva ó en el útero sería de 1 por 40. Se han observado en la vulva diferentes especies de cáncer; pero el epiteloma es el que parece presentarse con más frecuencia en esta region. No hablaremos aquí de los caracteres histológicos de esas diversas formas de tumores malignos reunidos bajo la misma denominacion clínica de *cáncer*, reservándonos tratar de esta interesante cuestion más ámpliamente cuando nos ocupemos del cáncer del útero.

Si el tumor puede ser extirpado en toda su extension, y si no ha invadido los ganglios vecinos, debe intentarse la ablacion lo más pronto posible.

VARICES DE LA VULVA

Anatomía patológica.— Las varices de la vulva pueden adquirir un desarrollo notable, sobre todo bajo la influencia del embarazo (1). Las modificaciones sufridas por las venas son las mismas que las que presenta la misma enfermedad en cualquiera otra region, por lo cual no nos ocuparemos aquí de ellas, limitándonos á remitir al lector á los tratados generales de Anatomía patológica (2). Cuando hay rotura y hemorragia, la abertura que da salida á la sangre puede ser tan pequeña que no pueda comprobarse en la autopsia (3).

Sintomas, pronóstico.— Las varices ocasionan frecuentemente prurito. Tambien se observa que van acompañadas de edema.

Las varices vulvares presentan importancia, especialmente durante el embarazo. El menor traumatismo puede determinar su ruptura y causar una hemorragia grave y tan abundante, que se ha visto sobrevenir la muerte de las enfermas en ménos de una hora. Cuando una variz se abre en el tejido celular del grande labio, sin comunicacion con el exterior, se forma un trómbus de la vulva, cuya afeccion nos ocupará en el capítulo siguiente.

Ademas de los peligros inmediatos causados por la rotura de las venas varicosas, éstas pueden ocasionar, despues del parto, la flebitis, abscesos de los grandes labios y trombosis (4).

Etiología.— La existencia de un tumor en la pequeña pélvis, cualquiera que sea su naturaleza, puede ser causa de varices vulvares. Pero bajo la influencia del embarazo es sobre todo cuando se desenvuelve esta

(1) Véase el caso citado por Holden, *Immense vulval and vaginal varix*, *New-York med. record.*, 1868. — *Anal.*, dans *Jahresbericht*, 1868, t. II, pág. 607.

(2) Véase Cornil y Ranvier, *loc. cit.*, pág. 575.

(3) Caso de Hyde, *Transact. of the Obst. Society of London*, 1870-1871.

(4) Véase Hervieux, *Tratado clínico y práctico de las enfermedades puerperales consecutivas al parto*, art. *Flebitis* y siguientes. Traducción española. — Madrid, 1880.

afeccion, que subsiste con frecuencia despues del parto, aunque con menores proporciones.

Tratamiento. — En las mujeres embarazadas debe recurrirse principalmente al tratamiento paliativo para combatir los casos de varices vulvares. El punto más importante será proteger las partes enfermas contra todo traumatismo que pueda producir la ruptura de las venas varicosas. Se aconsejará ademas la posicion horizontal á fin de disminuir, en lo posible, la estancacion de sangre en los vasos dilatados.

En los casos en que se haya efectuado la ruptura debe colocarse á las enfermas horizontalmente, con la cabeza en un plano más bajo que la pélvis, y operar con los dedos una compresion continua, hasta que la hemorragia haya cesado por completo.

HEMATOMA Ó TRÓMBUS DE LA VULVA

Se llama hematoma ó trómbus de la vulva á un derrame de sangre en el tejido celular sub-cutáneo ó sub-mucoso de la region vulvo-vaginal.

Anatomía patológica. — Bajo la influencia de este derrame sanguíneo se observa en los grandes labios, más rara vez en el perineo, un tumor redondeado, cuyo grosor varía desde el volúmen de una manzana hasta el de la cabeza de un adulto. Durante la gestacion es cuando estos tumores tienen más tendencia á hacerse voluminosos. Dos razones concurren para producir este resultado. Por un lado la mayor vascularizacion, y por otro la más grande laxitud de los tejidos que entran en la estructura de los órganos genitales. En el estado de vacuidad, por el contrario, los tejidos ofrecen mayor resistencia, se dejan distender con ménos facilidad, por lo cual es menor el volúmen de los tumores sanguíneos en estas condiciones. El estado de la sangre derramada difiere segun la época en que se examina. Si la enfermedad dura cierto tiempo, las partes líquidas son reabsorbidas y no subsiste más que un coágulo sólido enquistado.

Síntomas. — El desarrollo del tumor sanguíneo se efectúa siguiendo dos tipos diferentes. Ó bien la tumefaccion se produce repentinamente, ó bien, por el contrario, empieza á formarse despues de cierto tiempo del principio de los accidentes y aumenta poco á poco de volúmen. Las enfermas acusan un dolor bastante vivo, tanto mayor cuanto más considerable es el derrame sanguíneo y mayor la rapidez con que se produce.

La hemorragia puede ser bastante abundante para ocasionar un peligro inmediato. Si el tumor no es muy voluminoso, la reabsorcion es el caso más frecuente.

Los grandes hematomas presentan otro motivo de gravedad. La compresion que ejercen sobre los tejidos ambientes puede producir la gangrena. A consecuencia de este esfacelo, es de temer una hemorragia secundaria, así como la infeccion pútrida. La abertura espontánea se efectúa

tambien sin que la gangrena intervenga. Estos casos pueden terminarse favorablemente, como lo prueba cierto número de observaciones (1).

La inflamacion del tumor ha sido algunas veces el punto de partida de un absceso ó de un flemón.

Diagnóstico. — La presencia de un tumor de la region vulvar, habiéndose desarrollado súbitamente bajo la influencia de un traumatismo ó de un parto, presentando una coloracion azulada de la piel ó de la mucosa que lo recubre, debe dar desde luégo la idea de un hematoma. La consistencia elástica, y algunas veces hasta fluctuante, fijará aún mejor el diagnóstico.

Pronóstico. — El pronóstico del hematoma vulvar parece ser mucho ménos grave de lo que se había creido durante mucho tiempo. Resulta, en efecto, de las estadísticas recogidas en estos últimos años, que la mayoría de los casos se termina por la curacion. Así, entre 120 observaciones recogidas por Girard (2), no hubo más que 24 terminaciones funestas. La estadística de Winckel (3) es todavía más favorable: 6 muertes entre 50 casos.

El pronóstico varía segun ciertas condiciones. Cuanto más voluminoso sea el tumor, más grave será la afeccion. La abertura al exterior de la coleccion sanguínea hace el pronóstico mucho más peligroso, ya se haya producido la abertura prematuramente, ó en un período más ó ménos lejano de su principio. Sin embargo, hasta en estas circunstancias, las enfermas pueden curar, formándose en el foco mamelones carnosos que se cicatrizan (4).

Si los tumores son poco considerables, lo más frecuente es que se reabsorban. Se ha visto desaparecer de este modo tumores que presentaban el volúmen del puño. Cuando el hematoma se produce durante el trabajo del parto, el pronóstico es más grave que si se desarrolla cierto tiempo despues. Este segundo caso es, por lo demas, el más frecuente (5).

Etiología. — Hemos visto que las varices de la vulva podían abrirse en el espesor del grande labio y producir un hematoma. Pero estas condiciones están muy léjos de ser necesarias para su produccion. Las dimensiones y el número de los vasos que existen normalmente en estas regiones, en las mujeres embarazadas, facilitan el desenvolvimiento del hematoma, sin que exista la menor disposicion varicosa.

El parto es la causa más frecuente. Un traumatismo puede igualmente acarrear este accidente en la mujer en estado de vacuidad. Se han obser-

(1) Bailly, *Gazette des Hôpitaux*, 1874, pág. 683.

(2) *Contribution à l'étude des thrombus de la vulve et du vagin*, Girard, *Thèse de Paris*, 1874; *Anal.*, dans la *Revue des Sciences médicales*, t. V, pág. 175.

(3) Citado por Schroeder, *Manuel d'accouchement*, traduccion francesa, pág. 714.

(4) Caso de Bailly, *loc. cit.*

(5) Girard, *loc. cit.*

vado también trómbus vulvares, causados por un esfuerzo violento, en mujeres no embarazadas. Estos últimos casos son completamente excepcionales (1).

Tratamiento. — El hematoma de la vulva, en la mayor parte de los casos, si su volúmen es poco considerable, debe ser abandonado á sí mismo, y toda intervencion podría tener el grave inconveniente de producir la inflamacion. Sin embargo, si el trómbus está todavía en el período de formacion, y sus dimensiones continúan aumentando, se debe recurrir á las aplicaciones frías, al hielo asociado á una compresion moderada. Si el tumor está muy desarrollado y la piel amenaza romperse, se debe incidir. Cuanto más se pueda esperar ántes de practicar la incision, ménos exposicion habrá á que se produzca una hemorragia secundaria. Tres ó cuatro días despues de principiar la enfermedad, será la época más generalmente indicada para intervenir. Despues de la incision, se vaciará la cavidad extrayendo todos los coágulos que contenga y se emplearán inyecciones detersivas con una solucion fenicada. Las curas se harán con hilas ó algodón también fenicado.

CHANCRO SIMPLE DE LA VULVA

Anatomía patológica. — La evolucion del chancro simple, ó chancro blando de ciertos autores, ha podido ser bien estudiada, gracias á la inoculacion. Al día siguiente de la introduccion del pus se ve ya una areola roja en el punto inoculado. Poco á poco se eleva sobre esta areola una vesícula, que toma bien pronto el carácter de una pústula. Ésta se rompe, y del tercero al cuarto día queda constituida la ulceracion. Ésta presenta una forma redondeada, sus bordes están cortados á pico y despegados, es decir, avanzan hácia el centro sin adherirse á los tejidos subyacentes. Su fondo es grisáceo ó amarillo é irregular. Los tejidos sobre los cuales descansa son blandos, sin induracion. Sin embargo, su base se inflama algunas veces y presenta cierta renitencia, comparable á la que se observa alrededor de un gran número de ulceraciones antiguas. La sensacion que se percibe en estos casos, cogiendo los tejidos entre el pulgar y el índice, es muy diferente de la que da el chancro sifilítico.

El chancro blando puede estar situado en cualquier punto de la vulva, la horquilla, la entrada de la vagina, los pequeños ó los grandes labios, el vestíbulo, el meato, y algunas veces en la márgen del ano.

La lesion chancrosa, rara vez aparece aislada. Frecuentemente se cuentan seis ú ocho en una misma enferma. Se han observado también en número mucho más considerable, hasta 63 y 74. (Fournier.)

(1) Franque, *Zwei Fälle von Thrombus labialis; Memorabilien*, 1867. *Analysé*, en el *Jahresbericht*, 1867, t. II, pág. 626.

El estado de los ganglios es variable en esta afección. Unas veces no hay compromiso en ninguno de estos órganos, y otras veces, por el contrario, se encuentra uno rojo, inflamado y muy aumentado de volumen.

Síntomas y marcha. — Su secreción consiste en una verdadera supuración de un pus cremoso. El infarto ganglionar tiene una gran tendencia hacia la marcha aguda y supura con frecuencia, al revés de lo que se observa en el chancro infectante.

El *fagedenismo* complica mucho más frecuentemente al chancro simple que al chancro sífilítico. Se entiende por fagedenismo la propensión á destruir los tejidos vecinos en una gran extensión y en un corto espacio de tiempo. Los accidentes fagedénicos revisten tres formas principales.

Unas veces la superficie de ulceración se cubre de una capa gris pultácea, de una especie de falsa membrana comparable á la podredumbre de hospital. En otros casos, la gangrena de los tejidos se extiende muy rápidamente de la superficie ulcerada á toda la región vecina. Ésta es la variedad que marcha con más rapidez y que ofrece, por consecuencia, mayores peligros.

La tercera forma presenta una disposición serpigínea, y es la menos grave de todas.

Diagnóstico. — El chancro blando puede confundirse con el chancro infectante, con ciertas sífilides, con las lesiones de la vulvítis erosiva y con el herpes. Los signos por medio de los cuales podemos distinguirlo de las manifestaciones sífilíticas serán expuestos con más oportunidad, cuando hagamos la descripción de estas últimas.

La erosión simple es más superficial; sus bordes se continúan sin línea de demarcación hasta el fondo de la pérdida de sustancia. Además, la erosión desaparece en pocos días lo más frecuentemente, mientras que la duración del chancro blando es bastante larga.

El diagnóstico del chancro y del herpes es á menudo difícil. Sin embargo, los bordes, despegados y cortados á pico del primero, no se parecen á la ulceración, poco profunda y cortada á bisel del segundo. El herpes presenta, por otra parte, un aspecto particular, resultante de la fusión de muchas vesículas para constituir una sola ulceración. De tal manera que el contorno de la pérdida de sustancia está formado por una serie de pequeños segmentos de circunferencia, cuya yuxta-posición ha sido designada con el nombre de contorno festoneado ó policíclico. Aunque el herpes puede llegar á interesar los ganglios, el bubón agudo es mucho más frecuente en el chancro que en el herpes.

Si, á pesar de todos estos caracteres diferenciales, subsistieran todavía dudas, podría recurrirse á la inoculación. Esta tentativa debe reservarse para los casos excepcionales, y, si se decide, es necesario destruir la lesión inoculada por medio de la cauterización, tan pronto como hayan podido comprobarse sus caracteres.

Pronóstico. — El pronóstico del chancro simple es benigno en general. Se trata de un accidente completamente local, que no produce ninguna infección en el organismo.

La sola gravedad de la afección es la que resulta del fagedenismo. Las complicaciones fagedénicas pueden, con efecto, deteriorar los tejidos en una extensión considerable y entrañar un verdadero peligro.

No se conocen las causas que dan origen al verdadero desenvolvimiento del fagedenismo. Se ha observado, sin embargo, que estos accidentes se presentan particularmente en ciertos terrenos. Una mala higiene, una constitución deteriorada, la falta de todo cuidado de limpieza, entran en gran parte en su producción.

Tratamiento. — El tratamiento del chancro simple debe ser local sobre todo. Las curas con las hilas secas ó adicionadas de un polvo inerte, tal como el óxido de zinc ó el subnitrito de bismuto, bastarán generalmente para determinar la cicatrización. Se asociarán lociones con el vino aromático ó con una solución fenicada. Si los dolores son intensos, se añadirá el extracto de opio al líquido empleado á la dosis de 1/50 próximamente.

El hierro y la quina al interior estarán indicados, sobre todo si la ulceración empieza á tomar un mal aspecto, un color azulado.

Cuando el chancro se complica de fagedenismo, se debe tratar de contener los progresos del mal y transformar la superficie ulcerada. Para ello se recurrirá á las cauterizaciones, ya con el hierro candente, ya con la potasa, si la región lo permite. Cualquiera que sea el cáustico empleado, es necesario rebasar los límites de la lesión en extensión y en profundidad. Las aplicaciones del emplastro de Vigo *con mercurio* han dado buenos resultados á muchos médicos (1). El yodoformo presenta grandes ventajas en el tratamiento del chancro complicado ó no de fagedenismo. Esta sustancia calma, con efecto, los dolores y facilita la cicatrización. Nosotros hemos tenido muchas ocasiones en que hemos podido comprobar sus felices efectos.

CHANCRO INFECTANTE DE LA VULVA

Anatomía patológica. — El chancro sífilítico puede desarrollarse en todos los puntos de la vulva. No obstante, ciertas regiones son atacadas mucho más á menudo que otras (2).

(1) A. Guérin, *loc. cit.*, pág. 35.

(2) En la estadística del Sr. Fournier, entre 249 chancros, 114 estaban situados en los grandes labios, 55 en los pequeños labios, 38 en la horquilla, 10 en la región del clitoris, 9 en la entrada de la vagina, 7 en el meato urinario, 2 en la comisura superior de la vulva, 13 en el cuello del útero y 1 en la vagina. (*Léçons sur la siphylis étudiée plus particulièrement chez la femme*, por A. Fournier, 1873, pág. 69.)

Los grandes labios son los que presentan ordinariamente el accidente inicial de la sífilis.

Esta se presenta lo más frecuentemente bajo la forma de una erosion sostenida por una nudosidad circunserita é indurada. Su aspecto es muy variable. Unas veces es redondeada, circular, y otras es oval ó más ó ménos alargada.

Sus dimensiones son generalmente las de una moneda de 50 céntimos de peseta. Sólo excepcionalmente se presenta reducida al diámetro de una lenteja ó alcanza las proporciones de una almendra gruesa.

Su color es de un rojo uniforme ó gris en el centro, y rojo en los bordes; muy rara vez amarillento ó punteado en oscuro. Bajo la influencia del embarazo reviste ese tinte violáceo que es comun á todos los órganos genitales de la mujer durante la gestacion.

El chancro sífilítico presenta más bien los caractéres de una erosion que de una ulceracion. Sus bordes están al mismo nivel ó más elevados que los tejidos sobre los cuales descansa. Su superficie es lisa y uniforme. Algunas veces la parte central se deprime, se forma una cavidad poco profunda, y constituye así lo que se ha designado con el nombre de chancro de *forma ulcerosa*.

El accidente inicial de la sífilis es, en general, solitario; sin embargo, algunas veces es múltiple, principalmente en la mujer (1).

Sintomas. — Las manifestaciones que acompañan al chancro sífilítico no están, en modo alguno, en relacion con la gravedad de la enfermedad misma, considerada en su conjunto y en su porvenir. Lesion, casi siempre, indolente, no produce más que una secrecion poco abundante de serosidad más bien que de pus, y no es sorprendente que pase tan á menudo desapercibida. No hay dolor más que cuando existen complicaciones inflamatorias, lo cual es raro.

La induracion del chancro infectante existe lo mismo en la mujer que en el hombre. Solamente que, en la mujer, es algunas veces muy difícil de percibir, y hasta imposible en ciertas circunstancias, á causa del punto en que la lesion está situada. Este carácter no es, sin embargo, necesario, y se le ve faltar en la trigésima parte de los casos próximamente. Con frecuencia, la induracion se extiende bastante léjos, y es necesario entónces mucho cuidado y atencion para llegar á percibirla.

En las formas designadas con el nombre de induraciones apergamnadas ó foliáceas es, sobre todo, en las que se debe recurrir á esa investigacion algo minuciosa. Es necesario para ello coger entre el pulgar y el índice los tegumentos, á cierta distancia de la lesion y paralelamente á su

(1) Entre 203 casos, el Sr. Fournier ha encontrado 134 veces una lesion única, 52 doble, algunos casos de 2 ó de 3, y uno solamente de 6 chancros. (Fournier, *loc. cit.*, página 75.)

superficie. Entónces se nota como una hoja de pergamino ó de papel interpuesto entre los dos dedos exploradores, de donde viene la expresion de *apergaminada* ó *foliácea*, aplicada á este género de induracion.

Poco tiempo despues de la aparicion del accidente inicial, hácia el final del primero ó el principio del segundo setenario, se observa un infarto de los ganglios donde abocan los vasos linfáticos de la region atacada. Así, cuando el chancro está situado en los órganos genitales externos, los ganglios de la region inguinal son los que se infartan. Los caracteres de esta alteracion tienen una importancia capital para el diagnóstico, como veremos más adelante. La induracion, rara vez limitada á uno ó dos ganglios, se presenta en un número bastante grande de ellos, formando así una serie de pequeños tumores movibles que se deslizan bajo el dedo, la cual se designa con el nombre de *pléyade ganglionar*.

La hipertrofia que ellos sufren nunca es muy considerable, y casi no pasa del doble ó triple de su volúmen normal. Los tejidos que les rodean no están alterados en modo alguno. El tumor que forman es indolente y no presenta ninguna tendencia á terminarse por supuracion. En los sujetos que están muy predispuestos pueden verse supurar los ganglios á consecuencia de un chancro infectante. Pero áun en estos casos, que se encuentran en la proporcion de 1 á 2 por 100, sobre todo en los sujetos escrofulosos, una vez abierto el bubon, cura con facilidad, lo cual le distingue del chancro simple.

Complicaciones. — Las complicaciones más frecuentemente observadas son la *inflamacion* y el *edema*.

Quando el chancro se inflama, se hace doloroso. Al mismo tiempo, su superficie toma un aspecto rojo lívido ó negruzco. Algunas veces se observan puntos equimóticos, y otras puntos gangrenosos.

El edema de los tejidos circunvecinos es un accidente que se encuentra con bastante frecuencia. A menudo llama la atencion de las enfermas mucho más que el mismo chancro, al cual consideran como una escoriacion sin importancia. El edema adquiere, en algunos casos raros, una dureza particular que le da una consistencia escleromatosa.

Estas dos complicaciones no presentan ordinariamente ninguna gravedad. El reposo, algunos baños ó fomentos emolientes bastarán, casi siempre, para hacerlas desaparecer.

El fagedenismo no acompaña sino excepcionalmente á los accidentes sifilíticos de la mujer.

Curso. — La evolucion del chancro nos es conocida en todos sus detalles por el estudio del que se produce despues de la inoculacion artificial.

Despues de trascurrido un tiempo bastante largo desde la introduccion del vírus (de 25 á 26 días por término medio), es cuando se ven aparecer los primeros vestigios de la lesion. Primero se presenta una pápula, una pequeña eminencia rojiza, que se trasforma bien pronto en una

erosion superficial. Esta aumenta poco á poco de volúmen, se nota en su base cierto grado de renitencia y conduce á la formacion de un tubérculo plano de base indurada.

Despues de permanecer cierto tiempo estacionaria, la lesion comienza á cicatrizarse por sus bordes, y bien pronto no consiste ya más que en una placa de un moreno rojizo descansando sobre tejidos engrosados. Esta misma induracion se borra con bastante rapidez, sin dejar ninguna huella, al ménos en la mayoría de los casos.

Las cosas pasan de la misma manera en el chancro contraido en la union sexual que en el producido experimentalmente. Vemos igualmente un período de incubacion, cuya duracion, aunque variable, es ordinariamente de muchas semanas. El chancro desaparece despues de un tiempo más ó ménos largo, sin dejar ninguna cicatriz indeleble. Los casos en que se le ha visto curar en 15 dias deben considerarse como excepcionales.

Diagnóstico. — Las dificultades que presenta el diagnóstico del chancro varían segun el período en que se observa. Cuando es en el principio, el diagnóstico es frecuentemente imposible, y expodría á los mayores errores si se quisiera establecer de una manera cierta. Cuando ha alcanzado todo su desenvolvimiento es, en general, fácil de reconocer. Pero algunas veces faltan uno ó muchos de sus caractéres, si bien su evolucion ulterior permite por sí sola afirmar la naturaleza de la lesion.

El *chancro de forma erosiva* puede confundirse con una erosion simple ó con el herpes.

En efecto, se presenta con apariencias tan benignas, sobre todo en la mujer, que se le toma fácilmente por una escoriacion baladí, resultado de un traumatismo cualquiera, ó de roces producidos por las relaciones sexuales.

En las erosiones simples no se encuentra infarto ganglionar como en el accidente sifilitico, si éste ha llegado al segundo setenario. Además, es casi siempre posible en este último percibir cierto grado de induracion teniendo las precauciones que hemos indicado; nada semejante sucede con la erosion simple.

Es preciso, sin embargo, hacer una restriccion. Si las escoriaciones han sido cauterizadas, presentan algunas veces una ligera renitencia que simula la induracion. Por otra parte, los ganglios pueden tambien infartarse á consecuencia de las cauterizaciones. Estas modificaciones no tardan en desaparecer en los casos de lesiones sencillas. Por el contrario, bajo la influencia de la sifilis se acentuará más y más, á medida que el accidente inicial llegue á su período de estado.

La vulvítis erosiva, frecuente en los niños, ha ocasionado errores de interpretacion, cuya importancia, bajo el punto de vista médico legal, es fácil de comprender. Así, nunca se tomarán sobradas precauciones ántes

de afirmar la existencia de la sífilis por los caracteres de una sola manifestacion local.

El diagnóstico del herpes y del chancro sifilítico puede presentar grandes dificultades. No es la forma vesiculosa diseminada la que es fácil de confundir, sino las erupciones confluentes que producen amplias erosiones. La afeccion herpética ocasiona igualmente, en ciertas circunstancias, ulceraciones únicas y excavadas que interesan el dérmis, ó bastante extensas en superficie.

El herpes causa casi siempre, ó antes ó al principio de su aparicion, comezones, una sensacion de calor y de escozor en las regiones que ocupa. El chancro, por el contrario, es notable por su indolencia y por la ausencia de todo prurito. En el herpes, los ganglios no son atacados, ó, si lo son, es sólo en uno ó en dos en los que se observa un aumento de volumen y un ligero grado de sensibilidad, caracteres bien diferentes de los que presenta la pléyade ganglionar indolente de la sífilis.

En las placas de los herpes inflamados existe en la base cierta renitencia distinta de la induracion como cartilaginosa ó apergaminada del chancro. Uno de los caracteres diferenciales más importantes reside en el aspecto que presentan los bordes de ambas lesiones. En la una, la llaga es regular, su contorno bien diseñado y más ó menos redondo. En la otra, por el contrario, está formada por una serie de pequeñas depresiones semicirculares, de segmentos de circunferencia unidos los unos á los otros y limitando por su reunion la pérdida de sustancia. Esta disposicion festoneada de los bordes de la ulceracion herpética no será frecuentemente de gran importancia para establecer un diagnóstico.

La evolucion ulterior de la enfermedad acabará de ilustrarnos en los casos dudosos. Al cabo de pocos dias, en general, las lesiones del herpes habrán desaparecido, mientras que los caracteres del accidente específico se acentuarán cada vez más.

Puede tambien apelarse á la inoculacion como carácter diferencial. Nosotros repetiremos aquí lo que ya hemos dicho al hablar del chancro simple, y es que la inoculacion no debe emplearse sino en casos muy excepcionales y con la mayor prudencia.

La forma ulcerosa del chancro infectante podrá confundirse con el chancro simple. La importancia del diagnóstico es aquí capital. Mientras que el uno constituye una afeccion completamente local que no reclama más que un tratamiento igualmente local, el accidente sifilítico es el indicio de una infeccion general, cuyas graves consecuencias podrán manifestarse hasta 10, 20 ó 30 años más tarde. Además, la sífilis entraña indicaciones terapéuticas de las cuales puede depender el porvenir de las enfermas.

Una serie de caracteres nos permitirá, las más veces, diferenciar las dos especies. En primer lugar, el número de las lesiones. La de la sífilis,

ordinariamente única, no pasa nunca de una cifra bastante limitada. La otra, por el contrario, es casi siempre múltiple, y se cuentan 10, 15 y hasta más de 60 en el mismo sujeto.

Al propio tiempo, su fisonomía difiere igualmente en los dos casos. La lesión sífilítica, hasta en su forma ulcerosa, no presenta la concavidad profunda, fuertemente excavada, del chancro simple. El fondo de la ulceración es desigual, anfractuoso, de un tinte amarillento en este último; en el otro es liso, uniforme, de un rojo oscuro igual, ó gris hacia el centro y rojo en sus bordes. Éstos, cortados á pico, desprendidos en un caso, son salientes ó se continúan con los tejidos ambientes en el otro. Hasta en su forma ulcerosa, el chancro infectante presenta especialmente los caracteres de una erosión; su secreción, poco abundante, consiste en serosidad más bien que en un verdadero pus. El chancro blando reviste el aspecto de una ulceración; su supuración, constituida por pus espeso, bien ligado, es frecuentemente bastante notable.

El estado de los tejidos situados en la base de la lesión debe ser observado con cuidado. La sensación de resistencia edematosa que da el chancro simple inflamado no debe confundirse con la induración del accidente sífilítico.

El infarto ganglionar tiene caracteres diferentes, según se trata de una ó de otra de ambas afecciones. En la una son numerosos los gangliones indolentes, poco aumentados de volumen y sin tendencia á la supuración. En la úlcera no infectante, á la inversa, se observa que los ganglios están absolutamente intactos, ó, si se afectan, sólo son uno ó dos ellos. Su volumen está muy aumentado, el tejido que les rodea participa de la inflamación, y el resultado final será, lo más frecuentemente, un bubon supurado de larga duración y difícil de cicatrizar.

Si se ha recurrido á la inoculación, ésta dará resultados distintos. El uno no es inoculable en el mismo sujeto enfermo; el otro puede inocularse indefinidamente en un mismo enfermo.

Hay otro signo que podría suministrarnos mucha luz, y la duración del tiempo trascurrido entre el coito sospechoso y el desenvolvimiento de la lesión. Desgraciadamente, en la práctica, es éste un medio que rara vez se puede utilizar, salvo en algunas circunstancias excepcionales. La ulceración chancrosa simple no tiene período de incubación y se manifiesta al cabo de pocos días, mientras que, el tiempo trascurrido entre el momento de la introducción del virus sífilítico y las primeras manifestaciones de la enfermedad que engendra, es siempre bastante largo.

A pesar de todos los caracteres diferenciales de que hemos hablado, no debemos olvidar que este diagnóstico, sobre todo en la mujer, expone á numerosos errores. Antes de afirmar la naturaleza de un accidente de este género será prudente esperar las manifestaciones generales que no tardan en presentarse en los casos de sífilis.

Hay una última cuestión que no podemos pasar en silencio, á propósito del diagnóstico, y es la posible coincidencia de muchas afecciones en el mismo sujeto.

El hérpes, en primer lugar, acompaña frecuentemente á las afecciones venéreas, cualquiera que sea su naturaleza.

En un mismo sujeto pueden desarrollarse tambien las dos especies de chancros. No es raro encontrar mujeres que padecen al mismo tiempo chancros infectantes y no infectantes, una uretritis ó una vaginitis blenorragicas. Estos casos tienen una gran importancia relativamente á las cuestiones teóricas que se relacionan con las enfermedades venéreas. Se comprende fácilmente cuántos errores de interpretacion ha debido causar la asociacion de diversas lesiones en un mismo enfermo. En tales circunstancias, un observador cuidadoso llegará lo más frecuentemente á reconocer la parte que le corresponde en particular á cada una de ellas.

La diferencia en la duracion del período de incubacion debe haber dado lugar á muchas confusiones. Con efecto, se asiste á una mujer atacada de chancros blandos; se curan éstos y se pierde de vista á la enferma. Algunos meses más tarde existen en ella síntomas de sífilis confirmada. En tales circunstancias se inclinaria uno á concluir que el chancro simple fué la primera manifestacion, mientras que es muy posible que el accidente sifilítico no haya aparecido hasta despues de curadas las ulceraciones chancrosas simples y se haya desarrollado sin conocimiento del médico. En los anales de la ciencia se han consignado observaciones que prueban por completo hechos de este género. Del mismo modo se ha visto un chancro simple venir á ingertarse sobre un chancro indurado y modificar completamente su aspecto.

Se han descrito con el nombre de *chancro mixto* lesiones que, aunque presentando la apariencia de un chancro simple, daban lugar á accidentes generales consecutivos. Hay, en efecto, casos en que el accidente específico está desprovisto de muchos de sus caractéres, y podria inducir á error. Con este motivo repetiremos lo que decíamos anteriormente, y es que el diagnóstico de la sífilis, en muchos casos, no debe afirmarse por la sola inspeccion de la lesion inicial.

Pronóstico. — El pronóstico debe ser considerado de dos maneras diferentes. Bajo el punto de vista de la lesion por sí misma, y bajo el punto de vista de la afeccion general de la que es manifestacion.

El chancro sifilítico, como lesion local, no presenta ninguna gravedad. Se cura espontáneamente, en un tiempo más ó ménos largo, sin dejar de ordinario ningun vestigio de su paso. Hemos dicho que sus diversas complicaciones carecen igualmente de importancia, y que el fagedenismo no se observa sino muy excepcionalmente.

Pero es la primera manifestacion de una enfermedad general cuya duracion es indefnida, y que, benigna en su primer período, y tambien en el

segundo generalmente, se hace grave, sobre todo en el tercero, por los accidentes que ocasiona, principalmente en las vísceras y en el sistema nervioso central. Se ha dicho que, según la evolución del accidente inicial, era posible prever la mayor ó menor gravedad futura de la sífilis. Se ha invocado el período en que estaba la enfermedad en el sujeto que había producido el contagio. Se ha asegurado que la sífilis resultante de un accidente secundario era menos seria que la que provenía de una lesión primitiva. La observación de todos los días viene á desmentir esta idea teórica. Se ve frecuentemente que una sífilis contraída al contacto de una placa mucosa puede presentar síntomas más alarmantes que la que procede de un chancro.

Lo mismo sucede respecto al mayor ó menor tiempo que puede durar la incubación, de lo cual no se puede sacar ninguna conclusión relativamente al pronóstico. Éste depende, sobre todo, del estado general del sujeto. Es ésta principalmente una cuestión del terreno en que ha de desarrollarse la enfermedad, y se tendrá muchas más probabilidades de observar una sífilis maligna en los individuos debilitados, gastados por los excesos, la miseria ó una mala higiene, que en los que presentan los atributos de una salud fuerte y vigorosa.

La edad del sujeto es también de alguna importancia. En los dos extremos de la vida, en las niñas y en las viejas, las manifestaciones de la sífilis son frecuentemente graves, sobre todo en las últimas.

Por último, hay casos en que la causa de la malignidad nos es completamente desconocida.

Tratamiento. — No nos ocuparemos aquí más que del tratamiento del chancro, reservando todo lo relativo al tratamiento antisifilítico general para después del estudio de las sífilides vulvares. Muchos autores han aconsejado destruir la lesión primitiva *in situ*, creyendo así desembarazar á la enferma de los accidentes consecutivos. Hoy día está bien probado que la economía entera se halla invadida cuando el chancro se manifiesta, y que su destrucción será, por consecuencia, absolutamente ilusoria y sin ninguna ventaja.

Lo que hemos visto sobre la marcha de la lesión y su tendencia á la cicatrización espontánea nos indica que el tratamiento debe consistir sobre todo en los medios higiénicos y en los cuidados de limpieza. Los excesos de todo género, las marchas forzadas, las vigílias, deberán evitarse cuidadosamente.

Las enfermas deberán abstenerse también de la ingestión de sustancias excitantes, tales como el café y el alcohol.

Se aconsejarán lociones con el licor de Labarraque ó el vino aromático mezclado con agua; espolvorear seguidamente la superficie con polvos absorbentes, tales como el óxido de zinc.

Si se presentan signos de inflamación, se recurrirá á las lociones emo-

hientes con el agua de malvavisco, con una solución ligeramente opiada. El reposo y los baños cotidianos serán muy útiles en este caso.

Cuando se observe dolor y un principio de fenómenos inflamatorios, se harán curaciones con una pomada de calomelanos ó de cerato opiado. Los cuerpos grasos, nocivos para el chancro simple, dan, por el contrario, muy buenos resultados en el tratamiento del chancro sífilítico. (Fournier.)

Antes era práctica usual la cauterización por medio del lápiz de nitrato de plata. Éste es un mal proceder, al cual no debe recurrirse más que en circunstancias excepcionales. La cauterización sólo puede ser nociva, salvo en los casos en que la superficie de ulceración toma un mal aspecto, un aspecto lardáceo. Se recurrirá igualmente al nitrato de plata si la formación de mamelones carnosos es excesiva, á fin de activar la cicatrización y reprimir la exuberancia de los mamelones carnosos.

SIFÍLIDES DE LA VULVA

A consecuencia del chancro infectante se presentan casi siempre algunos accidentes en las mucosas. Entre estas mucosas, la de la vulva es una de las más frecuentemente atacadas.

Dichas lesiones vulvares, designadas con la denominación general de placas mucosas, presentan caracteres diferentes según los casos. Así que, y creemos que con razón, algunos autores, asimilando las sífilides mucosas y cutáneas, las han separado en cierto número de grupos, de familias, según los caracteres que presentan.

Nosotros dividiremos las sífilides vulvares en: 1.º, erosivas; 2.º, papulosas; 3.º, ulcerosas (1).

Anatomía patológica.—La *forma erosiva* está constituida por erosiones superficiales, planas, al nivel de los tejidos vecinos. Estas erosiones no poseen ningún carácter macroscópico que les sea propio. Su superficie rojiza no está representada más que por el dérmis desnudo.

La *forma papulosa*, la más frecuente en la región vulvar, difiere de la precedente en que el elemento eruptivo sobresale de los tejidos ambientes. Producida así la pápula, no tarda en ulcerarse (2); su vértice es aplastado, más á menudo circular que oval ó alargado. La superficie de esta eminencia ulcerada, unas veces lisa y otras rugosa, reviste una coloración uniforme de un rojo oscuro, algunas veces punteado en blanco. Otras veces se recubre de una capa amarillenta, comparable á la que se observa en el impétigo. Si se estudia la estructura histológica de estos pequeños tumores, se ve que están constituidos por las papilas del dérmis hipertrofiado é

(1) El Sr. Fournier admite cuatro grupos principales: 1.º, sífilides erosivas; 2.º, sífilides pápulo-erosivas; 3.º, sífilides pápulo-hipertroficas; 4.º, sífilides ulcerosas.]

(2) Esta es entonces la forma pápulo-erosiva del Dr. Fournier.

infiltradas de elementos embrionarios; el epitelio de la superficie ha desaparecido.

En ciertas formas, el dérmis, las glándulas, el tejido adiposo, presentan también alteraciones, sobre las cuales el Sr. Cornil ha llamado de nuevo la atención recientemente (1).

Las pápulas tienen muy á menudo las dimensiones de una lenteja ó de una pieza de 25 ó de 50 céntimos. Unas veces no se cuentan más que una ó dos; otras, por el contrario, son tan numerosas que se reúnen por sus bordes, formando placas de 5 ó 6 centímetros de extensión (2). Bajo la influencia de malas condiciones higiénicas se ve hipertrofiarse estas producciones más y más, y proliferar en todos sentidos para dar lugar á esas masas vegetantes que acaban por invadir toda la región (3).

Las sífilides pueden presentarse en todos los puntos de la vulva.

Se las observa también en las regiones perivulvares, en los pliegues génito-cruales, en el periné, en la cara interna de los muslos. Frecuentemente la cara externa de los grandes labios presenta erupciones costrosas y escamosas, que su revestimiento cutáneo explica muy bien, mientras que su cara interna es atacada de sífilides mucosas. Las dos lesiones son idénticas, y no difieren más que por las condiciones que resultan de su situación.

La tercera especie, ó *forma ulcerosa*, es muy distinta de las que nos han ocupado hasta aquí. Consiste en una ó muchas ulceraciones que interesan bastante profundamente el dérmis mucoso, sin presentar caracteres que les sean absolutamente propios. Sus dimensiones, su forma, su color, son muy variables. Sin embargo, revisten con bastante frecuencia un aspecto circular ó en media luna que permite reconocerlos. Se presentan de pronto, sin ninguna alteración ó engrosamiento previo de los tejidos en que radican; esto es lo que les diferencia de las formas papulosas ulceradas. Distinción bastante importante, como veremos bien pronto, relativamente al pronóstico y á las indicaciones terapéuticas.

En las inmediaciones de las partes atacadas de sífilides se encuentran otras lesiones, tales como el eritema y el intertrigo. No es raro ver desenvolverse flemones circunscritos con verdaderos abscesos.

El edema invade frecuentemente los grandes labios, y da algunas veces á la vulva las formas más extrañas y más variadas. Los ganglios correspondientes, hipertrofiados, no supuran, á ménos que haya complicaciones. Se observan igualmente linfangitis secundarias. Éstas, como el infarto ganglionar que las acompaña, son notables por su indolencia.

No debe concederse sobrada importancia á la diferenciación de los

(1) *Société de Biologie*, sesión de 22 de Junio de 1878.

(2) Esto es lo que se ha designado con el nombre de *sífilides en grupo*.

(3) Esta es la forma pápulo-hipertrófica de Fournier, elefantásica de otros autores.

diversos tipos anatómicos que acabamos de describir. Las dos primeras variedades, sobre todo, pasan frecuentemente de la una á la otra y se encuentran asociadas en el mismo sujeto. La forma ulcerosa es más característica y se encuentra las más veces aislada.

Síntomas. — Cualquiera que sea la especie de que se trate, existe un carácter que les es comun á todas, y es la carencia de dolor. Las sífilides no irritadas son indolentes, y cuando, bajo la influencia de roces, de falta de cuidado, vienen á inflamarse, las enfermas se quejan más bien de prurito, de cierta sensacion de incomodidad.

Las formas erosivas segregan una serosidad amarillenta, y no pus bien ligado. En las variedades papulosas confluentes, el líquido, segregado en abundancia bastante grande, exhala un olor desagradable, que algunas veces adquiere una fetidez repugnante. Las sífilides abandonadas á si mismas curan difícilmente, y pueden persistir durante largo tiempo. Pero, bajo la influencia de un tratamiento bien dirigido, se las ve desaparecer con una rapidez á menudo sorprendente. Hasta en las formas hipertróficas, la misma lesion específica es indolente, pero ocasiona inflamaciones de vecindad que pueden causar sufrimientos vivos á las enfermas y hacer difíciles los movimientos, y sobre todo la marcha.

La sífilides ulcerosa, ménos frecuente que las otras, segrega un verdadero pus. Se la observa en un período más avanzado de la enfermedad, y presenta mayor resistencia á nuestros medios de tratamiento.

Diagnóstico. — Las dos formas que pueden dar lugar á dificultades de diagnóstico son las formas erosiva y ulcerosa. La erosion sífilítica no posee ningun signo que le sea propio y que la diferencie de una erosion simple. La poca importancia aparente de la lesion puede perfectamente hacerla tomar por una escoriacion. No obstante, permiten distinguirla algunos caractéres, al ménos en cierto número de casos. La erosion sífilítica es indolente, redondeada, frecuentemente múltiple; su secrecion es serosa ó sero-purulenta, y muy poco abundante. Por el contrario, la erosion inflamatoria segrega pus en cierta cantidad. Además, es casi siempre única, de forma irregular, y más ó ménos dolorosa. El herpes se distinguirá igualmente por el prurito que le acompaña ántes ó al principio de la erupcion. Su borde, festoneado, difiere del contorno ordinariamente limpio y regular de las sífilides.

La forma ulcerosa puede ser confundida con las escrofúlides ó con los chancros simples. La sífilides tiene una tendencia á revestir una apariencia circinada ó en média luna. Este carácter falta algunas veces, y es necesario reconocer que, entónces, la ulceracion sífilítica no tiene ningun signo que la distinga bajo el punto de vista de la lesion. Las escrofúlides, bastante raras en la vulva, son más excavadas que las sífilides. Resisten al tratamiento específico, y es raro que no se encuentren en algun otro punto del cuerpo otros vestigios de la diátesis estrumosa. Pero puede haber una

coincidencia de las dos enfermedades, es decir, la sífilis en una escrofulosa. Entónces, las ulceraciones ofrecen los caracteres dependientes de esta mezcla.

El chancro blando es más excavado, más frecuentemente múltiple que la sífilides ulcerosa. Sin embargo, el diagnóstico presenta algunas veces dificultades insuperables. La inoculación resolvería todas las dudas, porque el chancro blando es auto-inoculable, y las lesiones sífilíticas no lo son.

Pronóstico. — Consideradas tan sólo como lesiones locales, las sífilides mucosas son afecciones esencialmente benignas. Hasta esos enormes tumores confluentes que deforman completamente la vulva, apénas resisten al tratamiento general. La forma ulcerosa es un poco más rebelde y de curacion más larga. Las diversas formas de sífilides mucosas son notables por su tendencia á recidivar.

Durante largo tiempo, Ricord sostuvo que sólo el chancro era transmisible y que los accidentes secundarios no lo eran. Hoy dia, nadie pone en duda el carácter eminentemente contagioso de los accidentes secundarios. Nosotros, hasta podríamos añadir que las sífilides, y en particular las sífilides mucosas, son lo más á menudo el agente de trasmision. La poca extension de las lesiones aumenta todavía la posibilidad de desconocerlas.

Etiología. — Las sífilides mucosas son manifestaciones secundarias de la enfermedad. Se desenvuelven espontáneamente y no pueden inocularse en el mismo sujeto que las padece. Se ha invocado contra esta asercion un hecho de observacion bastante frecuente, y es que las placas mucosas son por lo general simétricas, correspondiendo exactamente la una á la otra en sus dos superficies opuestas. En estos casos no se trata de una auto-inoculacion, como en el chancro simple, sino del resultado de la irri-tacion local, que facilita en este punto la aparicion de la lesion.

Las sífilides erosivas y papulosas siguen con frecuencia bastante de cerca al desarrollo del chancro. Las formas ulcerosas se presentan más tarde en una época avanzada del período secundario.

La variedad papulosa es la que se observa con más frecuencia en la region vulvar. En las enfermas que no se cuidan alcanzan proporciones que no se observan casi nunca en las mujeres sometidas á las reglas de una buena higiene.

La forma ulcerosa es ménos comun que las otras dos.

Tratamiento. — La cauterizacion de las sífilides vulvares con el cilindro de nitrato de plata se emplea á menudo. Se ha abusado demasiado de esta práctica, al ménos en las sífilides erosivas y papulosas. Estas dos formas, como hemos visto, curan con la mayor facilidad bajo la influencia de la medicacion general.

El tratamiento local consistirá en baños, en lociones frecuentes con

un líquido deterativo, disolucion fenicada ó licor de Labarraque diluido (1). Las curaciones se harán por medio de un polvo inerte, el óxido de zinc, el subnitrato de bismuto, sostenido con taponos de algodón. La excision de las partes hipertrofiadas no está nunca indicada, puesto que se obtiene la curacion sin la intervencion quirúrgica, áun cuando las sífilides reunidas en masa formen tumores de un volúmen bastante grande.

Las variedades ulcerosas más rebeldes á la accion terapéutica exigen un tratamiento algo diferente de las demas. Aquí se podrá recurrir al nitrato de plata, sea por medio del cilindro, sea, y es mucho mejor, por medio de curaciones, renovadas tres veces al dia, con hilas mojadas en una disolucion de nitrato de plata al 100° ó al 60°. Se ha empleado contra las sífilides mucosas un gran número de tópicos cuya accion ha sido á su vez ensalzada, como la tintura de iodo, el percloruro de hierro y el iodoformo. Este último será útil, sobre todo en las formas ulcerosas ó en los sujetos escrofulosos.

El tratamiento general de la sífilis está basado en el empleo de dos medicamentos, el mercurio y el ioduro potásico. No podemos discutir aquí los hechos que abogan en favor del mercurio, y los argumentos invocados y puestos de relieve por sus numerosos detractores.

Remitimos, á los que quieran estudiar más detalladamente esta cuestion, á la tesis del Sr. Hallopeau, que resume de una manera muy interesante cuanto se ha dicho sobre este asunto (2).

Resulta de las más recientes investigaciones, viniendo á confirmar la experiencia de los antiguos, que el mercurio es el mejor de los medicamentos conocidos para combatir la sífilis, sobre todo en sus primeros períodos. Así, por nuestra parte aconsejamos recurrir á él desde el momento en que se esté seguro del diagnóstico.

¿En qué forma debe emplearse el mercurio?

El agente terapéutico puede penetrar en la economía por las vías digestivas, ó por la piel, por medio de fricciones ó de inyecciones hipodérmicas.

En los casos ordinarios y de mediana intensidad, la introduccion del medicamento por las vías digestivas es más cómoda y se utiliza con más frecuencia. Se han aconsejado los compuestos de mercurio más diversos. Generalmente, nosotros empleamos con preferencia el proto-ioduro.

Por lo demas, cualquiera que sea la sal de mercurio que se administre, siempre se deberá vigilar con cuidado el estado de la boca y de los órganos digestivos. El proto-ioduro de mercurio debe administrarse bajo la for-

(1) Agua 250 gramos.
Licor de Labarraque 60 —

(2) Hallopeau, *Du mercure, action physiologique et thérapeutique*, París, 1878. — Tesis de agregacion.

ma pilular (1), á la dosis de 5 á 15 centígramos al día. Más allá de 15 centígramos, nos exponemos á que sobrevenga la salivacion. El uso del clorato de potasa en gargarismo y en pocion será de una accion muy útil contra la estomatitis.

Despues de haber sometido á la enferma, durante dos meses, á una dosis cotidiana de 5 á 10 centígramos de proto-ioduro, se suspenderá su tratamiento durante algunas semanas, y se continuará despues durante un período de igual duracion, seguido de un descanso un poco más prolongado. Las alternativas de tratamiento y de descanso deberán continuarse de este modo durante un año por lo ménos. Despues de los primeros meses, es necesario administrar simultáneamente el mercurio y el ioduro de potasio (2).

Este último medicamento debe emplearse sólo al fin del tratamiento, y las dosis pueden elevarse hasta 3 y 4 gramos al día.

El método de las fricciones está indicado, sobre todo en los casos graves; es el más activo de todos los medios (3).

El método hipodérmico puede tambien presentar indicaciones particulares, por ejemplo, en las enfermas que no soportan el mercurio al interior. Sin embargo, ántes de entrar en la práctica usual deberá sufrir modificaciones, á causa de los accidentes locales, dolor, flemones, gangrena, que produce con bastante frecuencia (4).

(1)	Clorhidrato de morfina	0,05 centígramos.
	Proto-ioduro de mercurio	1 gramo.
	Extracto de quina	3 —
	Polvos de quina	c. s.

Para 40 píldoras, de las cuales se tomarán de 2 á 4, rara vez 6 al día, preferentemente con los alimentos.

(2) Si se da al mismo tiempo el ioduro de potasio y el mercurio igualmente, bajo la forma de ioduro, es necesario dejar cierto tiempo entre la administracion de las dos sustancias, para evitar que pueda formarse en el estómago el bi-ioduro de mercurio, cuya sal es excesivamente tóxica. El jarabe de Gibert es una preparacion cómoda cuando se asocia el uso de los dos medicamentos.

(3) Si se emplea el método de las fricciones, es necesario prolongarlas durante media hora próximamente con 2 á 6 gramos de unguento mercurial. Estas fricciones, continuadas durante 12 ó 15 días, se suspenderán durante un tiempo igual, y se volverán á continuar luego, y el tratamiento deberá terminarse por el uso prolongado del ioduro de potasio.

(4) Hé aquí la fórmula que aconsejamos si se quiere recurrir á las inyecciones hipodérmicas:

Bicloruro de mercurio	0,10 centígramos.
Cloruro de amoniaco	0,10 —
Clorhidrato de morfina	0,05 —
Agua destilada	40 gramos.
Glicerina pura	10 —

Cada jeringa de 1 gramo contiene dos miligramos próximamente de sublimado. Debe empezarse por dos inyecciones (4 miligramos) al día, y aumentar poco á poco hasta 10 miligramos. Se ha llegado hasta á inyectar dosis de 25 miligramos al día. Es imposible fijar nada sobre este punto, pues sólo al médico le toca juzgar la manera cómo es soportado el medicamento.

Ademas del tratamiento específico, se deberá apelar, como auxiliares, á los principales medios higiénicos y terapéuticos que puedan obrar favorablemente sobre la salud general. Así, la quina, el hierro y el aceite de hígado de bacalao encontrarán sus indicaciones. Las aguas sulfurosas son tambien un coadyuvante útil y que no debe ser olvidado, sobre todo cuando la afeccion es ya antigua.

Cuando una enferma ha sido atacada de sífilis, ¿puede asegurarse, despues de un tratamiento regular y suficientemente prolongado, que está al abrigo de nuevas manifestaciones de la enfermedad? Es imposible responder afirmativamente á esta cuestion, puesto que se ha visto sobrevenir nuevos accidentes, 10, 20, 30 y hasta 40 años despues de la desaparicion de las primeras lesiones.

Puede decirse, sin embargo, que, bien tratada, la sífilis se cura las más veces (1).

DE LA URETRÍTIS

Se designa con el nombre de uretrítis la inflamacion de la membrana mucosa que tapiza la uretra.

Anatomía patológica. — El meato urinario, en el estado normal, está constituido en la mujer por una pequeña hendidura ó abertura circular, cuyos bordes sobresalen un poco de los tejidos vecinos. Su color es rosa-pálido, como la mucosa circunvecina. En las mujeres atacadas de uretrítis, el meato forma eminencia, está turgesciente, á menudo entreabierto. El color, rojo vivo en los casos recientes, se vuelve livido, violáceo, cuando la enfermedad dura largo tiempo. La mucosa puede hipertrofiarse y formar hernia en el orificio uretral, hasta el punto de simular un pólipo. Las glándulas que circundan á la uretra están enfermas la mayor parte de las veces.

La inflamacion se extiende con frecuencia hasta los tejidos conjuntivos submucosos.

Rara vez se observan los abscesos de las paredes en la uretrítis de la mujer, si bien se han citado algunos ejemplos (2).

El proceso inflamatorio puede invadir la mucosa vesical, aunque con

(1) En la mayor parte de los tratados de Ginecología se hace caso omiso de todo lo que es relativo á la sífilis. Sin embargo, nosotros hemos creido que es útil al lector describir en la mujer los principales caracteres de esta afeccion, que desempeña un papel tan importante en la patología de los órganos genitales.

En este orden de ideas, nosotros quizás hayamos ido un poco más allá del cuadro de las lesiones vulvares, para entrar en consideraciones más generales. Estas nos han parecido necesarias, sobre todo en lo que concierne al tratamiento.

(2) Winckel, *Die Krankheiten der Weiblichen Harnröhre und Blase*, Stuttgart, 1877, pág. 47.

ménos frecuencia en la mujer que en el hombre. Lo más comun es que las lesiones estén localizadas en la parte anterior de la uretra.

Sintomas. — La uretritis de la mujer está léjos de presentar los fenómenos dolorosos que se observan en el hombre. La poca longitud y la extrema dilatabilidad de la uretra femenina explican perfectamente esta diferencia en los dos sexos. Durante las fases completamente agudas, las enfermas se quejan de un poco de escozor al orinar, de cierto grado de tenesmo vesical, si la afeccion ha invadido el cuello de la vejiga. A menudo tambien, sobre todo en un período más avanzado, no acusan ninguna sensacion dolorosa.

El exámen de los órganos permitirá comprobar los caractéres que hemos enumerado al hablar de la Anatomía patológica. El líquido que fluye por el meato, al principio moco-purulento, se hace cada vez más y más claramente purulento, verdoso ó amarillento, y algunas veces estriado de sangre. Las glándulas que rodean el orificio uretral pueden igualmente dejar fluir algunas gotitas de pus. Para comprobar la existencia y la naturaleza del flujo, especialmente si éste no es muy abundante, es necesario guardar ciertas precauciones. Despues de haber limpiado cuidadosamente la vulva y el vestíbulo se introducirá el dedo en la vagina, apoyándolo sobre su pared anterior, y se le arrastrará comprimiendo de abajo á arriba y de delante á atras.

Por medio de esta maniobra, repetida dos ó tres veces si es necesario, se conducirá al orificio uretral el líquido contenido en toda la longitud del canal. Al mismo tiempo, en los casos ya antiguos, se percibe una induración, un engrosamiento en toda su extension.

Complicaciones. — La artritis blenorragica se presenta lo mismo en la mujer que en el hombre. Quizás, al parecer, sea ménos frecuente en la mujer; pero esta diferencia obedece á una serie de causas que podrían inducirnos á error si quisiéramos comparar la relacion de las dos afecciones (uretritis y artritis blenorragica) en ambos sexos.

Desde luégo, la blenorragia es mucho más rara en la mujer. Además, se manifiesta por síntomas ménos aparentes, y los dolores que produce son poco intensos, por lo cual pasa frecuentemente desapercibida. Teniendo en cuenta estas condiciones, la relacion entre la artritis y la blenorragia no parece modificarse segun el sexo.

Los autores que han descrito una artritis blenorragica habrán sido inducidos á admitir esta complicacion en la mujer á causa de la frecuencia de la orquítis blenorragica en el hombre. Nosotros tendremos á menudo ocasion de señalar las ideas erróneas que han hecho exagerar las analogías patológicas del testículo y del ovario. Los casos de ovarítis blenorragica que han sido científicamente demostrados, es decir, seguidos de autopsia, eran casos de pelvi-peritonítis, en que el ovario, si estaba atacado, lo fué de una manera secundaria. La pelvi-peritonítis consecutiva á la blenorra-

gia se encuentra más bien cuando la enfermedad se ha propagado á la vagina y al útero, que cuando es la uretra la especialmente enferma. Cuando nos ocupemos de las lesiones del peritoneo pelviano nos extenderemos más sobre estos hechos; pero podemos decir que, hoy dia, la existencia de la ovarítis blenorragica no está en modo alguno demostrada.

Diagnóstico. — El diagnóstico de la uretrítis, en su período de agudeza, es por lo general difícil. En los casos antiguos, la afeccion se limita algunas veces á las glándulas uretrales ó periuretrales, y puede ser perfectamente desconocida. Así es que mujeres, sanas en la apariencia, hacen contraer blenorragias cuya causa no se puede encontrar. Entónces es necesario examinar las enfermas ántes de que se hayan lavado, y sobre todo cierto tiempo despues de la miccion. Tomando las precauciones que hemos indicado, no es raro llegar á descubrir entónces una gotita de pus que explica el contagio. Hemos observado muchas veces sujetos en los cuales no existían otros vestigios de blenorragia que la supuracion de dos ó tres glándulas periuretrales; la vulva, la uretra y la vagina habían vuelto á su más perfecto estado normal.

El pus que fluye por la uretra puede provenir de un chancro. Comprimiendo con el dedo sobre el conducto, se reconocerá una renitencia particular en el punto donde esté situado el chancro. Si está en la parte anterior, separando ligeramente los bordes del meato, la simple vista alcanzará bastante profundamente para reconocer los caractéres de la lesion. Los dolores uretrales, independientes de toda alteracion apreciable, se observan frecuentemente como complicacion de las afecciones uterinas.

Un exámen cuidadoso evitará el confundir esas manifestaciones dolorosas con las que resultan de una inflamacion de la mucosa.

Es importante determinar la naturaleza de la enfermedad. Pero la uretrítis, sobre todo en el sexo femenino, es tan rara aislada de la blenorragia, que su existencia basta casi siempre para indicar su origen.

Los herpes intra-canaliculares dan lugar en el hombre á un flujo purulento que simula y se confunde al principio con una blenorragia. Este pequeño accidente desaparece de una manera espontánea al cabo de pocos dias, y puede presentar dificultades muy grandes en el diagnóstico. La aparicion de una erupcion herpética en otros puntos de los órganos genitales nos ilustrará completamente, porque es sabido con cuánta frecuencia acompañan los herpes á la blenorragia.

Nosotros no hemos tenido nunca ocasion de observar en la mujer esas erupciones de herpes intra-canaliculares, cuya existencia es probable, sin embargo, en ella lo mismo que en el hombre.

Pronóstico. — El pronóstico de la uretrítis femenina es ordinariamente muy benigno, y la afeccion cura en poco tiempo bajo la influencia del tratamiento de la vaginitis blenorragica, que la acompaña lo más frecuentemente. En ciertos casos, si la enfermedad ha pasado al estado crónico,

opone, por el contrario, una gran resistencia á nuestros medios terapéuticos, y puede persistir meses y áun años.

No es necesario discutir ahora la cuestion, tan largo tiempo debatida, sobre la identidad de la blenorragia y de la sífilis. Y si hay médicos, algunos de gran respetabilidad, que conservan aún las antiguas ideas sobre el origen comun de las dos enfermedades, nosotros estamos en el derecho de decir que su número disminuye todos los días ante la evidencia de los hechos observados.

Etiología. — La uretrítis puede ser simple ó virulenta. La uretrítis simple puede ser producida por un traumatismo, por el cateterismo, por el paso de orinas alteradas á consecuencia de una cistítis. En las fiebres eruptivas, viruela, escarlatina, sarampion, se observa á veces un catarro de la uretra que sólo presenta en estos casos una importancia secundaria, relativamente á la de la enfermedad general.

Aparte de estas circunstancias, la uretrítis es casi siempre el indicio de una infeccion blenorragica, y se acompaña de vaginítis de la misma naturaleza. Hasta es raro que sea la uretrítis la primera que se presente. Ésta se desenvuelve casi siempre ulteriormente y por propagacion. Cuando se la observa aisladamente, es porque, curada la vaginítis, la blenorragia se ha localizado en la uretra ó en sus cercanías, donde persiste frecuentemente mucho más tiempo, como ya hemos indicado.

La existencia de la uretrítis es, pues, de un interes primordial en el diagnóstico del origen y de la naturaleza de los flujos procedentes de la vulva, de la vagina ó del útero.

Tratamiento. — El empleo de los balsámicos, copaiba, cubeba, tan útiles en la uretrítis del hombre, está léjos de presentar las mismas ventajas en la mujer. Segun el Sr. Gosselin, sólo en los dos ó tres primeros meses se puede obtener alguna ventaja de estos medicamentos. Pasado este período, no tienen ninguna accion sobre la uretrítis femenina (1).

Se han invocado muchas causas para explicar esta diferencia de accion, segun el sexo. El Dr. Guérin la ha atribuido á la direccion de las glándulas uretrales, que, en la mujer, miran hácia el meato, miéntras que, en el hombre, su direccion es lo más frecuentemente inversa. Disposicion que, para la primera, impediría el contacto de la orina cargada del principio medicamentoso con el revestimiento glandular. Sea ó no cierta esta hipótesis, el hecho de la poca influencia que ejercen los balsámicos en la blenorragia de la mujer no es ménos positivo.

Las más veces, los baños y las curas con el coáltar ó con una disolucion fenicada bastan para hacer desaparecer la uretrítis. En los casos rebeldes se recurrirá á las inyecciones astringentes con el tanino, el

(1) Gosselin, *Cliniques de la Charité*, t. II, pág. 294.

sulfato de zinc, el sub-acetato de plomo, ó, mejor aún, con una solución de nitrato de plata (5 centígramos de la sal por 30 gramos de agua destilada).

Si las glándulas periuretrales están atacadas, será necesario inyectar con una jeringa de cánula muy fina algunas gotas de la solución en la cavidad glandular. Si la enfermedad resiste á estos diferentes medios, se puede introducir en toda la longitud de la uretra un lápiz de nitrato de plata, que se dejará durante algunos segundos en contacto con la mucosa. Este

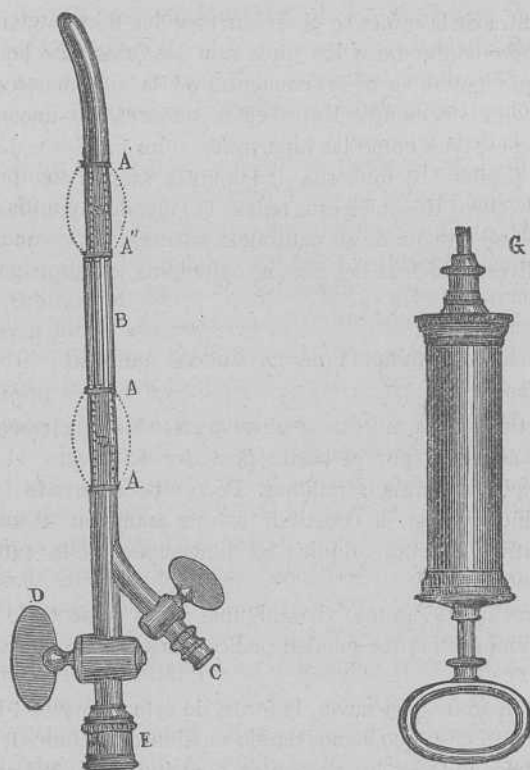


Fig. 5.^a — Sonda del Sr. Martin para la cauterización de la uretra.

A. A. A'. Vejigas de goma destinadas á cerrar la uretra por sus dos extremos.—
B. Parte perforada para permitir que salga la inyección á la uretra. Por medio de dos vejigas de goma y de una sonda de doble corriente se llegan á circunscribir los puntos de la mucosa que deben estar en contacto con el líquido inyectado, y éste no puede penetrar en la vejiga.

medio tiene el inconveniente de ser bastante doloroso y de producir la disuria, la cual desaparecerá fácilmente á beneficio de un baño y de algunas

aplicaciones frías (1). Se pueden igualmente colocar en la uretra bujías astringentes que, disolviéndose en el sitio, constituyen otra forma de medicación tópica (2).

A pesar de todos estos tratamientos, hay casos de uretritis crónica rebeldes que duran un tiempo considerable, sin ser modificados por ningún medicamento.

TUMORES DE LA URETRA.

En la uretra de la mujer se observan especies de tumores muy variables, á menudo confundidos los unos con los otros. De aquí resulta la oscuridad que tantas veces se encuentra en la sintomatología y el pronóstico de tales afecciones. Entre estos tumores, los unos son esencialmente benignos, tales como las hipertrofias ó los prolapsos de la mucosa, los pólipos papilares ó mucosos, los tumores sanguíneos, los fibromas ó fibromiomas. Otros tienen en esta region la gravedad que presentan en todas partes y que dimana de su naturaleza misma, tales como ciertos sarcomas, y las diversas formas del cáncer, epiteloma, carcinoma, etc.

HIPERTROFIA DE LA MUCOSA URETRAL.

La hipertrofia de la mucosa se observa en todos sus elementos. Comenzando las más veces por el borde posterior del meato, el tumor tiene en su principio la forma semilunar. Poco á poco invade todo el contorno del orificio y llega á constituir así un mamelon saliente, perforado en su centro, pudiendo adquirir las dimensiones de la extremidad del dedo meñique (3).

Este mamelon, de un rojo vivo, algunas veces como el de la frambuesa, presenta eminencias que pueden pediculizarse y dar origen á pequeños pólipos.

Se ha comparado, con razon, la forma de estos tumores á la del cuello del útero. En un caso que hemos tenido ocasion de examinar, el microscopio nos mostró que todos los elementos constituyentes de la mucosa ure-

(1) Se han aconsejado inyecciones intra-uretrales con aparatos especiales, cuya figura acompañamos (*fig. 5*). Por medio de dos vejigas de caoutchouc y de una sonda de doble corriente se logra circunscribir los puntos de la mucosa que deben estar en contacto con el líquido inyectado, y éste no puede penetrar en la vejiga.

(2)	Goma tragacanto..	4 gramos.
	Tanino.	1 —
	Subnitrito de bismuto.	c. s.

Para una bujía uretral de 5 centímetros de largo.

(3) Verneuil, *Société de Biologie*, 1855, pág. 125.

tral estaban hipertrofiados, principalmente las glándulas de epitelio cilíndrico, que se las observa en el estado normal (1).

PROLAPSO DE LA MUCOSA URETRAL.

El tumor formado por el prolapso de la mucosa es debido á una reversión de esta membrana, análogo á lo que sucede en el prolapso del recto.

Este tumor, sentado, regularmente circular, tan pronto liso, tan pronto surcado de pliegues, está provisto en su centro de un orificio redondeado por donde penetra la sonda.

PÓLIPOS PAPILARES DE LA URETRA.

La estructura de los pólipos papilares de la uretra ha sido estudiada hace mucho tiempo (2). Al principio, tales tumores no están constituidos más que por simples granulaciones, aisladas ó múltiples, de un rojo vivo ó violáceo. Su volúmen aumenta poco á poco, sin pasar generalmente de las dimensiones de una lenteja. Formados por papilas hipertrofiadas y cubiertos de un epitelio pavimentoso, estos tumores son verdaderos *papilomas*. Su vascularización es muy considerable; carácter comun, por lo demás, á todos los neoplasmas uretrales de la mujer.

PÓLIPOS MUCOSOS DE LA URETRA.

Los pólipos mucosos de la uretra ofrecen una gran semejanza de estructura con la hipertrofia de la mucosa. Tanto que, á juzgar por los casos que nosotros hemos estudiado, nos encontramos inclinados á considerarles como dos variedades de una misma afección. Las glándulas que concurren en tan gran parte á la formación de estos tumores pueden obliterarse en su orificio, y dar así origen á los quistes por retención que se han descrito en esta región.

Probablemente se trata de un caso de este género en el descrito y dibujado por Beigel (3) bajo el nombre de mixo-adenoma de la uretra.

FIBROMAS Y FIBROMIOMAS DE LA URETRA.

Los fibromas y los fibromiomas se han observado en la región uretral de la mujer, aunque de una manera bastante excepcional. Algunos de estos tumores habían llegado á alcanzar las dimensiones de un huevo.

(1) Caso del Sr. Terrier, *Préparation du laboratoire d'Histologie du Collège de France*, inscrito al núm. A, pág. 122.

(2) Verneuil, *Société de Biologie, loc. cit.*, pág. 123.

(3) Beigel, *loc. cit.*, t. II, pág. 656.

TUMORES VASCULARES DE LA URETRA.

Los neoplasmas vasculares de la uretra están con frecuencia constituidos únicamente por dilataciones venosas, verdaderas hemorroides uretrales. Se presentan bajo el aspecto de tumores violáceos, azulados, tensos y resistentes.

También se han encontrado en esta región variedades de *angiomas* (1) que no deben confundirse con los tumores hemorroidales.

Unas veces sentadas, otras pediculadas, estas producciones varían desde el tamaño de un guisante hasta el de una avellana, y ofrecen todos los caracteres histológicos de los angiomas, los cuales no hemos de describir aquí.

Se han citado casos de varices uretrales rotas, sin comunicación con el exterior, dando origen á un hematoma de la uretra.

SARCOMAS DE LA URETRA

El sarcoma uretral es bastante raro. Beigel ha descrito un caso, del cual ha dado los dibujos macroscópicos é histológicos, en el cual el tumor, implantado sobre el borde inferior del canal, ofrecía las dimensiones de una nuez gorda (2).

CÁNCER DE LA URETRA

El cáncer de la uretra puede presentarse bajo diversas formas histológicas. La mayor parte de los casos observados puede referirse al epiteloma.

El cáncer uretral es casi siempre secundario. Teniendo su punto de partida en el útero, se propaga luego hasta el orificio vulvar. Se han publicado, no obstante, algunas observaciones de cáncer periuretral primitivo.

Síntomas de los tumores uretrales. — La hipertrofia y el prolapso de la mucosa uretral no son dolorosos mientras la superficie del tejido está íntegra. No sucede lo mismo cuando sobrevienen escoriaciones, lo cual se observa las más veces al cabo de cierto tiempo.

Los *pólipos mucosos*, generalmente únicos, son también indolentes por sí mismos, y no se hacen dolorosos sino cuando se ha destruido su revestimiento por uno ó muchos puntos.

(1) Winkel, *loc. cit.*, pág. 54.

(2) Beigel, *loc. cit.*, t. II, pág. 653.

La opinion de los autores varía mucho relativamente al grado de sensibilidad de los *pólipos papilares*.

Miéntas que ciertos cirujanos (Verneuil, Guérin) los describen como dolorosos, otros (Winkel) los consideran como indolentes. Resulta de la comparacion de las diversas observaciones que muchos de estos tumores, aunque tienen en apariencia la misma estructura, se producen de una manera diferente respecto á su grado de sensibilidad, y pueden ser muy dolorosos sin presentar ninguna lesion en su superficie.

Por lo general, los pólipos papilares forman eminencia en el orificio uretral. Otras veces es preciso separar los bordes del canal para distinguirlos. En todos los casos, rara vez se insertan á una distancia del meato mayor de algunos milímetros.

Las *hemorroides uretrales* no son muy raras en la mujer. Cuando están poco desarrolladas y su superficie está intacta, no dan lugar á ninguna manifestacion morbosa. Pero cuando llegan á cierto grado principian á ulcerarse, y entónces es cuando se presentan esos dolores, con frecuencia tan penosos, y sobre los cuales el Sr. Richet ha llamado especialmente la atencion (1). En tales casos no es en el orificio mismo donde radica el dolor, sino más bien á una distancia de un centímetro del meato.

Existe en este punto una estrechez y una induracion del conducto que se prolonga más ó ménos profundamente; induracion que se comprueba fácilmente con el dedo introducido en la vagina y arrastrándolo de atras á adelante, comprimiendo la pared anterior de abajo á arriba contra el arco pubiano. Las enfermas se quejan, en el momento de la miccion, de dolores que se prolongan durante ocho ó diez minutos.

Existen algunos síntomas comunes á todos los tumores uretrales, cualquiera que sea su naturaleza. El dolor, como hemos visto, no se produce en unos más que cuando hay denudacion epitelial, miéntas que en otros causan vivos sufrimientos, á pesar de estar su superficie completamente intacta.

Las mismas formas, unas veces son dolorosas, otras indolentes, sin que pueda explicarse la causa de semejante diferencia.

Los primeros trastornos de la sensibilidad se manifiestan con frecuencia durante las relaciones sexuales. Además de los agudos sufrimientos que se observan algunas veces, las enfermas acusan una sensacion de tirantez ó prurito vulvar. El dolor aumenta bajo la influencia de la marcha y durante el período menstrual.

En ciertas circunstancias se desenvuelve en las cercanías de la lesion una hiperestesia vulvar que impide á las enfermas sentarse.

Cierto grado de vaginismo, complicacion frecuente de los tumores

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1873, pág. 805.



uretrales, constituye un obstáculo á las aproximaciones sexuales. Se observa además con frecuencia un ligero flujo de sangre.

Los desórdenes de la miccion son muy variables. En ciertas mujeres es un escozor, en otras una dificultad ó un obstáculo á la emision de la orina, que pueden conducir á la retencion completa y á los accidentes que de ella se derivan. Otras, por el contrario, son atacadas de incontinencia ó no orinan más que por rebosamiento.

No es ménos cierto que un gran número de estos neoplasmas son tan indolentes y producen tan pocas molestias, que pasan desapercibidos durante muchos años.

Diagnóstico de los tumores de la uretra. — El diagnóstico de los tumores de la uretra debe descansar sobre dos puntos: 1.º ¿Hay un tumor uretral? 2.º ¿Cuál es su naturaleza? Si forma eminencia en el meato, la primera parte del diagnóstico se fijará por la simple inspeccion. Pero si está situado más profundamente, es necesario recurrir á otros procedimientos. El dedo introducido en la vagina reconocerá el sitio exacto del dolor, y frecuentemente percibirá el tumor mismo.

Despues de haber penetrado el catéter en la uretra, será detenido, á una distancia mayor ó menor del meato, por la presencia del neoplasma. Por medio de la sonda se podrá diferenciar un tumor de la uretra de un cuerpo extraño, de un cálculo vesical, que algunos presentan los mismos síntomas. En los casos dudosos se recurrirá á la dilatacion.

Existe algunas veces, lo mismo en la mujer que en el hombre, una contraccion dolorosa de la uretra, independiente de un tumor y de un cálculo. Un exámen atento bastará para distinguir esta afeccion de aquellas á las cuales podría parecerse (1).

La naturaleza de la lesion es, en general, bastante fácil de reconocer. En la hipertrofia simple, como en el prolapso, la abertura uretral está situada en su centro.

El tumor hipertrófico es irreductible, á la inversa de lo que se observa en el prolapso. Este último puede, sin embargo, hacerse irreductible tambien, y entónces es difícil distinguirlo de la hipertrofia. La confusion en este caso no presenta ningun inconveniente, puesto que las dos lesiones tienen el mismo pronóstico y exigen idéntico tratamiento.

Miéntras que la uretra está situada en el centro del tumor en la hipertrofia y el prolapso, en las demas formas el tumor se halla situado en el conducto y rodeado por el meato.

Las producciones hemorroidales son irregulares, violáceas y comprensibles. Experimentan alternativas de turgescencia y de flacidez. Aumentan de volúmen despues de la marcha ó durante el período menstrual. En cuan-

(1) Véase, con este objeto, una interesante observacion del Dr. Reliquet, *Annales de Gynécologie*, 1874, t. I, pág. 287.

to á los neoplasmas de naturaleza maligna, se presentan en esta region con todos los caractéres que les distinguen en otras regiones.

Pronóstico de los tumores de la uretra. — El pronóstico de los tumores de la uretra debe ser considerado bajo el punto de vista de su sitio y de su naturaleza.

Todas las variedades pueden ocasionar accidentes por el obstáculo que producen á la emision de la orina. Sin embargo, rara vez dan lugar á los graves fenómenos de la retencion.

La mayor parte de los neoplasmas uretrales tiene por carácter muy habitual una gran tendencia á la recidiva. Los dolores vivos y casi continuos experimentados por ciertas enfermas afectan algunas veces á la salud general, y son origen de varios desórdenes.

El obstáculo que oponen á las relaciones sexuales, haciéndolas dolorosas, es una causa de esterilidad.

Ademas de los peligros y los inconvenientes inherentes á los tumores de la uretra en general, cada uno de ellos, por su naturaleza misma, presenta caractéres de benignidad ó de malignidad, sobre los cuales no hemos de extendernos, puesto que su situacion en este punto no ejerce ninguna influencia sobre sus propiedades.

Se han citado algunos casos de tumores benignos de la uretra que curaron espontáneamente; hechos de este género son muy excepcionales.

Etiología de los tumores de la uretra. — Los autores disienten mucho respecto á la época de la vida de la mujer en que los tumores uretrales tienen su máximum de frecuencia.

Para unos, son más frecuentes en la juventud (1). Para otros, por el contrario, despues de la menopausia, hácia los 50 años (2).

Son bastante frecuentes en las niñas, y nosotros hemos observado muchos casos en niñas pequeñas de seis á siete años. Por lo demas, comparando las estadísticas, es fácil convencerse de que ciertas variedades pueden presentarse en cualquiera edad.

Se ha hecho desempeñar un gran papel á la blenorragia en la etiología de estos tumores. Exceptuando los papilomas del meato, sobre cuya produccion tiene la uretrítis una influencia incontestable, su importancia nos parece que ha sido exagerada por ciertos ginecólogos. Si su opinion fuera exacta, se comprendería difícilmente por qué los tumores uretrales son tan raros en el hombre, que, sin embargo, contrae la uretrítis virulenta con mucha más frecuencia que la mujer.

La gestacion influye en el desenvolvimiento de las vegetaciones hemorroidales de la uretra, lo mismo que sobre el de todos los tumores he-

(1) A. Guérin, *loc. cit.*, pág. 385.

(2) Blot, *Gazette des Hôpitaux*, 1871, pág. 514.

morroidales. M. Richet atribuye una gran importancia etiológica á la costumbre que las exigencias sociales imponen á la mujer de retener largo tiempo sus orinas. Este autor invoca igualmente como causa ocasional la situacion normal del útero en anteversion, la cual dificultaría la circulacion de retorno del sistema vascular de la uretra.

Antes de terminar lo que concierne á la etiología, debemos hacer notar que en muchas observaciones no puede uno darse cuenta de la naturaleza histológica del neoplasma de que se trata, lo cual arroja todavía cierta oscuridad sobre la historia de estas afecciones.

Tratamiento de los tumores de la uretra. — Segun la situacion, el volumen y el estado sentado ó pediculado del tumor, debe recurrirse á métodos diferentes de tratamiento. Si los pólipos son pequeños, en su período de aparicion, más bien en estado de granulaciones que de verdaderos pólipos, se les destruirá fácilmente por medio de cauterizaciones con el lapicero de nitrato de plata, ó mejor con el ácido crómico ó el ácido fénico cristalizado, teniendo cuidado de proteger los tejidos circunvecinos contra la accion del cáustico.

Se ha aconsejado igualmente para los tumores de pequeño volumen la aplicacion de polvos astringentes para producir la desecacion (3). Este método, muy empleado hace algunos años, está casi abandonado en la actualidad. Otro tanto decimos de la ligadura simple.

Para los tumores claramente pediculados y que forman eminencia fuera del meato, la torsion por medio de una pinza de pólipos puede bastar en muchos casos. La excision seguida de la cauterizacion constituye un medio de tratamiento muy usado. Si el tumor es más grande, se recurrirá al constrictor de Maisonneuve, á la pinza de Wilde ó al asa galvano-cáustica.

Cuando se trata de los tumores de esta region, no debe olvidarse nunca la facilidad con que recidivan.

A consecuencia de la excision se ve producirse una hemorragia, que se detiene lo más frecuentemente por la cauterizacion de la herida. Si la hemorragia continúa á pesar de este medio, se cohibirá comprimiendo la uretra contra el púbis con el dedo introducido en la vagina, ó tambien colocandó una sonda gruesa en el canal uretral.

El Sr. Richet preconiza contra los tumores hemorroidales la dilatacion por medio del dilatador prepucial de Thibault, y la excision de un colgajo de la mucosa.

Como tratamiento general de esta especie de afeccion, los baños prolongados serán un auxiliar muy útil. Contra el elemento dolor se podrán introducir supositorios narcóticos.

(3) Polvos de sabina y sulfato de cobre. añ partes iguales;
 ó bien: Polvos de sabina y alumbre. añ partes iguales.

Tanto bajo el punto de vista del diagnóstico como bajo el punto de vista terapéutico, es á menudo necesario obtener una dilatacion del canal, suficiente para dejar penetrar el dedo hasta en la vejiga. Esta operacion, intentada ya por los cirujanos del siglo XVI, no ha entrado casi en la práctica ordinaria hasta hace muy pocos años (1). La dilatacion puede hacerse lentamente por la introduccion de la esponja preparada, de la laminaria ó de bujías de un calibre cada vez mayor.

Ó bien puede hacerse bruscamente, durante el sueño anestésico, cuyo procedimiento es el que con más frecuencia se emplea.

Simon aconseja introducir una serie de espéculums uretrales de calibres cada vez mayores.

Llegada á cierto grado, la distension podría desgarrar la abertura del meato, cuyo punto es el más resistente y el más estrecho al mismo tiempo de todo el canal uretral. Así que es preferible practicar en este borde tenso tres ó cuatro incisiones de medio centímetro próximamente de profundidad, despues de lo cual la dilatacion se efectúa con la mayor facilidad. Puede así obtenerse un orificio de 25 á 30 milímetros de diámetro, sin que haya que temer ningun accidente (2). La prudencia aconseja no pasar de este límite, al ménos en la dilatacion brusca. Se han visto mujeres con atresia vulvar, en las cuales, á consecuencia de repetidas tentativas para practicar el coito, se habúa producido la dilatacion de la uretra lentamente, y hasta tal punto que bastaba para permitir la consumacion del acto por esta vía.

El único inconveniente que podría temerse, como consecuencia de esta operacion, sería la incontinencia de orina. Este accidente es raro, y, cuando se produce, su duracion no se prolonga más allá de algunos días. En 50 casos, recogidos en el servicio del Dr. Simon, no se ha observado un solo hecho de incontinencia de orina persistente.

La dilatacion nos ofrece, pues, un precioso medio, tanto bajo el punto de vista del diagnóstico como del tratamiento de las afecciones de la uretra y de la vejiga en la mujer.

ANATOMÍA NORMAL DE LA VAGINA

La vagina es un conducto fibro-muscular que se extiende desde la vulva hasta el útero. La direccion de su eje, oblicuo de arriba á abajo y de atras á adelante, forma con el eje del útero un ángulo muy abierto.

Se ha descrito á menudo la vagina como un tubo ligeramente encorvado. Resulta, sin embargo, del estudio de los cortes practicados en los

(1) Sobre esta cuestion, véase el trabajo de Hergott de Nancy, *Annales de Gynécologie*, 1876, t. V, pág. 3.

(2) Longuet, *Annales de Gynécologie*, t. I, pág. 216.

cadáveres congelados, que su dirección es más bien rectilínea. Por lo demás, su forma, su longitud, sus dimensiones, varían considerablemente, según los sujetos y según las condiciones fisiológicas.

Excepto en sus dos extremidades, la vagina representa una cavidad virtual, cuyas paredes aplastadas están inmediatamente en contacto una con otra.

Es fácil asegurarse de ello examinando un corte trasversal de este órgano. Se tiene así, en la mujer adulta, una figura que representa dos líneas paralelas laterales, reunidas por una hendidura trasversal curvilínea, de concavidad dirigida hacia atrás. En la niña, la figura así obtenida presenta más bien una apariencia radiada.

Resulta de esta disposición que los líquidos no penetran en la cavidad vaginal sino á condición de que ésta sea previamente dilatada. El contacto de las dos paredes tiene también una importancia práctica relativamente á las curaciones y á los diversos tratamientos que se le pueden aplicar.

La vagina presenta á nuestro estudio, bajo el punto de vista de sus relaciones, dos extremidades y cuatro paredes: una anterior, otra posterior y dos laterales. Su extremidad inferior está incompletamente cerrada, en el estado normal, en la mujer vírgen por el himen, cuyas diferentes variedades hemos descrito al hablar de la anatomía de la vulva. La extremidad vulvar representa el punto más estrecho y menos dilatable. Está rodeada por dos músculos constrictores. El más externo, ó constrictor de la vulva, está separado del más interno por el bulbo, verdadero órgano eréctil.

El constrictor interno se halla formado en parte de músculos lisos y en parte de músculos estriados, siendo estos últimos más numerosos cuanto más se aproximan al orificio vulvar. Las fibras lisas, que forman la mayor parte en la estructura de su parte superior, se continúan con las fibras circulares de la vagina y con las de los ligamentos anchos. El orificio vulvo-vaginal está, pues, provisto de un doble anillo muscular, cada uno de los cuales puede contraerse independientemente de su congénere (1).

Hacia su extremidad superior, las paredes se encorvan de afuera á adentro, para venir á abrazar al cuello del útero, de manera que la mucosa vaginal se continúa directamente con la que reviste la superficie externa del hocico de tenca.

Los repliegues así formados por la reflexión de la vagina, al venir á insertarse sobre el cuello uterino, llevan el nombre de *fondos de saco vaginales*. Se les divide en anterior, posterior y laterales.

En la parte profunda no se encuentra ningún anillo comparable al que existe en la extremidad vulvar. La extremidad vaginal superior presenta, en muchas mujeres, cierto grado de estrechez. Por el contrario, en otras,

(1) El músculo elevador del ano tiene también su acción sobre el estrechamiento de la parte média de la vagina, como veremos al tratar del vaginismo.

y principalmente despues de las relaciones sexuales frecuentemente repetidas, esta porcion se dilata y se hace bastante vasta para formar por detras del cuello uterino una especie de bolsa copulatrix (falsos caminos vaginales de Pajot) (1).

Las paredes de la vagina son muy extensibles, de lo cual es fácil asegurarse por la cantidad de hilas necesaria para practicar un taponamiento conveniente. Por esto, Pajot, en sus lecciones, insiste con razon muy particularmente sobre esta disposicion.

La pared anterior está en relacion con la vejiga en una extension de dos á tres centímetros. La delgada capa de tejidos que separa las dos cavidades ó tabique véstico-vaginal no excede de tres milímetros de espesor próximamente. La uretra está tambien en relacion con la parte inferior de la pared anterior de la vagina. De aquí resulta la facilidad con que se pueden explorar por esta vía la uretra y una parte de la vejiga.

La pared posterior está en relacion con el recto; está separada de este último por un espacio triangular de vértice superior, cuya base, medida por la distancia que separa la horquilla del ano, tiene de 20 á 25 milímetros.

El tejido conjuntivo laxo que entra en la estructura de este espacio triangular, ó tabique recto-vaginal, permite fácilmente que los dos órganos, vagina y recto, se deslicen el uno sobre el otro. Las relaciones de la pared posterior con el peritoneo son de la más alta importancia clínica. La parte superior de esta pared, que constituye el fondo de saco vaginal posterior, está cubierta por la serosa en una extension de 12 á 15 milímetros.

Las paredes laterales están en relacion, por arriba, con la aponeurósis perineal média, el músculo elevador del ano, el cual toma en este punto algunas inserciones, y la parte inferior de los ligamentos anchos; por bajo, con el constrictor de la vulva, el bulbo y las raíces del clitoris.

Estas paredes están costeadas por las arterias vaginales y por un gran número de vasos venosos de muy grueso calibre. En la parte anterior y en la posterior, las venas son ménos numerosas y de menor volúmen.

La longitud de la vagina varía segun una serie de causas, de las cuales hablaremos más detalladamente cuando nos ocupemos del prolapso uterino. Esta longitud no es la misma, segun los diferentes puntos de observacion. Mientras que el fondo de saco posterior mide de siete á ocho centímetros, á partir desde el orificio vulvar, el fondo de saco anterior no tiene más que de seis á seis centímetros y medio. Éstas son las dimensiones médias, en la mujer adulta, en el estado normal.

La mucosa que tapiza á la vagina se continúa por la parte superior con

(1) *Bulletin général de Thérapeutique*, 1874.

la del cuello del útero, y por la parte inferior con la de la vulva. Está surcada de repliegues longitudinales, más abundantes por delante, que constituyen las *columnas de la vagina*. Muchos de estos repliegues se reúnen en la parte inferior para formar, á algunos milímetros por encima del meato, un pequeño tubérculo, del cual ya hemos hablado.

Además de los pliegues longitudinales, existen igualmente, en la mucosa vaginal, repliegues transversales. Del entrecruzamiento de estos diversos surcos resulta una figura más ó menos regular, situada hácia la extremidad vulvar, que se ha llamado *lira de la vagina*.

Histología. — Si se estudia un corte trasversal de este órgano, se ve que está compuesto de tres capas principales. Una externa conjuntiva, una média muscular, y una interna mucosa. La capa externa está formada por tejido conjuntivo laxo, notable por su riqueza en elementos elásticos.

En la porcion muscular se han descrito muchas capas secundarias. Una interna, la más espesa, de direccion longitudinal; una externa, de direccion circular, y una média, intermediaria á las otras dos, cuyos hacecillos entrecruzados se reúnen á los de las dos primeras. Las fibras más internas envían prolongaciones al tejido submucoso y hasta á las papilas de la mucosa. Los hacecillos de fibras musculares lisas que entran en la estructura de la vagina están separados los unos de los otros por una débil red de tejido conjuntivo, y no forman, por consiguiente, un todo continuo. Vemos, por lo demás, lo mismo en la vagina que en el útero, que no hay capas propiamente dichas de direccion determinada y que los hacecillos musculares longitudinales, transversales y oblicuos, pueden observarse en todos los puntos.

La mucosa, erizada de numerosas papilas, difiere segun la edad de la mujer en la cual se examina. En la niña recién nacida, las papilas están extremadamente desarrolladas y alcanzan una longitud considerable. Por el contrario, en la mujer adulta que ha cohabitado y ha parido, las papilas forman una eminencia poco pronunciada.

La mucosa vaginal está provista de un espeso revestimiento de epitelio pavimentoso estratificado. Se ha discutido mucho sobre la existencia de glándulas en su espesor.

La presencia del líquido que lubrica sus paredes había hecho admitir á muchos autores que este producto de reaccion ácida provenía de una secrecion glandular. Sin embargo, cuando se trata de demostrar la situacion de estas glándulas, el resultado de las investigaciones histológicas ha sido siempre negativo. En todos los cortes que hemos examinado, lo mismo en la niña que en la adulta, nos ha sido imposible comprobar la presencia de glándulas, de acuerdo en este punto con la mayor parte de los anatómicos contemporáneos. No hay órganos glandulares más que hácia la extremidad inferior, cerca de la vulva. El líquido vaginal será, pues,

un producto de exudacion y de descamacion epitelial de la superficie de la mucosa.

La riqueza nerviosa de la vagina varía segun los puntos en que se la observe. Muy grande en el orificio vulvar, en el hímen ó las carúnculas mirtiformes, disminuye en las partes médias y superiores de este conducto. Sobre el trayecto de los nervios se ha señalado la presencia de numerosas células ganglionares. Se encuentra igualmente en esta region una gran abundancia de vasos linfáticos.

FISIOLOGÍA DE LA VAGINA.

La vagina tiene un doble papel fisiológico. Primeramente da paso al flujo menstrual y á los diversos líquidos que pueden fluir de la cavidad uterina. Además, su importancia es muy grande en los fenómenos del parto. Pero su papel principal es el relativo á la funcion de la cópula. Es el verdadero órgano copulador femenino.

El líquido que lubrica sus paredes es un líquido blanquecino, lechoso ó coagulable. Se compone de serosidad que tiene en suspension elementos figurados. Segun que dominan los componentes sólidos ó líquidos, el aspecto que presente este producto complejo podrá sufrir ciertas variaciones. Por poco numerosos que sean los elementos figurados, reviste un color más ó ménos amarillento.

Quando se introduce el espéculo, la extremidad del instrumento, rozando las paredes vaginales, acumula cierta cantidad de este líquido opaco, que se reúne en el fondo del canal, algunas veces en bastante grande abundancia, y podría hacer creer en un estado patológico si no se estuviera prevenido de este hecho absolutamente normal.

DESARROLLO DE LA VAGINA

La vagina se desarrolla á expensas de la parte inferior de los conductos de Müller. Aislados el uno del otro al principio, estos canales se sueldan entre sí como los cañones de una escopeta de dos tiros. Más tarde, el tabique que los separa se reabsorbe para llegar á la formacion de un canal único.

La fusion de los dos conductos de Müller principia en la parte superior del órgano. Para lo que se refiere á su comunicacion con el exterior por el intermedio del seno uro-genital ó de la vulva, nos remitimos á lo que ya hemos dicho respecto á la embriología de la region vulvar.

No todos los autores admiten que el desarrollo de la vagina se verifique únicamente á expensas de los conductos de Müller (1). Muchos ginecólogos

(1) La prueba de esta incertidumbre se encuentra en la discusion que tuvo lugar sobre este punto en el Congreso de Médicos y Naturalistas alemanes. (Véase *Centralblatt für Gynäkologie*, 1878, pág. 503.)

participan aún de la opinion de que se desarrolla simultáneamente por tres puntos separados. Para ellos, la parte superior procedería de los canales de Müller, la parte inferior dependería de la excavacion vulvar, y la parte média resultaría de un trabajo de reabsorcion verificado en el tejido embrionario que separa los dos segmentos superior é inferior.

Esta hipótesis no nos parece que está en relacion con los hechos observados de vaginas dobles que acompañan tan frecuentemente á úteros dobles. Ó bien sería necesario admitir que el trabajo de reabsorcion se produce al mismo tiempo en dos puntos separados y simétricos de la masa embrionaria (1).

En esta teoría se pretende que la vagina comienza por debajo del hímen, al contrario de lo que nosotros admitimos, ó sea, que se termina inferiormente al nivel de esta membrana. Se ve que en este último punto no hay diferencia entre las dos teorías, sino solamente una diversidad de interpretacion con motivo de una division anatómica arbitraria.

En suma, nos parece que la opinion segun la cual la vagina proviene en totalidad de los canales de Müller, está mucho más conforme con lo que nos enseña la Anatomía comparada, lo mismo que el estudio de los vicios de conformacion de este órgano.

ANOMALÍAS DE LA VAGINA

El desarrollo de la vagina á expensas de la parte inferior de los canales de Müller, ámpliamente separados el uno del otro al principio, despues soldados y separados solamente por un tabique, y, por fin, reunidos en un conducto único por la reabsorcion de este tabique, nos da la explicacion de todas las anomalías que se observan en la estructura de este canal. Si uno de los dos tubos de Müller se desenvuelve sólo, y el otro es detenido en su desarrollo, nos encontramos con la vagina uni-lateral. Si los dos son detenidos al principio de su evolucion, tenemos la ausencia de la vagina, ó la vagina rudimentaria. Si el tabique persiste en toda su extension, resulta una vagina doble ó tabicada. Si persiste en ciertos puntos solamente, tendremos una duplicacion incompleta.

Segun la extension de los tejidos unitivos sea más ó menos considerable, veremos producirse una vagina incompletamente tabicada longitudinalmente si el tabique persiste en una extension bastante grande; transversalmente tabicada, por el contrario, si la capa de tejido unitivo es delgada.

Ademas, las detenciones parciales del desarrollo en uno ó muchos puntos producirán una serie de combinaciones que sería demasiado largo

(1) Delaunay, *Sur le cloisonnement transversal du vagin*, Tesis de París, 1877, página 34.

enumerar, pero que se explicarán muy bien, gracias á las nociones de embriogenia que hemos resumido anteriormente.

Se han propuesto diversas divisiones de estas anomalías por varios autores. M. Lefort (1) ha admitido la clasificacion adoptada por Nélaton. Es, á poca diferencia, la que nosotros emplearemos, porque pueden incluirse en ella todos los casos conocidos hasta el día.

Dividiremos, pues, estas anomalías en cinco clases principales:

- 1.^a Falta de la vagina, ó vagina rudimentaria;
- 2.^a Aberturas anormales de la vagina;
- 3.^a Vaginas de tabiques trasversales;
- 4.^a Vaginas de tabiques longitudinales;
- 5.^a Estrechez de la vagina.

1.^a La falta de la vagina es difícil de distinguir del desarrollo rudimentario, lo cual, por otra parte, no tiene ninguna importancia bajo el punto de vista práctico.

Esta anomalía coincide lo más frecuentemente con otra semejante del útero. En estos casos se encuentra en el sitio de la vagina un cordón fibroso continuo, ó fibroso en su parte inferior, excavado en su parte superior. La porción fibrosa puede estar situada también entre dos cavidades que se terminan en fondo de saco más ó menos oblicuo. En dos casos descritos por Scanzoni (2) como faltos de desarrollo se trataba muy probablemente de una persistencia del canal uro-genital; la abertura inferior apenas daba paso á una sonda de mujer que penetraba á 11 y 12 centímetros de profundidad.

2.^a La mayor parte de las observaciones de aberturas anormales de la vagina deben referirse igualmente á una persistencia de este conducto, vestigio del período embrionario.

3.^a El tabique trasversal es debido á una imperforación del hímen ó á una membrana en forma de diafragma situada á mayor ó menor altura en el canal vaginal. El sitio de la membrana obturadora tiene una significación primordial bajo el punto de vista de la diferencia de origen. La membrana dependiente del hímen está situada en la extremidad inferior de la vagina (3). El tabique resultante de la persistencia sobre un punto de la división longitudinal embrionaria está siempre colocado más ó menos por encima de esta extremidad. Ordinariamente es en la unión de los dos tercios inferiores con el tercio superior donde se encuentra esta especie de obstáculo, es decir, á cuatro ó cinco centímetros del orificio vulvar.

(1) Lefort, *Vices de conformation de la vulva et du vagin*, tésis de agregación, 1863.

(2) *Loc. cit.*, pág. 413.

(3) Véase, á este propósito, *Arch. für Gyn.*, t. X, pág. 544, y Puch, *Annales de Gynecologie*, 1878, t. IX, pág. 134.

Estos tabiques son únicos generalmente; se han observado, sin embargo, hasta tres y cuatro en una misma enferma (1).

Dichas divisiones trasversales, unas veces completas y otras incompletas, tienen un espesor variable en relacion con su estructura. Las membranas delgadas están constituidas únicamente por tejido conjuntivo. En las que son más gruesas (cinco á seis milímetros) se encuentra además cierto número de fibras musculares lisas. En las membranas incompletas, el orificio que pone en comunicacion las dos cavidades está situado, unas veces en la parte central y otras lateralmente. La forma y las dimensiones de estas aberturas son muy variables. Un tabique completo puede hacerse incompleto bajo la influencia de una serie de causas. Éste es un modo de curacion espontánea relativa.

4.^a Las vaginas dobles, es decir, separadas por un tabique longitudinal completo, van acompañadas las más veces de una division semejante del útero. En estos casos existen ordinariamente dos hímenes, uno para cada vagina. Los dos conductos no son siempre paralelos; el izquierdo está situado en un plano más anterior que el derecho.

Los tabiques longitudinales, como los trasversales, pueden ser completos ó incompletos. En los desdoblamientos parciales, los conductos presentan un diámetro igual, ó, por el contrario, están más desarrollados en un lado que en el otro.

La parte inferior de la vagina puede ser doble, siendo su extremidad superior única, lo que está más en relacion con la marcha del desarrollo. También se observa una disposicion inversa, y se ha visto, con un útero doble, presentar la misma disposicion la parte superior de la vagina, mientras que la inferior estaba fusionada. El tabique puede estar interrumpido en uno ó muchos puntos, de lo cual resultan aberturas que ponen en comunicacion los dos conductos.

En los casos de útero unicorne y de vagina doble, la mitad de la vagina correspondiente á la parte del útero no desarrollado queda en estado rudimentario, ó bien con el útero unicorne coexiste una vagina unilateral.

5.^a La estrechez de la vagina puede resultar de esta disposicion unilateral. Puede también ser consecuencia de una detencion de desarrollo del órgano poco despues del nacimiento. Así vemos esos casos de vagina, anormalmente estrecha, acompañarse del estado del útero designado con el nombre de útero fetal ó infantil.

Síntomas.—Los accidentes á que pueden dar lugar estas diversas anomalías varían con el grado del vicio de conformacion. En los casos de tabique trasversal, los síntomas difieren considerablemente, segun que el tabi-

1) Delaunay, *loc. cit.*, pág. 20.

que sea completo ó incompleto. Un tabique transversal incompleto no produce generalmente ningun desórden. Apénas podrá constituir un obstáculo á la cópula ó á la expulsion del feto. Se han visto, no obstante, tabiques incompletos ocasionar todos los fenómenos de las obliteraciones completas.

Los síntomas se dividen en generales y en locales. Los síntomas generales, casi no se presentan más que en la época de la pubertad. Los casos en que se ha comprobado la existencia, en las niñas, de una dilatacion de los órganos genitales consecutiva lá a acumulacion del moco, causada por un tabique vaginal, son completamente excepcionales (1). Los desórdenes producidos por los tabiques trasversales recaen sobre la menstruacion, sobre las relaciones sexuales, sobre la fecundacion y las dificultades del parto; estas últimas funciones no pueden efectuarse evidentemente más que cuando el tabique es parcial.

En la época de la pubertad, las mujeres experimentan todas las manifestaciones fisiológicas de la menstruacion, excepto la salida de sangre por el orificio vulvar. Los dolores, cada vez más vivos, se reproducen en épocas regulares, obligando á menudo á las enfermas á guardar cama durante muchos dias. Despues, sobre todo en los primeros meses, todo vuelve á su órden normal hasta el período siguiente, en qué los dolores se reproducen con nueva intensidad. El primer fenómeno que frecuentemente fija la atencion de las enfermas es una retencion de orina debida á la compresion de la uretra ejercida por el tumor que forma la vagina distendida.

La misma causa acarrea, aunque con ménos frecuencia, una retencion de las materias fecales.

Si se trata de un caso de vagina rudimentaria coincidiendo casi siempre con un útero igualmente rudimentario, los síntomas generales son nulos ó poco pronunciados. Pueden existir ovarios normales con un útero y una vagina rudimentarios, lo cual está en completa relacion con la independencia absoluta del desarrollo de estos diversos órganos.

El estudio de los síntomas locales nos proporciona datos mucho más precisos.

En los casos de vagina rudimentaria se ve, separando los grandes labios, que el orificio está obliterado por un tejido denso que no cede bajo la presion del dedo. A excepcion de la uretra, no se observa ninguna abertura que conduzca á los órganos internos; sólo se ve una depresion, simple ó doble, que se termina en fondo de saco á una distancia muy próxima á la vulva.

En los casos en que existe tabique se observa la presencia de un tumor tenso, violáceo, que sobresale de la vulva y se remonta en la pélvis; algu-

(1) Breisky, *Archiv. für Gyn.*, t. II, pág. 92.

nas veces, hasta por encima del ombligo. Este tumor aumenta de volumen en las épocas menstruales.

Si el tabique trasversal no existe más que en uno de los conductos, en los casos de vagina doble, se observan los síntomas de hematómetro unilateral. Cuando nos ocupemos del hematómetro en general volveremos á ocuparnos más ampliamente de esta cuestion, despues de haber estudiado los vicios de conformacion del útero. Frecuentemente, el obstáculo está situado por encima del hímen, el cual se conserva perfectamente normal. En estos casos, el tacto rectal, combinado con la introduccion de una sonda por la abertura del hímen, podrá suplir al tacto vaginal si se temiera que, al practicar este último, podría desgarrarse el hímen. Sobre este punto nos remitimos á lo que hemos dicho respecto á las precauciones que deben tomarse cuando haya necesidad de practicar el tacto vaginal en una virgen.

Diagnóstico. — Cuando se ha comprobado la existencia de una obliteracion del conducto vulvo-vaginal, es necesario averiguar su sitio y su naturaleza. El espesor de los tejidos que constituyen el tabique, es muy difícil, y hasta casi imposible, de apreciar si no existe tumor sanguíneo que la rechace y la distienda. En los casos de tumor sanguíneo se debe introducir el pulgar en la vagina y el índice en el recto para conseguir apreciar el espesor de la membrana interpuesta.

Si la longitud del conducto fuera demasiado considerable, habría que recurrir á los índices de las dos manos, introducidos el uno en la vagina y el otro en el recto.

El grado de profundidad de la vagina permite precisar el sitio del tabique. Si ha conservado su longitud normal, se tratará probablemente de una atresia uterina. Si está, por el contrario, considerablemente acortada, deberá deducirse la existencia de una atresia vaginal. La presencia ó la ausencia del hímen indicará, ó que se trata de un tabique vaginal ó de una persistencia del seno uro-genital rechazado.

El punto donde está situado el tabique trasversal diferencia la imperforacion del hímen de la oclusion vaginal propiamente dicha. El hímen imperforado es rechazado algunas veces, y da lugar de este modo á la presencia de un fondo de saco, más ó ménos profundo, que podría inducir á error haciendo creer en un obstáculo situado más alto. En tales casos, la presencia de las carúnculas mirtiformes será el signo cierto de la existencia de un tabique. Su ausencia no puede coexistir más que con el hímen rechazado ó la persistencia del seno uro-genital.

En muchas observaciones, el silencio que se guarda sobre este punto impide saber de cuál de estas anomalías se trataba.

Las dificultades del diagnóstico, en los tabiques incompletos, presentan sobre todo una gran importancia en la mujer embarazada. En el momento del parto se puede confundir un tabique trasversal con una ausen-

cia de la porcion vaginal del cuello, ó con un cuello borrado por numerosos partos anteriores. Si el orificio de la membrana permite la introduccion del dedo, se tocará el cuello más allá del obstáculo, quedando cierto espacio entre ambos orificios. Si la abertura es muy estrecha, el diagnóstico puede ser difícil. Sin embargo, la membrana obliterante es más fácil de rechazar, ménos resistente que el cuello del útero. Su superficie lisa, igual, su aspecto brillante, tenso, observado por medio del espéculo, presenta una serie de caracteres diferentes de los del cuello uterino. La longitud de la vagina nos suministrará tambien en este caso un dato para el diagnóstico.

La sonda introducida en la uretra, y el dedo en el recto, constituyen igualmente un procedimiento de exploracion de que no se deberá prescindir.

Pronóstico. — El pronóstico de las anomalías vaginales varía segun los casos. Las vaginas rudimentarias son una causa absoluta de esterilidad, sobre todo por su frecuente coincidencia con un útero rudimentario.

Los tabiques trasversales incompletos son de un pronóstico favorable generalmente. Pueden, sin embargo, causar un obstáculo al coito y á la fecundacion. En el momento del parto se produce con frecuencia la desgarradura de la membrana espontáneamente, cualquiera que sea su naturaleza. En otras circunstancias, la presencia de estas bridas reclama una intervencion quirúrgica.

Los tabiques completos, ademas de producir la impotencia y la esterilidad, entrañan todavía peligros de consideracion. La distension exagerada de los órganos genitales puede acarrear accidentes mortales por el paso de la sangre á la cavidad peritoneal, lo más frecuentemente á través de una ruptura de las trompas, ó por una hemorragia procedente de la desgarradura de las adherencias, á consecuencia de la supresion brusca de esta distension. La atresia completa de la vagina puede acarrear una terminacion funesta si no se interviene. Y, finalmente, las operaciones practicadas con el objeto de evitar estos mismos peligros exponen tambien la vida de las enfermas.

Etiología. — Las oclusiones de la vagina pueden ser congénitas ó adquiridas. Las primeras formas, mucho más frecuentes, son debidas á una detencion del desarrollo, sobrevenido durante la vida embrionaria, de uno de los conductos de Müller.

Las obliteraciones adquiridas son incompletas lo más frecuentemente, y constituidas sólo por bridas de espesor variable; se han visto, sin embargo, completas, aunque no congénitas.

A consecuencia de las fiebres graves, viruela, sarampion, fiebre tifoidea, es cómo se establecen lo más á menudo estas adherencias. Las quemaduras, los traumatismos, las vaginitis íntensas, pueden dar lugar igualmente á estas producciones. La gangrena de la vagina, principalmente

bajo la influencia del parto, ha sido tambien el punto de partida de la produccion de membranas obliterantes.

En los casos de oclusion congénita, el obstáculo está situado casi siempre más bajo que en aquellos en que este accidente se ha producido despues del nacimiento.

Tratamiento. — Las indicaciones difieren segun que el útero funcione ó no, segun que haya ó no haya tumor. Si no hay tumor, la operacion presenta dificultades mucho más grandes que en el caso contrario. Así, será necesario ántes asegurarse de la existencia del útero y de los ovarios. Si éstos faltan, la única utilidad que resultaría de la intervencion sería facilitar la consumacion del coito, porque la falta de comunicacion con el exterior no presenta inconvenientes si no hay ningun producto que expulsar.

No sucede lo mismo si el útero funciona; en esta última hipótesis, si no se apela á un tratamiento quirúrgico, la vida está sériamente comprometida.

Si el obstáculo á la evacuacion de los menstruos no consiste más que en una simple membrana, una incision longitudinal ó crucial bastará en la mayor parte de los casos.

Pero si los tejidos interpuestos son espesos, y se hace preciso abrir un camino para constituir la vagina, la operacion se hace mucho más laboriosa y se corre el peligro de herir la vejiga ó el recto. Además, áun despues de practicada la operacion, queda siempre expuesta la enferma á estrecheces secundarias.

¿Debe operarse de una sola vez, ó por medio de punciones sucesivas que precedan á la incision?

Segun el Dr. Gosselin, la dimension del tumor es lo que debe decidir al cirujano á emplear uno ú otro de estos dos métodos.

Si el tumor es considerable y pasa del ombligo, se debe recurrir al método de las punciones sucesivas, para evitar por este medio la ruptura de las adherencias, que podría ser producida por una distension demasiado brusca.

Por el contrario, si se trata de un tumor pequeño que no llega al ombligo, estará indicada la abertura inmediata. La incision deberá ser extensa, de modo que permita lavar la bolsa repetidas veces.

La descomposicion pútrida de los restos de productos sanguíneos es, con efecto, una causa frecuente de muerte despues de la operacion (1).

Ciertos cirujanos se han pronunciado, por el contrario, contra el empleo de las inyecciones y de los lavatorios, y existen muchas observaciones en que la incision sola determinó la curacion.

(1) Véase, con este objeto, la *Gazette des Hôpitaux*, 1866, números 50, 69, 71, 84 y 116.

Resumiremos, para terminar este capítulo, el manual operatorio.

Préviamente vaciados la vejiga y el recto, se coloca á la enferma en la misma posicion que para practicar la talla. Se dirigirá la maniobra por medio de un dedo de la mano izquierda introducido en el recto, y de un catéter colocado en la uretra y sostenido por un ayudante.

En un primer tiempo se practicará una incision trasversal, ó mejor ligeramente encorvada, de concavidad anterior, á igual distancia del recto y de la uretra. Luégo, para despegar los tejidos, se hará uso de los dedos más bien que del bisturí, teniendo cuidado de mantenerse siempre lo ménos cerca posible de la pared rectal, cuya lesion, lo mismo que la de la vejiga, es el mayor peligro que existe en la operacion.

En un segundo tiempo, cuando se ha llegado al tumor, se le incindiré extensamente. Despues de haber desembarazado al foco de la sangre y de los coágulos que contiene, se harán inyecciones detersivas, y se tendrá cuidado de sostener durante largo tiempo la dilatacion, para evitar las estrecheces secundarias que se observan frecuentemente (1).

El manual operatorio variará necesariamente segun los casos.

El Sr. Léfort ha propuesto el empleo de la electrolisia, continuada durante cierto tiempo, para llegar á producir poco á poco un canal á través de los tejidos (2).

En los casos de tabiques incompletos, la intervencion estará indicada y hay impedimento en las relaciones sexuales.

En las mujeres embarazadas es preferible esperar, para intervenir, á las indicaciones que surjan durante el trabajo del parto; las operaciones practicadas en los órganos genitales exponen á las enfermas á los peligros de un aborto.

DE LA VAGINITIS

Dividimos la vaginitis en *aguda y crónica*.

VAGINITIS AGUDA.

Anatomía patológica. — La inflamacion de la mucosa puede invadir tan sólo la vagina, ó extenderse á la vulva, á la uretra, á las glándulas vulvovaginales y á la mucosa uterina. La mucosa vaginal está á menudo ata-

(1) Este procedimiento operatorio era el preconizado por Dolbeau y descrito en la tesis de uno de sus discipulos, Bonecaze, *Traitement chirurgical des imperforations congénitales du vagin*, Tesis de París, 1872.

(2) Léfort, *Académie de Médecine*, 1876, *Anal. dans les Archives de Tociologie*, 1876, página 747.

cada en todas sus partes; en otros casos, las lesiones se localizan en ciertos puntos, principalmente en los repliegues del conducto vaginal.

El revestimiento mucoso está engrosado en su conjunto y presenta pequeñas eminencias diseminadas, de uno á tres milímetros de diámetro, que le dan un aspecto irregular y como rugoso. Estas eminencias, bastante confluentes á veces para cubrir toda la superficie, constituyen entónces un carácter particular que ha hecho que se dé á esta forma el nombre de *vaginitis granulosa*.

Estas numerosas eminencias, de dimensiones variables, son debidas á una hipertrofia de las papilas normales.

Antes se las atribuía al aumento de volúmen de las glándulas, cuya opinion no puede explicarse, puesto que no existen glándulas en el espesor de la mucosa vaginal en el estado fisiológico.

Bajo la influencia de ciertas causas, y sobre todo del estado puerperal, se ve desenvolverse *vaginitis gangrenosas* que pueden producir vastas pérdidas de sustancia.

Se observan igualmente abscesos en el tejido submucoso. En vez de localizarse la inflamacion y de limitarse á la produccion de un absceso, puede extenderse á todo el tejido conjuntivo que rodea la vagina. Estas *perivaginitis flegmonosas ó disecantes*, como se las ha llamado, invaden poco á poco el tejido conjuntivo de la pequeña pelvis y acarrear accidentes bastante graves para comprometer la vida (1).

Las *falsas membranas diftéricas* se observan en la mucosa vaginal, lo mismo que en otras mucosas. La gravedad de la enfermedad general roba en estos casos toda su importancia á la lesion local (2), la cual no es más que una de sus numerosas manifestaciones.

En ciertas mujeres, en el momento del período menstrual ó á consecuencia de inyecciones astringentes, se observa la expulsion de trozos, á menudo bastante extensos, de la mucosa vaginal; á veces, hasta figurando un molde completo de todo el conducto. Estas especies de membranas han sido confundidas con las que provienen de la cavidad uterina. Un simple exámen microscópico permitirá diferenciarlas.

Su estructura, compuesta únicamente de grandes células de epitelio pavimentoso, no permite confundirlas con ningun otro producto.

Algunos ginecólogos han designado esta descamacion en masa con el nombre de *vaginitis exfoliadora*.

Sintomas. — Si se reconoce la mucosa vaginal en los casos de vaginitis

(1) Marconnet, *Archives de Virchow*, t. XXXIV, pág. 2, y Minkiewitsch, *id.*, tomo XLI, pág. 437.

(2) Debemos recordar aquí que, lo que los alemanes llaman inflamacion diftérica ó crupal, no tiene en modo alguno la significacion que entre nosotros damos á la palabra *difteria*.

aguda, se observa que presenta un enrojecimiento de los más vivos, sembrado de numerosos puntos de color más subido y más oscuro. Estos puntos representan las papilas hipertrofiadas ó granulaciones. Habiendo desaparecido el epitelio en una extension mayor ó menor, la mucosa sangra al menor contacto. Por la vulva se ve fluir un líquido moco-purulento ó purulento, mezclado frecuentemente con sangre.

Este flujo verdoso mancha fuertemente las ropas y adquiere un olor nauseabundo.

En los casos intensos, todo contacto es doloroso, hasta el punto de hacer imposible la introduccion del espéculo. Si se puede practicar el tacto, se perciben rugosidades, desigualdades, formadas por las numerosas granulaciones de la mucosa. Las enfermas se quejan de una sensacion de constriccion, de calor, de prurito, en la region vulvo-vaginal.

Estas sensaciones se acompañan de ordinario de tenesmo vesical y rectal, ó de cierto grado de vaginismo.

Se pueden observar igualmente dolores abdominales, sobre todo si la vaginitis ha producido la metritis ó la perimetritis, de la cual es algunas veces el punto de partida, como veremos al tratar de la etiología de estas afecciones.

Diagnóstico. — No puede confundirse el pus resultante de una vaginitis con los flujos de la misma naturaleza, procedentes, ya sea del útero, ya de un absceso ó de una coleccion purulenta abierta en la vagina.

La gran dificultad del diagnóstico reside en la naturaleza de la afeccion misma. ¿Se trata de una vaginitis blenorragica ó de una vaginitis simple? No hay ningun carácter cierto que permita diferenciarlas. La presencia de parásitos, y principalmente de *trichomonas vaginalis*, en los líquidos ácidos que bañan la vagina, considerada por algunos como signo específico, no ha dado hasta el dia ningun dato útil.

La coexistencia de la uretritis con la vaginitis hará muy probable el origen blenorragico de la afeccion (1).

Pronóstico. — La vaginitis aguda, simple ó blenorragica, sometida á un tratamiento conveniente, desaparece ordinariamente en el espacio de tres ó cuatro semanas. Puede pasar al estado crónico, y su duracion se prolonga entónces más allá de esta época.

La propagacion hácia la cavidad uterina, y sobre todo los accidentes que acarrea algunas veces por parte del peritoneo, pueden hacer su pronóstico grave.

A consecuencia de inflamaciones intensas de la mucosa vaginal se han visto adherencias y bridas que unen las dos paredes y hasta pueden ser causa de una oclusion completa.

(1) Gosselin, *loc. cit.*, t. II, pág. 248, y A. Guérin, *loc. cit.*, pág. 283.

Etiología. — La vaginitis aguda es las más veces específica y debida al contacto de un líquido virulento. No hemos de repetir aquí lo que hemos dicho relativamente á las antiguas doctrinas, que hacían considerar la blenorragia como pudiendo ser el punto de partida de la sífilis.

La vaginitis aguda tiene un origen inflamatorio simple en los casos de traumatismo ó de introduccion de cuerpos extraños en la vagina.

Los exantemas febriles, el sarampion, la escarlatina, la fiebre tifoidea, se acompañan con frecuencia de vaginitis ó de vulvo-vaginitis.

La vulvitis ocasionada en las niñas por la presencia de oxiuros puede propagarse progresivamente y trasformarse en vulvo-vaginitis.

La impresion del frío, sobre todo durante la época menstrual, ha sido considerada como causa de esta afeccion.

La forma granulosa es bastante frecuente en las mujeres embarazadas. Pero no les es peculiar, como lo han pretendido algunos autores, pues tambien se observa la vaginitis granulosa de naturaleza blenorragica en las mujeres vírgenes ó que no han tenido hijos, y en el estado de vacuidad en las casadas.

Tratamiento. — En los primeros períodos de la forma aguda, el tratamiento consistirá sobre todo en bebidas, lociones é inyecciones templadas y emolientes. Desde el momento en que se pueda penetrar en la vagina sin causar demasiado dolor, se deberán introducir taponos cargados de sustancias medicamentosas. El coaltar saponificado ó una disolucion de ácido fénico á 1/300 nos ha dado buenos resultados. Se puede tambien recurrir á las embrocaciones de la mucosa con una solucion concentrada de nitrato de plata á 1/30. Para obtener resultados con este último procedimiento es necesario tener mucho cuidado de atacar *toda la superficie enferma*, el cuello del útero y los fondos de saco y repliegues de la vagina. Este medio, que no tiene más inconveniente que el ser un poco doloroso, será renovado cada tercero ó cuarto dia.

Cualquiera que sea el medicamento empleado, la permanencia de los taponos de algodón ó de hilas posee la gran ventaja de aislar una de otra las dos paredes del conducto, lo cual facilita mucho la curacion.

VAGINITIS CRÓNICA (FLORES BLANCAS, LEUCORREA VAGINAL)

Creemos conveniente reunir en un mismo capítulo afecciones consideradas por muchos autores como diferentes la una de la otra. Más adelante nos extenderemos sobre las causas que nos han inducido á obrar así, cuando llegemos á la historia de la metritis.

Anatomía patológica. — La mucosa, en la vaginitis crónica, no presenta ya ese color rojo intenso que hemos descrito en la vaginitis aguda, sino que reviste una coloración violácea, lívida. Su superficie presenta en algu-

nos sitios escoriaciones de dimensiones y profundidad variables. Presenta igualmente granulaciones, situadas por lo general en la pared anterior.

A consecuencia de la vaginitis crónica se produce algunas veces un reblandecimiento de la mucosa ó del tejido conjuntivo submucoso que puede acarrear un prolapso de la vagina. Unas veces es solamente la pared anterior la que constituye el prolapso, y otras veces es toda la mucosa herniada la que viene á formar un rodete circular en el orificio de la vulva.

Sintomas. — El principal síntoma de la vaginitis crónica consiste en la naturaleza y abundancia del flujo. En el estado normal, la vagina está lubricada por un líquido que los autores describen como trasparente. Pero este líquido trasparente es enteramente excepcional, y hasta en mujeres perfectamente sanas presenta un aspecto más ó ménos turbio, más ó ménos amarillento.

Los líquidos producidos por la vagina difieren, de los que provienen del útero, por su falta de viscosidad y su apariencia condensada ó coagulada.

Su cantidad puede tomar tales proporciones que llegue á ser una causa de molestia para las enfermas y de repugnancia para los que tienen con ellas contactos sexuales.

Respecto á la accion que estos flujos ejercen sobre la salud general, se debe establecer una gran diferencia entre las leucorreas de procedencia vaginal y las de procedencia uterina. Las primeras pueden ser muy abundantes, sin que la salud de las mujeres parezca resentirse.

No sucede lo mismo con las leucorreas uterinas, cuya influencia sobre el organismo no tarda en manifestarse.

En la vaginitis crónica, los caractéres del flujo son muy variables. Unas veces apenas tiene color, pone las ropas como almidonadas ó las mancha de un blanco débilmente amarillento. Otras veces es más ó ménos purulento, y se acerca al color verde que se observa en los casos agudos.

Los dolores vagos experimentados por las enfermas están las más veces bajo la dependencia de la afeccion, de la cual el flujo de la vagina no es más que un epifenómeno.

Si la forma crónica ha sucedido á la forma aguda, todas las manifestaciones de esta última desaparecen, á excepcion del flujo.

Diagnóstico. — ¿Cuándo deja de ser virulenta una vaginitis? ¿Puede toda clase de vaginitis comunicar una uretritis purulenta? Hé aquí dos cuestiones muy difíciles de resolver, y sobre las cuales no han podido ponerse de acuerdo los autores.

Por lo general, la blenorragia no resulta más que del contacto con el pus blenorragico. En muchas circunstancias, una blenorragia antigua, localizada á los conductos de las glándulas vulvo-vaginales ó á las glándulas periuretrales, no ocasiona fatalmente accidentes. Esto se explica porque, en

el momento de la menstruacion ó bajo la influencia de excitaciones sexuales repetidas, la secrecion, aumentando en estos diferentes puntos, arroja al exterior una gotita de pus, que en otras circunstancias no hubiera sido expulsada. No es imposible que, bajo la influencia de causas que nos son desconocidas, un flujo vaginal simple adquiera propiedades contagiosas.

Estos hechos deben ser excepcionales, y nosotros hemos comprobado con frecuencia, lo mismo que otros muchos ginecólogos, que flujos mucopurulentos abundantes y líquidos saniosos, procedentes de un cáncer del cuello en la mujer, no tenían ninguna influencia sobre la uretra del marido. Hay tambien observaciones muy curiosas que demuestran una especie de inocuidad por hábito ó costumbre contraídos por el hombre. Una mujer no comunica nada al hombre con el cual tiene relaciones sexuales frecuentes, mientras que, por el contrario, comunica una blenorragia al que cohabita con ella por primera vez. Estas cuestiones de contagio son todavía muy oscuras, lo cual no debe asombrar considerando las causas de errores á que está uno forzosamente expuesto, así como las dificultades que rodean á este género de investigaciones.

En suma, el mejor signo de la vaginitis específica es la uretritis concomitante. Cuando ésta falta, es casi imposible decidirse sobre la naturaleza de la afeccion.

Pronóstico. — La vaginitis crónica es algunas veces muy rebelde. No debe olvidarse que la que sucede á una blenorragia aguda puede localizarse en los fondos de saco, en el cuello uterino, en la uretra y en los canales de las glándulas de Bartolino. De aquí el peligro de las formas latentes bajo el punto de vista del contagio. Estas inflamaciones predisponen á la larga á un prolapso vaginal.

Etiologia. — La vaginitis crónica sucede con frecuencia á la forma aguda. En muchas circunstancias, sin embargo, esta afeccion se desenvuelve poco á poco y sin haber sido precedida por un período de agudeza. Todas las causas enumeradas como productoras de la vaginitis aguda pueden invocarse igualmente en la forma crónica: el abuso del coito, la permanencia de un pesario en la vagina, la introduccion de cuerpos extraños.

Muy á menudo es sintomática de otra afeccion. Así, acompaña á los diversos grados de la metritis, á los neoplasmas del útero, á los tumores del ovario, del recto, de la vejiga, y á todo lo que dificulta la circulacion de la sangre en la pequeña pelvis. La preñez suele llevar consigo cierto grado de vaginitis que puede, como hemos visto, sufrir exacerbaciones y revestir la forma aguda.

La clorosis y la escrófula se observan frecuentemente en las mujeres atacadas de flujos vaginales crónicos. En las niñas, y sobre todo en las niñas escrofulosas, la vulvo-vaginitis crónica se encuentra con sobrada frecuencia.

Esta misma afeccion no es rara en las mujeres despues de la menopausia, y coincide á veces con una atrofia senil del útero.

Para explicar estas vaginitis de las viejas se ha invocado la disposicion abierta del orificio vulvar, que no opone ningun obstáculo á la penetracion del polvo y del aire frío.

Hemos dicho igualmente que los exantemas vulvares pueden propagarse, sobre todo en las mujeres ancianas, á la mucosa vaginal.

Tratamiento. — El tratamiento de la vaginitis crónica deberá ser á la vez local y general. Como tratamiento local, los tapones empapados de coaltar tendrán una accion ménos eficaz en los casos antiguos, salvo en las blenorragias agudas que han pasado al estado crónico.

Los astringentes se emplearán aquí con preferencia: el tanino, el alumbre, el sulfato de zinc, pero sobre todo el primero de los tres (1).

Se puede tambien recurrir á las inyecciones con las mismas sustancias, más ó ménos diluidas; pero estas inyecciones están léjos de presentar las mismas ventajas de las curaciones repetidas. Podrán hacerse tambien al mismo tiempo, y en el intervalo de las curaciones, con aguas alcalinas.

Como tratamiento general, estarán indicados el hierro asociado á los amargos, la quina, en las mujeres cloróticas ó anémicas. El aceite de híg-

(1) Nosotros empleamos con frecuencia las fórmulas siguientes :

Tapones de algodón ó de hilas empapadas en una de estas soluciones :

DISOLUCIONES

	Acido fénico cristalizado	15 centígramos.
	Alcohol	c. s. para disolver;
añádase :	Tanino	4 gramos.
	Glicerina	30 —
ó	Acido fénico cristalizado	0,50 centígramos.
	Alcohol	5 gramos.
	Agua	100 —
	Tanino	10 —

POMADA

	Alumbre	5 gramos;
tritúrese con :	Glicerina ó agua	c. s.
	Manteca de cerdo	30 gramos.

SUPOSITORIOS

	Tanino	0,30 centígramos.
	Manteca de cacao	4 gramos.

Algunas enfermas experimentan dificultades para introducirse ellas mismas los tapones. Este inconveniente se obviará por medio de diversos instrumentos, tales como el porta-tópicos de Delisle ó el de Barnes.

Se han preconizado contra la vaginitis las bujías medicamentosas compuestas de una envoltura soluble y conteniendo un polvo astringente. Este modo de curacion puede dar buenos resultados.

do de bacalao, el iodo, los baños sulfurosos, deberán ser la base del tratamiento en las mujeres escrofulosas.

Por último, la hidroterapia, ya simple, ya con aguas mineralizadas, deberá ser considerada en estos casos, así como en la mayor parte de las enfermedades de las mujeres, como un excelente medio reconstituyente.

TUMORES DE LA VAGINA

QUISTES DE LA VAGINA

Los quistes de la vagina constituyen una afección bastante rara, y poco y mal conocida hasta el presente, aunque algunos trabajos publicados sobre este punto en estos últimos años hayan hecho alguna luz sobre sus diferentes variedades.

Anatomía patológica. — La opinión de que los quistes de la vagina eran debidos á una retención glandular ha sido generalmente admitida por la mayor parte de los autores (Huguier, Guérin), y sostenida hace poco tiempo aún por Preuschen (1).

Huguier ha llegado hasta á dividir los quistes en superficiales y profundos, según la clase de glándula que les da origen.

Hay una objeción primordial que hacer á esta teoría, y es que, excepto hácia el orificio vulvar, la mucosa de la vagina no posee glándulas, según resulta de las observaciones de Kölliker, Frey, Robin, Pouchet, etc., y de todas las que hemos hecho nosotros mismos. La idea del origen glandular de estos quistes ha sido, pues, generalmente abandonada (2).

Nosotros los dividiremos en *superficiales* y *profundos*.

QUISTES SUPERFICIALES

Los quistes superficiales de la mucosa vaginal varían desde el tamaño de una lenteja al de una avellana. Su superficie es pulimentada, lisa y brillante. Unos se adhieren por una ancha base á los tejidos subyacentes, y otros son más ó menos pediculados, dando origen á una especie de pólipos.

Su pared es delgada y trasparente; su contenido consiste en un líquido más ó menos filamentoso, generalmente incoloro.

Estos quistes son debidos á dos modos de formación diferentes. O bien resultan del abultamiento de las capas superficiales del epitelio, ó bien de

(1) Preuschen, *Die Cysten der Vagina*, *Centralblatt für med.*, 1871, pág. 773.

(2) Eustache, *Mémoire sur les kystes du vagin*. (*Archives de Toxicologie*, 1878, página 191.)

pequeños mixomas (1). Nosotros no hemos tenido nunca ocasion de estudiar estas formas superficiales.

Cuando están situados en la parte inferior, en las cercanías de la vulva, nada se opone á que se admita su origen glandular. Huguier dice haberlos encontrado frecuentemente cerca de la uretra. En este último caso no se trata ya de quistes vaginales, sino más bien de quistes vulvares, puesto que, para nosotros, es el hímen ó las carúnculas mirtiformes el límite inferior de la vagina.

Winckel ha descrito una variedad que él ha observado en las mujeres embarazadas tan sólo (2). En estos casos existiría una produccion de numerosos quistes aglomerados y prominentes sobre la mucosa engrosada.

Éstos se encuentran lo más frecuentemente en la parte superior del conducto vaginal. Situados muy superficialmente, se destacan por su coloracion gris del tinte rojo vivo de la mucosa ambiente. Su volúmen apenas excede al de un cañamon ó de un guisante.

El líquido que contienen es más seroso, ménos filamentososo que el de los quistes ordinarios. Se han visto tambien algunos cuyo contenido era gaseoso y que se aplastaban si se les pinchaba, produciendo el ruido característico del aire cuando se escapa por una abertura pequeña. (Winckel.) Los puntos que ocupaban estaban cubiertos de una capa moco-purulenta muy espesa. Puede decirse que se trata en tales casos de una especie de vaginitis quística de las mujeres embarazadas.

QUISTES PROFUNDOS

Los quistes profundos han sido mejor estudiados que los precedentes, al ménos en su estructura anatómica. Están situados por debajo de la mucosa, de la cual son completamente independientes, y hasta están separados de ella por una espesa capa de tejidos.

Ordinariamente están colocados á cierta distancia del orificio vulvar (cuatro ó cinco centímetros), y más frecuentemente en la pared anterior (3).

La mayor parte de las veces, estos quistes son únicos (82 por 100). Las observaciones en las cuales existían dos ó más son mucho más raras, y la observacion en que más se han citado eran cinco en una misma vagina. (Kiwisch.)

Sus paredes son mucho más gruesas que las de los quistes superficiales.

Su contenido es muy variable. Unas veces claro, mucoso, filamentososo, presenta en otros casos una coloracion oscura, de color de chocolate.

(1) Eustache, *loc. cit.*, pág. 207.

(2) Winckel, *Ueber die Cysten der Scheide, insbesondere eine bei Schwangerern vorkommende Colpolyhyperplasia cystica.* (*Archiv. für Gyn.*, 1871, t. II, pág. 383.)

(3) En los 50 casos reunidos por Winkel, 19 estaban situados en la parte anterior, 14 en la posterior, y 5 solamente en las paredes laterales.

La cavidad quística está revestida de una capa de epitelio cilíndrico aplastado que la impregnación de plata nos ha permitido estudiar bien.

Los quistes profundos alcanzan proporciones mucho más considerables que los superficiales. Se han visto algunos que presentaban las dimensiones de una nuez, de un huevo de gallina, de una pera, y hasta de una naranja (1).

El origen de estos quistes profundos es todavía bastante oscuro. La hipótesis de su punto de partida glandular no resiste á un exámen atento de los hechos.

Para algunos autores resultarían de una formación comparable á la de las bolsas serosas accidentales. (Verneuil.) Pero en las bolsas serosas existe un revestimiento endotelial compuesto de grandes células planas, muy diferentes del epitelio que tapiza las que nosotros hemos observado.

Se ha admitido que podían producirse en los canales de Gartner restos del canal de Wolf que persisten hasta la edad adulta en ciertas especies animales.

Este origen, aunque posible en ciertos casos, no ha sido demostrado nunca, y tiene en su contra la rareza de los quistes vaginales situados en las partes laterales (2 1/2 por 100); además, la persistencia de los canales de Gartner es un hecho excepcional en la mujer adulta.

Las colecciones sanguíneas arrolladas en las paredes vaginales (hematomas) pueden ser igualmente, según algunos anatómicos, el punto de partida de formaciones quísticas.

Finalmente, se han observado en la vagina quistes multiloculares, revestidos de formas epiteliales diversas, y presentando eminencias ó mamelones comparables á lo que se ve en ciertos quistes del ovario (2). La presencia del epitelio vibrátil sobre la superficie de algunos de estos tumores aumenta todavía más la similitud (3).

Síntomas. — Los quistes de la vagina tienen ordinariamente un curso lento, y pasan á menudo desapercibidos. Huguier cita un caso en que el tumor quístico había durado 17 años sin producir accidentes.

Los síntomas subjetivos son nulos algunas veces.

En otras circunstancias, los quistes traen como consecuencia una gran molestia para las enfermas, y á veces hasta verdaderos sufrimientos. Ya es una sensación de peso en la región perineal; ya dolores y tirantez lumbares, comparables á lo que se observa en el prolapso uterino; ya desórdenes de la micción, una dificultad muy grande ó una imposibilidad para

(1) Beigel, *loc. cit.*, t. II, pág. 599. Hörder ha citado un caso de quiste de la vagina del tamaño del puño, de rápido desarrollo. (*Arch. f. Gyn.*, t. IX, pág. 324.)

(2) *Zusammengesetzte Cyste der Scheide.* (Kaltenbach, *Arch. f. Gyn.*, 1873, t. V, página 138.)

(3) Preuschen, *loc. cit.*, pág. 774.

las funciones de la cópula acusadas por la enferma. La inflamacion de la mucosa alrededor de los quistes produce un flujo blanquecino ó verduoso, como en la vaginitis aguda.

El exámen por medio del espéculo, especialmente del univalvo de Sims, permitirá apreciar los caracteres del tumor.

Éste no pasa del orificio vulvar, ó bien, por su crecimiento sucesivo, viene á salir fuera de la vulva. Es indolente, regular, blando, fluctuante, ordinariamente sentado, más raras veces pediculado, al ménos en los quistes profundos. La mucosa que le recubre ha conservado su aspecto normal, y no se adhiere al tumor, que es movable sobre los tejidos subyacentes.

En casos raros, la mucosa se inflama al nivel de la tumefaccion, sobre todo si dos quistes están situados el uno frente del otro, en las paredes opuestas de la vagina (1), lo cual ocasiona roces. Á consecuencia de estas inflamaciones el quiste puede formar absceso y curarse de este modo espontáneamente. Sin embargo, lo más frecuentemente, el líquido se reproduce, ó persiste una abertura fistulosa que deja fluir un pus más ó ménos fétido. En muchas enfermas, los fenómenos morbosos presentan una exacerbacion durante el período menstrual.

Diagnóstico. — Los quistes de la vagina no deben confundirse con los que se desenvuelven en la glándula vulvo-vaginal ó en su canal escretor, y que ya hemos estudiado. Estos últimos ocupan el espesor ó la parte anterior de los pequeños labios, miéntras que los quistes vaginales están situados más arriba en la parte posterior, lo más frecuentemente en el tabique véstico ó recto-vaginal.

Por falta de un exámen detenido se han confundido las producciones de este género con un prolapso uterino, y han sido tratadas por medio de los pesarios. Solamente un exámen incompleto puede permitir que se confunda tambien un quiste con un pólipa del útero.

El tacto, practicado cuidadosamente, bastará para distinguir los tumores de las regiones vecinas que forman eminencia en la vagina, con los que hayan tomado origen en el conducto mismo. Se han citado quistes de las glándulas uretrales prominentes en la vagina, y semejándose á un quiste desarrollado á expensas de este último órgano (2).

Se han referido ejemplos de cistoceles y de rectoceles tomados por quistes vaginales.

El cistocele se produce de dos maneras diferentes. Ó bien todos los tejidos toman parte en el tumor herniario, cuya mucosa, engrosada y rugosa, presenta un aspecto absolutamente distinto del de la superficie lisa y tensa del quiste, ó bien la vejiga forma hernia á través de una hendidura ó

(1) Observacion de Eustache, *loc. cit.*, pág. 195.

(2) Preuschen, *loc. cit.*, pág. 774.

una fisura de los tejidos que constituyen la vagina. En este último caso, la semejanza exterior de los dos tumores será más grande. Pero el cistocele es reductible, lo que no sucede con la producción quística. En fin, la introducción de un catéter en la vejiga decidirá inmediatamente la cuestión. Para apreciar bien los signos del rectocele se introducirá un dedo encorvado en el recto, y otro en la vagina.

Pronóstico. — El pronóstico de estos tumores es esencialmente benigno, hasta el punto que pasan con frecuencia desapercibidos por las enfermas, y que éstas rehusan á menudo la pequeña operacion que podría des-embrazarlas de ellos. Todos los casos no son tan favorables, y los quistes pueden producir dificultades, ya sea para la marcha, ya para las relaciones sexuales. Hasta deben tenerse en cuenta como causa de esterilidad. La vaginitis, la leucorrea y las inflamaciones tegumentarias, que son su efecto, presentan tambien inconvenientes.

Cuando el tumor sobresale por la vulva puede acarrear un prolapso vaginal. Bajo la influencia del parto se inflama algunas veces y ocasiona una fistula.

Etiología. — Nos hemos extendido ya suficientemente sobre el origen anatómico de los quistes de la vagina, para que sea necesario repetirlo aquí.

Se ha invocado un gran número de causas como productoras de estas afecciones. En primer lugar, el embarazo y el parto. Las heridas, las picaduras con un cuerpo introducido en la cavidad vaginal. El abuso del coito ha sido tambien considerado como causa, y se ha aducido como prueba de esta etiología la mayor frecuencia de los tumores quísticos hácia la mitad de la pared anterior, debajo de la sínfisis pubiana, punto donde las frotaciones del pene son más activas.

A pesar de estas diferentes hipótesis, se ve que estamos aún poco ilustrados sobre su etiología. Se han observado en todas las edades y en todas las condiciones, hasta en las mujeres vírgenes y en las recién nacidas (1). Los casos de vaginitis quísticas no se han observado hasta el presente más que en mujeres embarazadas (2).

Tratamiento. — La edad de las enfermas debe entrar en gran consideración para decidimos á adoptar un tratamiento. En las mujeres que han llegado al período de reposo de los órganos sexuales, debemos abstenemos generalmente de toda intervencion. No sucede lo mismo en los sujetos jóvenes, para los cuales esta afeccion puede aportar un gran desórden en las funciones genitales.

(1) Winckel, *loc. cit.*, pág. 395.

(2) Nücke, *Ueber die sogenannte Colpohyperplasia cystica*, 1876. (*Arch. f. Gyn.*, tomo IX, pág. 461.)

La puncion del quiste va casi siempre seguida de la reproduccion del liquido.

La puncion, asociada á la inyeccion iodada, ha sido igualmente seguida de recidivas, ó bien ha sido necesario continuar las inyecciones durante cierto tiempo, y áun en estas condiciones se ha visto persistir un trayecto fistuloso.

El mejor procedimiento consiste en la incision, completada por la excision de los bordes del quiste, cuyo fondo se pondrá á descubierto de este modo.

Se puede recurrir igualmente á una incision crucial, con cauterizacion de la cavidad por medio del nitrato de plata, repetida hasta completar la cicatrizacion.

Si el tumor puede pediculizarse, la excision, y despues la cauterizacion, de la pequeña herida que resulta constituyen un procedimiento de los más fáciles.

Cualquiera que sea el método operatorio que se emplee, las inyecciones detersivas deberán continuarse miéntras dure el tratamiento.

La vaginitis quística de las mujeres embarazadas desaparece espontáneamente despues del parto. No exige, pues, ningun otro tratamiento especial que los baños y los cuidados higiénicos durante la gestacion.

VEGETACIONES DE LA VAGINA

Algunas veces se encuentran en la vagina las diversas formas de vegetaciones que hemos descrito al ocuparnos de las enfermedades de la vulva. Estas producciones, mucho ménos frecuentes en esta region que en el orificio vulvar, aparecen sobre todo en la parte inferior ó en los fondos de saco; son muy raras en la parte média.

Las causas que las producen son aquí las mismas que en la vulva, principalmente el embarazo y la blenorragia. En una enferma embarazada de tres meses que hemos tenido ocasion de examinar, la parte inferior de la vagina estaba casi completamente obliterada por grupos de vegetaciones. Las funciones de la cópula se habfan hecho imposibles, y por este motivo había venido aquella mujer á demandar nuestros consejos. La introduccion del dedo era difícil y dolorosa, y el uso del espéculo, áun del espéculo virginal, imposible. No habfa vegetaciones en la vulva ni en la parte média del conducto vaginal; pero se encontraban en gran abundancia en los fondos de saco, sobre todo en el posterior, y en el cuello del útero.

No repetirémos aquí lo dicho sobre la estructura de estos papilomas, que, por lo demas, no presentan nada de particular en esta region.

Bajo la influencia de la vaginitis se ve desenvolverse con bastante frecuencia una serie de granulaciones diseminadas en la superficie de la

mucosa. Ya hemos indicado estos hechos anatómicos al tratar de la vaginitis granulosa.

SARCOMA DE LA VAGINA

El sarcoma parece ser una forma de tumor bastante rara en la vagina.

Unas veces es primitivo, y otras consecutivo á un sarcoma uterino. Se le ve revestir la disposicion de infiltracion difusa como el cáncer, ó de tumor circunscrito tomando la apariencia de un fibromioma.

Es posible confundir, hasta bajo el punto de vista anatómico, un sarcoma con un tumor fibroso inflamado.

Los puntos inflamados de un fibromioma están constituidos, en efecto, por tejido embrionario como el sarcoma, y sólo con un exámen atento de las diversas partes del tumor se podrá llegar á formar un diagnóstico histológico cierto (1).

CUERPOS FIBROSOS Y PÓLIPOS DE LA VAGINA

Los cuerpos fibrosos son mucho más raros en la vagina que en el útero. Se ha dicho que las producciones de este género observadas en esta region tenfan su punto de partida en el útero y descendían poco á poco entre las paredes vaginales. Este último origen es indudable. Pero está bien demostrado igualmente que los cuerpos fibrosos pueden tomar origen en los diversos puntos del conducto vaginal, donde encuentran, por lo demas, sus elementos constitutivos, tejido conjuntivo y fibras musculares lisas (fibromiomas). Dichos tumores, unas veces son sentados y otras pediculados, dando lugar á verdaderos pólipos. Están situados debajo de la mucosa, en la capa fibro-muscular ó en el tejido conjuntivo que rodea la vagina.

Los tumores submucosos son generalmente pequeños y no exceden de las dimensiones de un guisante ó de una avellana. Los que están situados á más profundidad alcanzan algunas veces proporciones mayores.

Como veremos al hablar de los tumores fibrosos uterinos, la relacion que existe entre la cantidad de tejido fibroso y de tejido muscular varfa mucho segun los casos.

Los pólipos fibrosos de la vagina son frecuentemente más ricos en vasos que los desarrollados á expensas del tejido uterino.

Estos fibromas, como los del útero, pueden sufrir una serie de trasformaciones. Se les ve ulcerarse, inflamarse y gangrenarse.

Muchos ginecólogos admiten la existencia en la vagina de pólipos mu-

(1) Kaschewarowa, *Arch. de Virchow*, t. LIV, pág. 73, y Spiegelberg, *Zu den Sarkomen des Uterus und der Scheide*. (*Arch. f. Gyn.*, t. IV, pág. 344.)

cosos (1). Estas producciones, si existen, son en todo caso muy raras, y, careciendo de exámen histológico, no tenemos ninguna nocion sobre su estructura.

Síntomas. — Los síntomas á que dan lugar los pólipos vaginales son á menudo más acentuados que los que se observan en los pólipos del útero. Son hemorragias vulvares y flujos más ó ménos saniosos. Si los tumores han adquirido cierto volúmen, las enfermas experimentan dolores lumbares, una sensacion desagradable de presion en la pélvis. La miccion y la defecacion se perturban algunas veces. La union sexual es dolorosa, difícil, y á veces hasta imposible, y ocasiona hemorragias como consecuencia.

Diagnóstico. — Si los fibromas de la vagina no han alcanzado grandes dimensiones, su diagnóstico es fácil. Un tumor indolente, duro, claramente circunscrito en esta region, casi no puede ser más que un tumor fibroso. Si es pequeño, será tambien fácil darse cuenta de su sitio y de su punto de implantacion.

No sucede siempre lo mismo cuando estas producciones pasan de cierto volúmen. Si se puede introducir el dedo, se comprobará la existencia de un pedículo que se continúa con la pared vaginal y es independiente del hocico de tenca, cuyo orificio no da paso á ningun cuerpo extraño. La confusion de un pólipo de la vagina con un prolapso uterino no podrá existir sino á falta de un exámen suficiente. Si el tumor llena toda la cavidad vaginal, y la introduccion del dedo es imposible, se puede tropezar con grandes dificultades para precisar el sitio y las relaciones del neoplasma.

En estos casos se recurrirá al tacto rectal, y quizás hasta el tacto rectal por el método de Simon.

Pronóstico. — El pronóstico de los tumores fibrosos de la vagina difiere segun sean ó no pediculados. Si la base de implantacion ocupa una ancha superficie, la operacion podrá ser laboriosa; si, por el contrario, es posible limitar un pedículo, no presentará ninguna dificultad. Las hemorragias á que expone esta afeccion á las enfermas presentan cierta gravedad por sí mismas.

Los grandes tumores pueden acarrear, á consecuencia de la compresion de la uretra, todos los temibles accidentes de las retenciones de orina.

Etiologia. — Se han observado fibromas de la vagina desde la edad de 8 y 15 años hasta los 60 (2). Sin embargo, estas clases de tumores, desarrollados primitivamente en dicha region, deben ser bastante raros para que Virchow diga que no los ha observado nunca (3).

(1) Beigel, *loc. cit.*, t. II, pág. 589, y Klob, *loc. cit.*, pág. 428.

(2) Beigel, *loc. cit.*, t. II, pág. 591.

(3) Virchow, *Traité des tumeurs*, traduccion francesa, t. III, pág. 411.

Tratamiento. — El tratamiento consistirá siempre en la ablacion del tumor. Segun que se adhiera ámpliamente á los tejidos ambientes, ó que su base de sustentacion sea más delgada, se empleará un método operativo diferente.

Las hemorragias parece que son más de temer despues de la ablacion de los tumores vaginales que despues de la de los tumores uterinos de la misma naturaleza. Se deberá, pues, obrar con más precauciones si se practica la seccion del pedículo.

CÁNCER DE LA VAGINA

Anatomía patológica. — El cáncer de la vagina es, las más veces, consecutivo á un cáncer del útero. Se ha visto desarrollarse, sin embargo, estos neoplasmas primitivamente en la cavidad vaginal.

Las diversas formas del cáncer, carcinoma y epiteloma deben encontrarse en esta region. En los casos raros en que se ha mencionado el exámen histológico se trataba de carcinomas (1).

En un trabajo reciente, Küstner ha reunido 22 observaciones de cáncer primitivo de la vagina (2).

Resulta del análisis de estas observaciones que es casi siempre la pared posterior la atacada en el cáncer primitivo, al revés de lo que se observa en el cáncer secundario, que invade con preferencia la pared anterior. (Cruveilhier.)

Síntomas. — Los síntomas del cáncer de la vagina son casi los mismos que los del cáncer del cuello del útero: flujos por la vulva de un líquido sanguinolento, sanioso, que contrae frecuentemente un olor repugnante; ó bien, alternativas de flujo sanioso y de verdaderas hemorragias.

El dolor, variable en cuanto á su principio y en cuanto á su intensidad, se presenta en el cáncer de la vagina más próximamente al período inicial que en el cáncer del útero. (West.)

Las enfermas experimentan, ademas, todos los síntomas que acompañan á los tumores vaginales en general: tirantez, sensacion de peso en la pelvis, prurito y escozor en la region vulvo-perineal.

Estas producciones cancerosas se presentan bajo dos formas principales. Unas veces se encuentra una infiltracion con engrosamiento de toda la pared vaginal, y en algunos sitios pequeñas eminencias mamelonadas. Otras veces se observa un tumor limitado, circunscrito, redondeado, he-

(1) *Société anatomique*, 1874, pág. 588. — *Examen histologique* de Monod. — Observacion de Beigel, con figuras, en la que el útero estaba absolutamente sano. (*Loc. cit.*, t. II, página 604.)

(2) Küstner, *Ueber den primären Scheidenkrebs*. (*Arch. f. Gyn.*, t. IX, pág. 279.)

misérfico. El cáncer secundario presenta las diversas variedades que estudiaríamos para el cáncer del cuello del útero.

Diagnóstico. — Un tumor canceroso de la vagina, casi no podría confundirse más que con un cuerpo fibroso de la misma region. La diferente consistencia, igualmente resistente y elástica sobre todos los puntos en el cuerpo fibroso, blando y duro alternativamente en el cáncer, servirán para distinguirlos.

El cuerpo fibroso tiene una superficie regular, lisa, sin abolladuras; el tumor canceroso, por el contrario, es irregular, granuloso, abollado. En fin, la caquexia cancerosa no tarda en presentarse en las enfermas atacadas de tumores malignos, lo cual no sucede en los fibromiomas.

Pronóstico. — El pronóstico del cáncer de la vagina participa de la gravedad que entraña siempre el cáncer, cualquiera que sea su sitio. La vecindad de la vejiga y del recto hará á menudo difícil la ablacion.

Etiología. — El cáncer de la vagina, como el del útero, apenas aparece antes de la pubertad (1).

Tratamiento. — Se deberá intentar la ablacion del tumor siempre que sea posible aislarle sin lesionar los órganos vecinos.

Algunas veces se tendrá ocasion de combatir las hemorragias abundantes ó el flujo de líquidos pútridos, contra los cuales son insuficientes las curaciones desinfectantes. En estos casos se puede uno ver obligado á practicar operaciones paliativas y á extirpar, por medio de las tijeras de asa ó del cuchillo galvano-cáustico, los mamelones que dan lugar á estos accidentes.

TUBÉRCULOS DE LA VAGINA

La tuberculizacion de la vagina es rara. Existen, sin embargo, algunos hechos bien observados y comprobados por un exámen histológico (2). En todos los casos citados había al mismo tiempo tubérculos en otros órganos.

Weigert ha encontrado en una mujer de 67 años, con una tuberculósia de los pulmones y del peritoneo, tubérculos situados en la parte superior de la vagina, estando absolutamente sana la mucosa uterina (3).

(1) Entre los 22 casos reunidos por Küstner, 2 se habían desarrollado entre los 15 y 20 años, 2 de los 21 á los 30, 9 de 31 á 40, 4 de 41 á 50, 4 de 51 á 60, y, en fin, uno desde los 60 á los 70. Estas cifras corresponden casi á lo que sabemos respecto de la edad en que se desenvuelve, con el máximum de frecuencia, el cáncer del útero.

(2) Klob, *loc. cit.*, pág. 432.

(3) Weigert, *Arch. de Virchow*, t. LXVII, pág. 264.

LESIONES SIFILÍTICAS DE LA VAGINA

Las manifestaciones de la sífilis son poco frecuentes en la vagina. El chancro es completamente excepcional (1).

Cuando existe es, sobre todo, hácia la region vulvar ó vulvo-vaginal, y, entónces, la lesion tanto puede considerarse vulvar como vaginal.

La ulceracion chancrosa, rara en la extremidad superior, todavía lo es más en toda la extension de la porcion média.

Se han emitido muchas hipótesis para explicar esta especie de inmunidad de la vagina para la sífilis, mientras que su papel de órgano copulador parecía, por el contrario, exponerlo más que ningun otro. La ausencia de glándulas, y por consecuencia de orificios glandulares, y la capa espesa de epitelio pavimentoso que lo reviste, deben ciertamente tenerse en cuenta para explicar esa rareza del chancro en las paredes vaginales. Lo que acabamos de decir relativamente al chancro se aplica igualmente á las sifilides.

A estas últimas, casi no se las observa más que en el anillo vulvo-vaginal ó en la mucosa de los fondos de saco.

Las del anillo vulvo-vaginal revisten, lo más frecuentemente, las formas erosiva ó ulcerosa; la pápula verdadera es rara en este punto.

En la extremidad superior de la vagina, por el contrario, las sifilides son casi siempre papulosas y están constituidas por pequeñas pápulas redondas ú ovals, de la dimension de una lenteja próximamente.

Unas veces son rosáceas, diferenciándose poco por su color del de la mucosa ambiente, ó bien son amarillentas ó azuladas y opalinas, y forman, por consecuencia, un contraste sorprendente con los tejidos que las rodean. Su borde es á veces de un color rojo vivo.

CUERPOS EXTRAÑOS INTRODUCIDOS EN LA VAGINA

Los cuerpos extraños introducidos en la vagina, que las más veces se dejan permanecer con un objeto terapéutico, son los pesarios de diversas formas. Éstos, despues de una permanencia prolongada, se incrustan de sales calcáreas, ó bien la irritacion que producen en las paredes da lugar á la formacion inflamatoria de mamelones carnosos, que acaban por rodear al pesario y fijarle en el punto que ocupa.

(1) Todas las estadísticas están de acuerdo en este punto. Entre 249 casos de chancros sifilíticos en la mujer, Fournier no ha encontrado más que uno sólo situado en la vagina, y todavía era bastante dudoso el diagnóstico, porque faltaban datos en el interrogatorio. (Fournier, *loc. cit.*, pág. 69.)

Así producidas las ulceraciones, podrían adquirir una profundidad suficiente para determinar fistulas vésico ó recto-vaginales.

Entre los cuerpos extraños introducidos en la vagina bajo la influencia de una impulsión erótica, encontramos los objetos más diversos. Pedazos de madera, estuches, botes de pomada, vasos, frutas, copas de cerveza (1). Se ha visto una canilla de tejedor permanecer así olvidada durante 22 años, y no ser reconocida hasta cuando hubo que practicar las maniobras necesarias para operar una fistula vésico-vaginal que aquel objeto había causado (2).

Las concreciones calculosas de la vagina se producen consecutivamente á las fistulas vésico-vaginales.

La tolerancia de este órgano en presencia de los diversos cuerpos extraños es tal, que á menudo pasan desapercibidos durante numerosos años.

PARÁSITOS DE LA VAGINA

El hongo del muguet (*oidium albicans*) se encuentra con frecuencia en la mucosa vaginal.

Los síntomas que acompañan al desarrollo del parásito son nulos algunas veces; en otros casos existe un enrojecimiento y una inflamacion de la mucosa que ocasiona un flujo abundante y violento prurito.

Se ha querido atribuir cierta importancia á la existencia, tan frecuentemente comprobada, del *trichomonas vaginalis* (3). La significacion de este parásito es absolutamente negativa. Se le observa en los líquidos vaginales bajo la influencia de las causas más diversas. Otro tanto sucede con otros infusorios, cuya presencia no se ha podido atribuir hasta el presente á ninguna forma morbosa.

El *oxiuro vermicular*, que produce en los niños un prurito tan intenso hácia la region vulvo-anal, pasa á menudo desde el ano á la vulva y penetra en el interior de la vagina.

Tratamiento. — Contra el *oidium* se empleará una disolucion de borato de sosa.

Los otros parásitos serán destruidos con frecuentes cuidados de limpieza y las inyecciones con el coáltar ó con el ácido fénico.

Los oxiuros desaparecerán por el tratamiento que ya hemos aconseja-

(1) Klob, *loc. cit.*, pág. 432.

(2) Véase Beigel, *loc. cit.*, t. II, pág. 606, para la bibliografía de las observaciones citadas.

(3) Donné y Dujardin. — Véase Moquin-Tandon, *Eléments de Zoologie médicale*, página 423, y Gasser, *Des parasites des organes génitaux de la femme*, tésis de doctorado de París, 1874, pág. 32.

do al hablar del prurito vulvar producido bajo la influencia de estos mismos entozoarios.

PROLAPSO DE LA VAGINA

El prolapso de la vagina puede producirse sólo, ó bien ser acompañado de la dislocacion de uno de los órganos vecinos, útero, vejiga ó recto. El segundo caso es el más frecuente; pero aquí nos ocuparemos, sobre todo, de lo que se refiere al prolapso no complicado, ó prolapso simple.

Anatomía patológica. — El prolapso vaginal no se produce casi nunca más que en la pared anterior ó en la posterior. Las partes laterales no participan del prolapso, lo que se explica por la estructura de este conducto, cuyos cambios de diámetro se efectúan siempre á expensas de sus paredes anterior y posterior. El prolapso de la pared anterior es mucho más frecuente.

La disposicion anatómica de la vagina, la laxitud del tejido conjuntivo que la rodea, y sobre todo su gran riqueza en tejido elástico, facilitan el prolapso de este órgano. Es sabido, en efecto, que los tejidos elásticos, cuando han sufrido un grado de distension sobrado considerable, cuando han sido forzados, por decirlo así, no pueden ya volver á sus dimensiones normales primeras.

El prolapso de la vagina se complica muy frecuentemente de cistocele, de rectocele ó de caída del útero.

Síntomas. — El prolapso vaginal forma entre los grandes labios un tumor constituido por la pared dislocada.

La mucosa que lo recubre está unas veces sana, y otras más ó menos escoriada. Cuando la afeccion data de cierto tiempo, la superficie mucosa adquiere todos los caracteres aparentes de la piel.

Si el tumor se ha formado á expensas de la *pared anterior*, ésta se halla separada de la parte correspondiente de la pélvis por un espacio más ó menos considerable. El dedo, siguiendo su cara posterior, llegará al cuello del útero, situado normalmente, ó, lo que es mucho más frecuente, habiendo sufrido cierto grado de descenso.

Si es la *pared posterior* la que constituye la parte herniada, ésta se continúa por detras con la comisura posterior de los grandes labios, de la cual no está separada más que por un ligero divertículum, que apenas admite la extremidad del dedo. Deslizándolo el dedo por su parte anterior es cómo se llega al hocico de tenca.

Algunas veces concurren las dos paredes á la formacion del prolapso. En tales condiciones es aún la pared anterior la que sufre mayor prolapso.

Los accidentes generales causados por la afeccion que nos ocupa son los mismos que los que se observan en los casos de prolapso uterino.

Estas manifestaciones morbosas, ménos acentuadas en el primero que en el segundo caso, consisten en una sensacion de tirantez en la region lumbar, acompañada de dolores más ó ménos intensos.

Las enfermas experimentan igualmente desórdenes de la miccion y de la defecacion, sobre todo si hay complicacion de cistocele ó de rectocele.

En el prolapso de la vagina, el útero, aunque haya conservado su posicion normal, puede ser atacado de metritis y presentar ulceraciones. Es evidente que, en estas condiciones, los síntomas de la afeccion uterina vendrán á complicar á los otros.

Diagnóstico. — Los caractéres del tumor, apreciados por medio de la vista y del tacto, harán reconocer fácilmente su naturaleza.

Si el prolapso va acompañado de cistocele, la introduccion de una sonda permitirá juzgar del grado de la lesion. El tacto rectal dará el mismo resultado respecto al rectocele.

Pronóstico. — El pronóstico de esta afeccion no es grave. Es más bien una enfermedad que una lesion que comprometa la existencia.

Sin embargo, el prolapso simple es á veces más difícil de curar que el descenso uterino, y casi no puede mantenerse reducido más que á beneficio de una operacion quirúrgica.

Etiología. — La estructura de la vagina y la distension considerable que sufre bajo la influencia de la gestacion y del parto nos explican por qué este último desempeña un papel tan principal en la etiología del prolapso de la vagina.

Cuando la dilatacion á que este órgano se halla sometido es mayor que el grado de su elasticidad, traspasando los límites que le están asignados, se produce frecuentemente el prolapso. Además, el reblandecimiento que la preñez imprime al tejido conjuntivo facilita todavía esta disposicion.

Fuera del embarazo, los neoplasmas desarrollados en el útero producen un efecto análogo.

Los tumores situados en el fondo de saco posterior, las colecciones líquidas, la ascítis, se han invocado también como causa de esta afeccion.

La costumbre que las mujeres se imponen de retener largo tiempo la orina en la vejiga acarrea una distension de sus reservorios que, si las circunstancias son favorables, puede ser el punto de partida del prolapso. La dilatacion de la vejiga produce una distension secundaria de la vagina. Ésta pierde su tonicidad, se trasforma en este punto en una bolsa flácida, sin resistencia, y acaba por formar una especie de divertículum que viene á herniarse en la vulva.

La vaginitis crónica, invadiendo el tejido submucoso, causa un estado de reblandecimiento de esta capa que facilita las dislocaciones.

La relajacion del músculo constrictor, en las mujeres múltiparas, las desgarraduras del perineo, no dejan de tener influencia en la produccion del prolapso vaginal.

En las mujeres ancianas, la disminucion de consistencia de los tejidos se acompaña de un estado de relajacion que predispone igualmente al padecimiento que nos ocupa. Y esta forma sería, en verdad, más frecuente si con los progresos de la edad no se viera producirse al mismo tiempo una atrofia de los órganos genitales que invade hasta la misma vagina, aunque en menor grado que al útero y á los ovarios.

El prolapso vaginal es á menudo secundario, y se desarrolla bajo la influencia del cistocele, del rectocele ó de un descenso del útero. En este último caso, es la parte superior del conducto la primera que desciende, invaginándose en la inferior.

Tratamiento.— Nos remitimos para el tratamiento á lo que concierne al prolapso completo del útero y á los medios que la Cirujía pone á nuestra disposicion para remediarle.

DE LAS HERNIAS DE LA VAGINA

Se dice que hay hernia de la vagina cuando un órgano situado en sus inmediaciones se disloca y viene á sobresalir en este conducto, dando lugar á un tumor más ó ménos voluminoso.

Las hernias que se observan más frecuentemente en esta region son:

- 1.º Las hernias véstico-vaginales ó cistoceles;
- 2.º Las hernias recto-vaginales ó rectoceles;
- 3.º Las hernias de cualquiera otra porcion del intestino ó enteroceles.

CISTOCELE VAGINAL

Anatomía patológica.— La hernia de la vejiga es primitiva ó secundaria. Acabamos de ver que la dilatacion del reservorio urinario puede ser el punto de partida del prolapso vaginal. Cuando este último es primitivo, la relajacion que se observa tan frecuentemente en la pared anterior de la vagina arrastra en el fondo de saco, así formado, la parte de la vejiga situada por encima del cuello. La estrecha adherencia que existe entre la porcion inferior de la vejiga y la vagina explica por qué es casi siempre en el mismo punto donde se produce el diverticulum. Los dos órganos concurren así á formar en la vulva un tumor circunscrito y terso. Ó bien, asimismo, contrayéndose á la vejiga, rechaza la orina hácia su fondo, estando cerrado el orificio externo, de donde resulta una dilatacion lenta de esta parte profunda, que se aleja más y más de las paredes abdominales y llega á inclinarse hácia la parte posterior, en una situacion comparable á la del útero en retroflexion. Algunas veces esta disposicion es tan pronunciada, que la vejiga queda dividida en dos cavidades, separadas la una de la otra por una parte estrechada (*fig. 6.^a*).

Se ha visto producirse la hernia de la vejiga á través de una hendidu-

ra, de una dislaceracion de los tejidos, y dar lugar á un tumor limitado, liso, brillante, que se le podría confundir á primera vista con un quiste.

Síntomas. — Además de los síntomas propios del prolapso, el cistocele produce accidentes debidos á la estancacion de la orina en la vejiga, á una miccion incompleta. Las enfermas experimentan en el tumor y en la uretra dolores lancinantes. Éstos se marcan, sobre todo, durante é inmediatamente despues de la emision de la orina. Existe con bastante frecuencia un tenesmo vesical casi continuo.

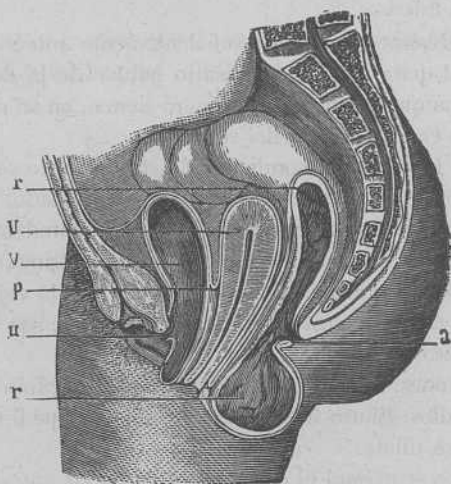


Fig. 6. — Cistocele y rectocele acompañados de prolapso uterino.

r. r. Recto. — U. Utero. — a. Ano. — V. Vejiga. — u. Uretra. — p. Peritoneo, cuya disposicion puede seguir en las diferentes partes de la figura.

No tarda en aparecer una inflamacion de la mucosa vesical, una verdadera cistitis. Las orinas se tornan turbias, amoniacales y contraen un olor fétido.

El cistocele forma entre los grandes labios un tumor de volúmen variable, que aumenta cuando se ha retenido la orina cierto tiempo, y disminuye, por el contrario, al practicar el cateterismo.

Si la vejiga contiene orina, el tumor es blando, elástico, casi fluctuante. Su superficie está formada por la pared anterior de la vagina.

Si la hernia se ha producido á través de una dislaceracion, el tumor reviste, como ya hemos dicho, caracteres esencialmente diferentes.

Diagnóstico. — Para hacer el diagnóstico del cistocele, de la direccion y profundidad del divertículo formado por la vejiga, será necesario emplear una sonda de hombre.

Se la debe introducir con la concavidad del instrumento dirigida hacia atrás; así se penetra con facilidad, y el dedo, llevado sobre la superficie del tumor, percibe claramente el pico de la sonda.

Si se da al catéter una dirección inversa, ó sea con la concavidad dirigida hacia adelante, con frecuencia no puede penetrar, porque tropieza con la pared anterior de la vejiga, á consecuencia de la retroversion de la parte superior de este reservorio.

Pronóstico. — La curación del cistocele es difícil de obtener; no se debe esperar más que en los casos en que la enfermedad es de fecha reciente.

Etiología. — Nos hemos extendido suficientemente sobre la etiología del prolapso vaginal, para que sea necesario hablar de la del cistocele, puesto que las causas que producen el primero tienen, en su mayor parte, la misma influencia en la aparición del segundo.

Tratamiento. — La primera condición del tratamiento será operar la reducción. Se aplicará seguidamente un aparato apropiado, destinado á mantener el tumor reducido, comprimiendo sobre la pared vaginal anterior. Se asociará al tratamiento el uso de inyecciones astringentes: el percloruro de hierro por la vagina, y el nitrato de plata por la vejiga (1).

La sensibilidad vaginal y vesical puede ser tanta, que sea imposible la aplicación del aparato contentivo.

En tales condiciones, la enferma debe guardar el decúbito dorsal y tomar baños prolongados. El uso frecuente de la sonda impedirá que la vejiga se distienda y se dilate.

Al mismo tiempo se evitará el descenso de la pared anterior introduciendo una esponja ó un pesario de aire en la cavidad vaginal.

Finalmente, al cabo de algún tiempo de este tratamiento paliativo se podrá hacer uso del vendaje herniario.

RECTOCELE VAGINAL

Anatomía patológica. — El proceso que hemos estudiado para la hernia véstico-vaginal es casi semejante en el rectocele.

Aproximándose la pared posterior de la vagina al orificio vulvar, arrastra á la parte inferior de la pared anterior del recto. Éste se dilata, hasta el punto de formar un fondo de saco que se alarga más y más y viene á salir por la vulva, doblando así el prolapso vaginal. Se han visto tumores de esta índole, situados entre los grandes labios, alcanzar las dimensiones de una naranja. Comprendían toda la parte inferior de la pared rectal y estaban llenos de materias fecales redondeadas y endurecidas.

(1) Scanzoni, *loc. cit.*, pág. 431.

Síntomas. — El rectocele no da lugar á ningun accidente algunas veces. En otras enfermas constituye, por el contrario, una grave enfermedad. Las materias fecales se detienen en el divertículum formado por el recto. De esto resulta una constipacion pertinaz. Además, esta estancacion de heces fecales acarrea una inflamacion catarral de la mucosa del recto y ocasiona el desenvolvimiento de tumores hemorroidales.

Diagnóstico. — El diagnóstico del rectocele se hará fácilmente por medio del dedo introducido en el ano, cuya extremidad digital se percibirá con la otra mano aplicada en el tumor, cuya pared se encontrará de este modo situada entre los dos dedos.

Tratamiento. — Nos remitimos al tratamiento del prolapso uterino complicado con rectocele.

ENTEROCELE VAGINAL

Anatomía patológica. — Como las demas especies de hernias vaginales, el enterocele es, ora primitivo, ora secundario.

Cuando los tejidos que rodean y soportan la vagina se encuentran reblandecidos y presentan menor resistencia, las asas intestinales que gravitan sobre su fondo le rechazan hasta que constituye un tumor prominente en la vulva. Ésta es la forma primitiva del enterocele.

El tumor piriforme que resulta está relleno por las asas intestinales.

Ó bien, producido el prolapso vaginal, el intestino se disloca poco á poco y viene á ocupar el divertículum de la vagina. Ésta es la hernia secundaria.

Síntomas. — El enterocele vaginal no ocasiona por lo general ningun accidente. En otros casos, las enfermas experimentan desórdenes digestivos, vómitos, constipacion, junto con cierto grado de meteorismo.

La estrangulacion del enterocele vaginal, casi no se observa más que bajo la influencia del parto.

Diagnóstico. — Miéntras el tumor no aparece al exterior, el enterocele vaginal es difícil de distinguir del simple descenso. Miéntras que el prolapso se produce lo más frecuentemente á expensas de la pared anterior, el enterocele está casi siempre situado en la parte posterior.

Es muy raro observarle hácia adelante, entre el útero y la vejiga, lo cual se explica por la solidez mucho mayor de los lazos que unen estos dos últimos órganos. Cuando el tumor sale por la vulva, la percusion indicará de una manera cierta su naturaleza y su composicion.

Tratamiento. — El tratamiento consiste, en primer término, en reducir el tumor, y luego mantenerle reducido por medio de un aparato que comprima el fondo de la vagina. No nos extendemos sobre la forma que se debe dar á esta clase de vendajes, porque cada caso particular puede presentar indicaciones especiales.

FÍSTULAS DE LA VAGINA

Se da el nombre de fístula á un trayecto accidental dispuesto en canal más ó ménos estrecho y alargado, sostenido por una alteracion local y permanente de los tejidos vivos, y por el cual fluyen pus, productos de secrecion ú otras materias de diversa naturaleza, desviadas de sus reservorios ó de sus conductos naturales (1).

Las fístulas vaginales son bastante frecuentes.

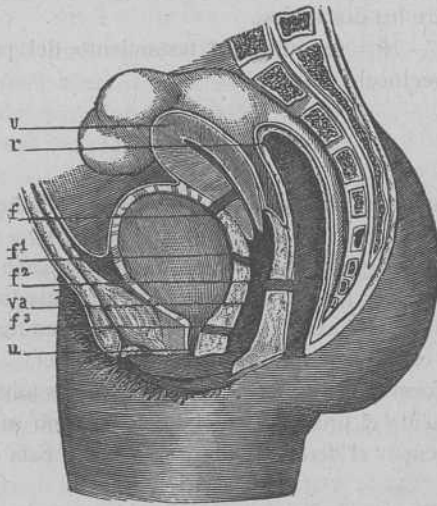


Fig. 7. — Figura que representa el asiento de las principales variedades de fístulas vaginales.

U. Utero. — u. Uretra. — va. Vagina. — f. Fístula vésico-uterina. — f¹. Fístula vésico-vaginal. — f². Fístula recto-vaginal. — f³. Fístula uretro-vaginal.

Lo que se observa con más frecuencia es la fístula vésico-vaginal, y, la que con ménos frecuencia, la fístula recto-vaginal. Hay otras que son todavía más raras, tales como las fístulas vésico-uterinas, de las cuales trataremos separadamente, con algunas variedades, también poco conocidas (figura 7.^a).

FÍSTULAS VÉSICO-VAGINALES

Anatomía patológica. — Consecutivas lo más frecuentemente á un parto, las fístulas vésico-vaginales deberian producirse generalmente en el mismo punto, es decir, en el sitio en que se efectúa la compresion durante

(1) *Compendium de Chirurgie*, t. IV, pág. 591.

este acto fisiológico. Pero las relaciones de la vagina y del útero, en el momento del parto, con la sínfisis pubiana varían según los casos, lo que trae consigo una variación igual en el sitio de la escara.

En las fístulas producidas por la presión prolongada de la cabeza fetal, la pérdida de sustancia está más bien situada en la parte superior de la vagina, y hasta puede interesar la vagina y el cuello uterino (fístulas vé-sico-útero-vaginales), circunstancia muy comprensible y que se explica por el movimiento de ascensión ejecutado por el útero bajo la influencia del embarazo. La fístula resultante de un traumatismo operatorio está lo más á menudo, por el contrario, situada más abajo.

El aspecto y la disposición de los trayectos fistulosos presentan numerosas diferencias. El orificio puede ser único, redondeado, sus bordes delgados y cortantes, ó, por el contrario, gruesos, callosos y levantados. El agujero puede igualmente tener una forma oval ó semilunar, ó no estar representado más que por una simple hendidura.

Las dimensiones de la fístula no tienen en sí nada de regular. Mientras que unas no están constituidas más que por una abertura pequeñísima, apenas visible, otras son enormes, y la pérdida de sustancia es tan considerable que la vejiga y la vagina no forman más que una sola cavidad. Se comprende que entre estos dos extremos deben encontrarse infinitas gradaciones. Por poco grande que sea la abertura, la mucosa vesical, formando hernia en la vagina, se hace visible en la vulva.

Como complicación puede existir un estrechamiento, y hasta una oclusión completa de la uretra, producida por haber cesado de funcionar. Las paredes de la vejiga se engruesan, mientras que su capacidad es menor que en el estado normal. Se observan también estrecheces, atresias más ó menos completas de la vagina, con formación de bridas, consecuencias de la inflamación que acompaña á la eliminación de la escara.

Se ven con bastante frecuencia inflamaciones de vecindad, tales como pericistitis, perimetritis, de donde resultan adherencias que pueden aumentar las dificultades del manual operatorio. Por lo general, cuanto más reciente es la fístula, mayores son sus dimensiones. Á menudo, al cabo de cierto tiempo, la exuberancia de mamelones carnosos forma una especie de puente y oculta en gran parte el orificio.

En las mujeres que padecen esta enfermedad, los órganos genitales externos están húmedos, pálidos ó de un rojo azulado, presentando erosiones más ó menos profundas, cuya superficie puede supurar.

Las excrecencias y las diversas formas de vegetaciones acompañan á menudo á las fístulas, tanto más cuanto más antiguas son.

En las que son muy extensas y se remontan á una época lejana, la vagina está flúida, alargada; la mucosa, de una coloración pálida, es lisa y tiene una gran tendencia á revestir el aspecto cutáneo. Sus paredes están engrosadas é induradas.

Los bordes de la herida están muchas veces incrustados de concreciones calcáreas, ó bien existen verdaderos cálculos en la vejiga ó en la vagina. Los orificios de los trayectos fistulosos pueden ser múltiples y coexistir muchas variedades en un mismo sujeto.

Síntomas. — El principal síntoma de las fístulas véscico-vaginales es el flujo de orina por la vagina. La disminucion de la cantidad de este líquido emitido por la uretra y el olor urinoso que exhalan las enfermas no tardan en hacer adivinar el diagnóstico é inducir al médico á buscar la lesion local.

Si la pérdida de sustancia es consecutiva á un traumatismo, es ordinariamente comprobada ántes que los accidentes que acarrea. Si se produce poco á poco, por la eliminacion de una escara, las enfermas experimentan dolor en la vagina, dificultad en la miccion, y existe igualmente un estado febril. Pero estos signos no tienen nada de característico, y solamente al cabo de algun tiempo, á menudo de cuatro á ocho días, es cuando la orina fluye involuntariamente por la vulva.

El grado de incontinencia es variable segun las dimensiones de la fístula, y sobre todo segun su sitio. Algunas veces no existe la incontinencia más que en el decúbito dorsal, lo cual se comprende cuando la abertura está situada muy alta en la pared vesical. En otras enfermas, tal ó cual posicion permite conservar la orina, que fluirá involuntariamente en tal ó cual otra. Estos hechos dependen, no solamente del sitio de la lesion, sino tambien de las relaciones de las diferentes partes y de las superficies, que pueden cambiar segun la posicion de la mujer. Se han visto enfermas en las cuales la incontinencia no se producía más que al fin de la miccion.

La menstruacion puede sufrir variaciones en las mujeres atacadas de fístulas. En muchas, sin embargo, la función menstrual no se altera en nada. La concepcion es rara en estas enfermas, por una serie de causas que es inútil desarrollar. Algunos autores han avanzado que este estado patológico predispone al aborto. Esta asercion esta léjos de haber sido probada, y se han visto mujeres, que presentaban fístulas enormes, parir normalmente al término de la preñez.

Hemos dicho que, á consecuencia de la fístula, sobreviene en un pequeño número de casos una obliteracion completa de la vagina. A pesar de esta disposicion anatómica, la concepcion puede efectuarse, practicándose entónces la cópula por la uretra dilatada. Winckel cita una observacion de este género en que la fecundacion se obtuvo por el conducto uretral, y en el cual se produjo un aborto á los cinco meses por la misma vía (1).

Una nueva concepcion, en tales condiciones, entraña siempre peligros, tanto bajo el punto de vista local como del general.

(1) Winckel, *loc. cit.*, pág. 117.

Cuando la lesion no data todavía sino de poco tiempo, el conjunto de la salud no sufre apénas influencia. Pero bien pronto el continuo disgusto causado por el olor de la orina, el escozor, las comezons producidas por las escoriaciones de la vulva y de los pliegues génito-cruales no tardan en afectar al conjunto del organismo.

Las enfermas pierden el sueño, se debilitan y presentan todos los signos de una anemia profunda.

La tristeza resultante de la repugnancia que estas pobres mujeres sienten hácia sí mismas é inspiran á los demas no tarda en aislarlas de sus relaciones y de sus lazos sociales, y en aportar su contingente á las malas condiciones en que se encuentran. Así, se las ve apelar á la ciencia reclamando un alivio y someterse á cualquier operacion para verse libres de su enfermedad.

El estreñimiento es un fenómeno muy frecuente en las mujeres atacadas de fístulas véstico-vaginales. Este estreñimiento, á menudo pertinaz, se ha explicado de diferentes modos. Los unos han pensado (Jobert) que era debida á un espasmo, á una contractura del esfínter, consecutiva á la irritacion permanente del músculo por el contacto del líquido urinario.

Otros han admitido que el flujo más fácil de la orina aumenta su produccion, de donde resulta una pérdida mayor de líquidos para la economía, predisponiendo á la constipacion. El hecho es cierto en sí mismo, y parece demostrado que la escrescion constante y fácil de un producto glandular acarrea una secrecion más abundante que una escrescion intermitente y dificultosa. Pero resulta de los experimentos hechos con este objeto que la diferencia no es bastante considerable para que deba tenerse en cuenta. Esta diferencia no es, en efecto, más que de 2 á 5 por 100.

Es más probable que la constipacion, en estas circunstancias, sea debida especialmente al régimen y á la manera de vivir de las enfermas, que pasan su existencia sentadas ó acostadas sin hacer ningun ejercicio.

Es ésta, por lo demas, una complicacion casi constante de todas las afecciones de los órganos genitales de la mujer.

Diagnóstico. — La mayor parte de las veces se puede precisar el sitio y las dimensiones de una fístula véstico-vaginal por medio del dedo índice introducido en la vagina y de una sonda en la vejiga.

Si la fístula es muy pequeña, este procedimiento es insuficiente y se debe completar con el reconocimiento por medio de la vista. Con el espéculum de Sims se pondrá al descubierto la pared anterior de la vagina y se sondarán los diversos repliegues de la mucosa con un estilete.

Si el orificio es tan estrecho que no se le puede descubrir, una inyeccion con un líquido coloreado permitirá ver el punto por donde se comunican las dos cavidades, vejiga y vagina.

La leche, una disolucion de tinta de China ó de permanganato de potasa, podrán servir para este uso.

Es necesario buscar, además, si existe en una ó en muchas partes, si el útero participa ó no en la formación del trayecto fistuloso, cuya longitud y dirección se deberá apreciar.

Pronóstico. — Las fistulas vésico-vaginales, rara vez producen por sí solas la muerte de las enfermas, y se han visto mujeres, padeciendo esta enfermedad, prolongar su existencia durante largos años.

No interviniendo, la muerte puede ser la consecuencia de la inflamación propagándose á los órganos vecinos y acarreado una peritonitis. La extenuación general causada por la enfermedad podría igualmente conducir á la caquexia ó á la tisis y determinar de este modo una terminación funesta.

A consecuencia de las operaciones, las enfermas sucumben algunas veces por una peritonitis, una cistitis, una pielitis ó una pielo-nefritis, ó, finalmente, por una infección purulenta ó pútrida. Aunque rara vez produce la muerte, la fistula vésico-vaginal no deja por eso de constituir una grave enfermedad que puede tener una influencia desastrosa sobre la existencia de las mujeres que la padecen.

Las fistulas de fecha reciente curan algunas veces de una manera espontánea. Después de la caída de la escara, los bordes de la herida empiezan á producir mamelones carnosos y llegan de este modo á reproducir y llenar la pérdida de sustancia. Ó bien la parte de la vagina situada por debajo de la fistula se atresia, acaba por obliterarse y entónces la menstruación y la orina fluyen por el orificio de la uretra.

La curación espontánea de las lesiones antiguas es ménos frecuente, principalmente para la variedad que nos ocupa, á causa de sus bordes delgados, y á menudo cortantes.

Sin embargo, aún en estos casos, pueden formarse mamelones carnosos bastante abundantes y vivos para cubrir la pérdida de sustancia. Se han visto fistulas de seis años de existencia, bastante grandes para permitir la introducción del dedo, llegar á una curación espontánea.

Estas terminaciones favorables son raras, sobre todo si se las compara con la frecuencia de esta afección.

La oclusión momentánea del orificio por una concreción calcárea no conduce á la curación definitiva.

En estos últimos años, los progresos introducidos en el tratamiento quirúrgico han mejorado mucho el pronóstico de las fistulas vésico-vaginales. Hasta en los casos antiguos se llega lo más frecuentemente á un resultado satisfactorio por una ó muchas operaciones sucesivas.

Se está en el derecho de decir que los éxitos completamente desgraciados ó nulos son la excepción.

Las fistulas traumáticas, sobre todo las producidas por un instrumento cortante, curan más fácilmente que las que resultan de la eliminación de una escara.

Hay otras causas que tienen también una gran importancia relativamente al pronóstico. En primer lugar, debemos considerar el estado de salud de las enfermas, que tiene aquí una influencia todavía más considerable que para la cicatrización de la mayor parte de las otras heridas.

La situación del orificio vesical del trayecto fistuloso deberá también tenerse en cuenta. La esterilidad, dependiente ó no de la imposibilidad de la unión sexual, es una consecuencia frecuente de esta enfermedad.

Etiología. — Bajo el punto de vista etiológico, pueden dividirse las fistulas de la vagina en *puerperales* y *no puerperales*.

Fistulas puerperales. — La contusión de las paredes de la vagina durante el parto es la causa más frecuente de la fistula. En los vicios de conformación de la pelvis ó en las posiciones defectuosas del feto, si el parto dura mucho tiempo, los tejidos están comprimidos entre la cabeza y los planos huesosos resistentes de la cavidad pelviana. De aquí resulta una gangrena de las partes blandas, y, al eliminarse la escara, establece una comunicación entre las dos cavidades de la vejiga y la vagina.

La duración de la compresión tiene una importancia mucho mayor que su intensidad. Por esto es por lo que la fistula es más frecuente en los partos naturales, sin ningún género de intervención, ó consecutivamente á una intervención tardía. En los casos de estrechez exagerada de la pelvis, de rigidez ó de obliteración del cuello uterino, se ha visto producirse roturas del útero y de la vagina dando lugar á una fistula; este origen es excepcional. Las lesiones traumáticas causadas por el fórceps y el cefalotribo pueden también ser el punto de partida de esta enfermedad, sea directa ó indirectamente. Pero recordemos también que una compresión de corta duración, por intensa que sea, es ménos temible que una compresión mucho más débil y largo tiempo continuada. De lo cual se deduce el precepto, en los partos, de no dejar nunca permanecer la cabeza más de dos horas cuando ha atravesado el orificio uterino.

Después del parto puede desarrollarse la gangrena, aparte de toda acción local, bajo la influencia de causas generales que nos son casi desconocidas.

De tiempo en tiempo se observan verdaderas epidemias de esa gangrena de la vulva y de la vagina. Las consecuencias de la eliminación de los tejidos esfacelados puede también acarrear una fistula en estos casos, aunque estas últimas escaras sean ordinariamente ménos profundas que las que resultan de un exceso de presión.

Fistulas no puerperales. — Algunos autores han hecho desempeñar un papel primordial á las ulceraciones cancerosas en la producción de las fistulas vaginales. Esta causa, aunque cierta, no nos parece tan frecuente como se ha dicho.

La permanencia de los pesarios durante mucho tiempo, por la destruc-

cion inflamatoria de los tejidos que les rodean, ha sido el punto de partida de fistulas vésico-vaginales.

Otro tanto diremos de las colecciones purulentas situadas en los alrededores de la vejiga y dependientes de una pelvi-peritonitis, de un absceso de la pelvis, de un hematocele ó de una preñez extra-uterina, que, abriéndose en la vejiga y en la vagina, dan ocasion al desenvolvimiento de un trayecto fistuloso.

La presencia de un cálculo en el reservorio de la orina, la existencia de una cistitis crónica, por las ulceraciones que traen en pos de sí, pueden tambien producir una fistula. Entónces se ve el orificio vesical del trayecto mucho más extenso que el orificio vaginal, siendo este último casi imperceptible á veces. Se han invocado igualmente como causas de esta enfermedad las ulceraciones sifilíticas y tuberculosas. La rareza de las lesiones vaginales de esta naturaleza, y la carencia de observaciones conocidas por nosotros, nos permiten poner en duda la realidad de esta etiología.

Esta afeccion es producida tambien por traumatismos accidentales ó voluntarios. Una caída sobre un cuerpo acerado, las operaciones practicadas en el cuello del útero ó en la vagina, los cuerpos extraños introducidos en dicho conducto, han podido ser el punto de partida de esta afeccion.

Lo mismo puede decirse de los instrumentos que penetran en la vejiga, catéter, litotomo, que han atravesado la pared, así como las punciones de la cavidad vesical ó de una cavidad quística por la vía vaginal.

Tratamiento. — Los tratamientos preconizados contra la fistula vésico-vaginal son muy variados, y cuentan casi todos cierto número de éxitos felices, ya se hayan empleado aisladamente, ya asociados los unos á los otros.

En los casos recientes se debe, ante todo, pensar en la posibilidad de una curacion espontánea. Para facilitarla hay dos indicaciones principales que llenar: 1.^a, evacuar la orina contenida en la vejiga; 2.^a, impedir que el líquido urinario fluya por la vagina. Para cumplir la primera se deja una sonda introducida en la vejiga, ó, lo que es mucho más preferible cuando las circunstancias lo permiten, se practica el cateterismo cada dos ó tres horas. Se impide que la orina fluya por la vagina por medio de taponos que compriman la pared vésico-vaginal.

Antes de introducir estos taponos, de algodón cardado ó de hilas, es necesario tener cuidado de rodearlos de una envoltura cualquiera, ó de hacerlos bastante compactos para que una parte ó partícula de las sustancias que los componen no penetre en la vejiga, lo cual podría convertirse en punto de partida de un cálculo.

Se ha visto sobrevenir casos de curacion, sólo á beneficio de la posición sobre el abdómen, prolongada durante cierto tiempo. Estos diversos medios deberán asociarse á la cauterizacion de los labios de la herida con el nitrato de plata.

El tratamiento de las fístulas antiguas está basado en el principio de fisiología de que las mucosas y todas las superficies de una ó muchas capas de epitelio no pueden contraer adherencias entre sí sino á condicion de ser despojadas de este revestimiento.

Así, cuando los bordes del trayecto están cicatrizados, se les debe avivar para trasformarles en una herida fresca y mamelonada.

Para obtener este resultado se nos presentan dos procedimientos: 1.º, la cauterizacion ; 2.º, refrescar los bordes y aproximarlos por medio de suturas.

La cauterizacion puede aplicarse de diferentes maneras, y será útil sobre todo en las fístulas de pequeño diámetro. El nitrato de plata sólido ó líquido y el hierro candente se han empleado para este objeto. Pero, cuando la pérdida de sustancia es considerable, es necesario recurrir á procedimientos quirúrgicos más complicados.

La operacion de la fistula véstico-vaginal debe dividirse en muchos períodos. Los cirujanos americanos, sobre todo, han insistido en estas divisiones.

Las enfermas serán sometidas, durante cierto tiempo ántes de la operacion, al uso de un régimen reconstituyente. Ántes de intentar la obliteracion del orificio fistuloso se devolverá á la vagina su amplitud normal si está estrechada ó presenta bridas, y deberá asegurarse el operador de la permeabilidad de la uretra. La víspera de la operacion se administrará á la enferma un purgante, y en el mismo dia, por la mañana, una lavativa asegurará la vacuidad del recto.

Todo dispuesto ya de este modo, se trata de escoger la posicion que se ha de dar á la paciente. Unos aconsejan la situación lateral, tal, poco más ó ménos, como la hemos descrito á propósito del empleo del espéculum de Sims. Otros la colocan apoyada sobre los codos y las rodillas, cuya posicion es muy fatigosa y hace muy difíciles las inhalaciones de cloroformo. Bozeman ha disminuido los inconvenientes de esta posicion genu-pectoral por medio de aparatos que sostienen el tronco.

Por último, otros cirujanos prefieren el decúbito dorsal, estando la pélvis elevada, los muslos en flexion y aproximados al tronco, como para la operacion de la talla.

Se introduce entónces el espéculo que hayamos escogido. El de Bozeman, que se mantiene por sí mismo, presenta grandes ventajas. Se deben tener ademas á disposicion depresores, que serán sostenidos por ayudantes, y espátulas de que se servirá el operador para desplegar las regiones sobre las cuales se va á operar. Es igualmente necesaria una serie de varillas provistas de esponjas.

El refrescamiento debe hacerse en todo el espesor de los tejidos, sin interesar la mucosa vesical, que será préviamente disecada para alejarla de los bordes de la herida. Si se produce una hemorragia durante este

tiempo de la operacion, se la contendrá lo más frecuentemente por medio de inyecciones de agua fría, ó por la torsion y la ligadura de las arterias que sangren.

Resta entónces pasar los hilos de seda ó de metal, que se aproximarán seguidamente y se atarán, teniendo igualmente cuidado de respetar la mucosa vesical. Lo importante es que los bordes de la herida se mantengan exactamente en contacto inmediato.

Bozeman divide la operacion en dos tiempos, separados el uno del otro por un período de 15 días á tres semanas.

El primer tiempo consiste en incindir y en cortar las bridas que estrechen la vagina.

Se introducen seguidamente en este conducto torundas dilatadoras, cada vez más grandes, que se cambian cada tres ó cuatro días.

Las heridas resultantes de la operacion, ó las ulceraciones de la mucosa, se cauterizarán con una disolucion de nitrato de plata al 2 por 100.

Por medio de esta primera tentativa se devuelve á la vagina su diámetro normal y se facilita de este modo el segundo tiempo, que consiste en refrescar los bordes de la fístula y en la sutura de union.

Despues de haber disecado la mucosa vaginal, Bozeman practica el refrescamiento perpendicularmente á la superficie, con objeto de obtener una herida trasversal. El refrescamiento se practica por medio de bisturís de mango largo (bisturf articulado de Sims), y se regularizarán los bordes con las tijeras, cortando las porciones de mucosa que podrían molestar. Se pasan luégo los hilos de seda simples, ó hilos provisionales ó contentivos, que sirven para conducir los hilos metálicos de un calibre bastante grueso. Una plancha de plomo, provista de tantos agujeros como puntos de sutura, dará paso á los hilos. Éstos quedarán fijados por medio de granos de plomo agujereados.

Los accidentes que complican las más veces la operacion son:

1.º La hemorragia. Hemos hablado de la que se produce durante las maniobras operatorias. La hemorragia consecutiva intra-vesical presenta mayores peligros que la primera y puede comprometer el éxito del tratamiento.

2.º La peritonítis y la septicemia, aunque poco frecuentes, son, sin embargo, los dos accidentes más temibles.

Los cuidados consecutivos consisten primero en impedir la distension de la vejiga.

Una sonda que permanezca introducida en la vejiga será útil en algunas enfermas (1); pero este procedimiento no podrá emplearse siempre. Ciertas vejigas no soportan la permanencia continua de una sonda, y entónces se deberá practicar el cateterismo cada dos ó tres horas.

(1) La sonda de Sims presenta grandes ventajas por su ligereza.

A consecuencia de la operacion se ve producirse algunas veces desórdenes de la miccion.

A pesar de la permeabilidad de la uretra, se observa algunas veces una retencion de orina causada por la cesacion prolongada de la funcion. En otros casos es, por el contrario, una necesidad frecuente de orinar consecutiva á la disminucion de capacidad de la vejiga ó á una cistítis concomitante. Más rara vez se presenta la incontinenia de orina, que, cuando existe, desaparece lo más frecuentemente al cabo de poco tiempo.

Los hilos se retirarán del quinto al décimo dia.

Durante todo el tiempo de tratamiento, la vagina debe irrigarse frecuentemente por medio de inyecciones detersivas.

Una sola tentativa operatoria no produce siempre la curacion completa. A menudo, al levantar los hilos, se percibe todavía un agujerito. Si éste es pequeño, las cauterizaciones con el nitrato de plata bastarán para determinar la obliteracion. Si la solucion de continuidad es más extensa, podrán ser necesarias muchas operaciones consecutivas.

La pérdida de sustancia puede ser tan considerable que sea imposible la aproximacion de los labios de la herida.

En estos casos se recurrirá á la obliteracion del conducto vaginal por debajo de la fístula. Se encierra de este modo el cuello uterino en la vejiga, y las reglas, lo mismo que la orina, fluirán por la uretra.

Este cambio en las condiciones fisiológicas de la hemorragia menstrual no acarrea ordinariamente ningun inconveniente para la salud de la mujer (1). Pero la obliteracion trae, como consecuencia forzosa, la esterilidad, y á menudo la imposibilidad de las relaciones conyugales.

Excepcionalmente se ha visto, como ya hemos indicado, producirse la fecundacion por la uretra dilatada.

VARIEDADES MÁS RARAS DE FÍSTULAS VAGINALES

Hemos descrito la forma más frecuente de fístula observada en los órganos genitales de la mujer.

El sitio de la pérdida de sustancia, que hace que se comuniquen entre sí las dos cavidades, varía segun los casos, y entónces tenemos otras especies diversas, que vamos á analizar brevemente.

Anatomia patológica. — 1.^a La fístula, en vez de recaer sobre la pared vesical, puede interesar la uretra, y se tiene entónces una fístula *uretro-vaginal* (fig. 7.^a, f.³).

2.^a El cuello del útero contribuye á la formacion del trayecto fistuloso, lo cual se explica por el adelgazamiento y la situacion de esta parte del órgano uterino en el momento del parto. Si el labio anterior está solamente

(1) Courty, *loc. cit.*, pág. 1.220.

incindido y el cuello forma la pared posterior del trayecto, se dice que hay *fistula vésico-útero-vaginal superficial*. Si el labio anterior del hocico de tenca está completamente destruido, hay *fistula vésico-útero-vaginal profunda*.

3.^a Si la vejiga y el útero comunican, sin que la vagina participe de la solucion de continuidad, hay *fistula vésico-uterina*.

4.^a Finalmente, se ha visto comunicar los uréteres con la vagina, *fistulas urétero-vaginales*, ó con el útero, *fistulas urétero-uterinas*.

Los *sintomas* de estas diversas variedades, lo mismo que su *etiología*, no difieren apénas de lo que hemos visto relativamente á la forma vésico-vaginal.

Diagnóstico. — Cuando se ha comprobado la existencia de una fistula, falta todavía saber á qué variedad pertenece. La situacion del orificio bastará para reconocer la fistula uretro-vaginal.

En las fistulas vésico-uterinas, la orina sale por el hocico de tenca, y basta obliterar durante algunas horas el orificio externo para hacer desaparecer el flujo urinario por la vulva. Los líquidos teñidos de color inyectados en la vejiga hacen todavía más clara la salida de la orina por el cuello.

Si la fistula es urétero-uterina, se ve salir igualmente la orina por el orificio uterino, pero no los líquidos teñidos de color inyectados en la vejiga.

Si es urétero-vaginal, la orina sale por la vagina, como en la vésico-vaginal, pero su color no es modificado por las inyecciones intra-vesicales de los líquidos de color.

Tratamiento. — La obliteracion de las fistulas uretro-vaginales es fácil de obtener lo más frecuentemente. Para las variedades vésico-uterinas y urétero-uterinas es necesario recurrir á la obliteracion de la vagina, como para las vésico-vaginales muy extensas.

En las formas vésico-útero-vaginales, la operacion debe practicarse al mismo tiempo en la vagina y en los labios del hocico de tenca. En toda operacion en que se interesa el cuello del útero, las enfermas están más expuestas á los peligros de una peritonítis que en aquellas en que sólo se comprende la vagina.

La obliteracion de una fistula urétero-vaginal puede provocar en los riñones accidentes que se han visto cesar dando libre salida de nuevo al flujo urinario. En esta última variedad, más que en las otras, se reducirá, pues, el tratamiento frecuentemente al empleo de medios paliativos. En algunos casos se podrá trasformar una fistula urétero-vaginal en vésico-vaginal, que se operará luégo (1).

(1) *Ueber Entstehung Erkenntniss und Behandlung der Harnleiterscheiden fisteln.* (Leopoldo Landau, *Arch. f. Gyn.*, 1876, t. IX, pág. 426.)

FÍSTULAS RECTO-VAGINALES

La comunicacion entre el recto y la vagina (véase la *fig. 7.^a, f.^a*) se observa con mucha ménos frecuencia que entre este conducto y la cavidad vesical.

Anatomía patológica. — Si, bajo la influencia de un traumatismo ó de una desgarradura, se establece una solucion de continuidad en la parte superior de la pared posterior de la vagina, se desenvuelven en general accidentes graves que ponen en gran peligro la vida de las enfermas, y la fístula que podría establecerse consecutivamente, en caso de sobrevivir, no presenta más que un interes secundario. Nosotros debemos ocuparnos aquí sobre todo de las lesiones que hacen comunicar el intestino con la parte inferior de la vagina.

Las fístulas recto-vaginales están casi siempre situadas hácia la porción média. Se complican muchas veces con una desgarradura del perineo.

Las dimensiones de los orificios fistulosos son muy variables. Tan pronto se observan vastas pérdidas de sustancia, como aberturas tan pequeñas que no dejan paso más que á los gases, pasando algunas veces desapercibidas.

Sintomas. — La salida de las materias fecales por el orificio vulvar constituye el principal síntoma de estas especies de fístulas. Las materias pueden pasar en totalidad por esta vía, ó bien sólo pasan á condicion de ser líquidas. Algunas veces, sólo los gases son expulsados. Las consecuencias de esta penosa enfermedad son casi las mismas que las de las fístulas vésico-vaginales. Inflammaciones y ulceraciones de las partes vecinas, y un aislamiento forzado del trato social. Si, en vez del recto, es el intestino grueso el que comunica con la vagina, el producto del flujo es líquido y amarillento.

Diagnóstico. — Los mismos medios que hemos indicado para las fístulas vésico-vaginales servirán para establecer el diagnóstico de la forma recto-vaginal. Si la comunicacion está situada en la parte superior del intestino, por encima del recto, la sonda, introducida en este último conducto, no dejará comprobar la presencia de ninguna abertura fistulosa. Las inyecciones rectales tampoco fluirán por la vagina. Finalmente, dos horas próximamente despues de cada comida fluirá por los órganos genitales externos una especie de papilla alimenticia característica.

Pronóstico. — La curacion espontánea parece más frecuente en las fístulas recto-vaginales que en las vésico-vaginales.

La operacion presenta casi las mismas dificultades que en las demas variedades de fístulas.

Sin embargo, las opiniones de los autores están divididas relativamente á esta última cuestion: los unos consideran el pronóstico más favorable, y los otros como más peligroso.

Etiología. — La etiología de las fístulas recto-vaginales es la misma que la de las otras especies estudiadas hasta ahora.

El parto es también el que ocupa el primer lugar. Vienen luego el cáncer, la permanencia demasiado prolongada de un pesario, los abscesos de la pared abriéndose á la vez en los dos órganos.

En los casos de rectoceles, se ha visto que las materias fecales acumuladas producían una ulceración de las paredes rectales y una fístula consecutiva. (Scanzoni.)

Tratamiento. — Las cauterizaciones, ya con el cilindro de nitrato de plata, ya con las inyecciones de una disolución del mismo cuerpo en el trayecto fistuloso, podrán ir seguidas de éxito feliz. Se han aconsejado las cauterizaciones alternativas de los dos orificios, ya de la extremidad rectal, ya de la extremidad vaginal.

Las precauciones que deben tomarse respecto á la operación son las mismas que para la fístula vésico-vaginal. Purgante la víspera y lavativas por la mañana. El manual operatorio no presenta nada de particular. Después de la operación es necesario impedir la defecación por medio de la dieta y de los opiáceos. Al cabo de 10 días próximamente se provocará una primera cámara líquida por la administración de un purgante oleaginoso. Los puntos de sutura se levantarán del sexto al décimosegundo día.

Repetiremos, para terminar el capítulo de las fístulas, que pueden combinarse muchas variedades entre sí, y encontrarse en una misma enferma.

DEL VAGINISMO

Se designa con el nombre de vaginismo una afección cuyos dos elementos principales son: 1.º, una hiperestesia de un punto cualquiera de la región genital externa; 2.º, una contractura muscular que acompaña á esta exageración de la sensibilidad.

Si no se admitieran rigurosamente en la descripción del vaginismo más que los casos en que existen á la vez estos dos caracteres, se excluiría gran número de observaciones; porque la hiperestesia puede encontrarse de una manera aislada, así como la contractura, ó puede subsistir una de las dos después de desaparecer la otra. Por esto, no todos los autores se hallan de acuerdo sobre lo que debe entenderse por la palabra vaginismo. El estudio de las observaciones y de las teorías á que esta afección ha dado lugar nos demuestra que se ha tratado de formas diversas y que se ha generalizado, tan pronto en un sentido, tan pronto en otro, sobre hechos muy reales y bien observados.

Nosotros creemos que es mejor incluir en un mismo capítulo estas diferentes variedades de manifestaciones morbosas, cuya consecuencia más importante se reduce siempre á un obstáculo á las relaciones sexuales,

siendo en absoluto normal, por lo demás, el desarrollo de los órganos genitales.

Anatomía patológica. — La riqueza muscular de la vagina y de las regiones inmediatas explica la disposición de este conducto á contraerse exageradamente. Todos los músculos que entran en la estructura del suelo perineal pueden presentar contracturas, calambres reflejos: el constrictor de la vulva y de la vagina, el constrictor del ano, el elevador del ano, los músculos de la uretra, los trasversales superficial y profundo. Hemos visto que algunos haces del elevador del ano se dirigen por las paredes laterales de la vagina: estos músculos no constituyen un verdadero esfínter, sino que, contrayéndose, dirigen hácia adelante el ano y la pared vaginal posterior, aproximando una á otra las paredes laterales, disminuyendo así el diámetro del conducto. Algunos autores parece han descrito estos manojos del elevador con el nombre de *constrictor superior* de la vagina.

El espasmo puede existir al mismo tiempo en todos los músculos de la region, ó, por el contrario, en uno ó dos de ellos aisladamente, en cuyo caso el constrictor de la vulva parece más predispuerto que los demás.

En la inmensa mayoría de los casos de vaginismo, si se observa con atención, suele encontrarse una lesión superficial, punto de partida de esta enfermedad.

La exploración es muy difícil en ciertas circunstancias, sobre todo cuando existe un estado hiperestésico de estos órganos, en cuyo caso es necesario el empleo de los anestésicos. A veces se presentan ligeras fisuras ó escoriaciones en la horquilla, en el vestíbulo ó en el orificio de las glándulas vulvo-vaginales, y en otros casos pequeños pólipos de la uretra, excrecencias del hímen ó de las carúnculas mirtiformes. En ocasiones excepcionales, un estado patológico del útero bastará para dar lugar al vaginismo.

En tales circunstancias deberán buscarse estas lesiones con especial cuidado, pues, siendo tan insignificantes, pudieran pasar desapercibidas.

En lugar de una pérdida de sustancia más ó menos extensa, es posible encontrar un estado inflamatorio de los tejidos, constituido por la rubicundez sin desnudación epitelial.

No siempre hay una lesión apreciable, pues en muchas enfermas, á pesar de existir en ellas todos los síntomas del vaginismo, no se encuentra la explicación anatómica, pudiendo suponer en tales casos que ha desaparecido la lesión dejando en pos de sí el cuadro de síntomas que se observa.

Por último, puede existir una neuralgia producida en la region vulvar, como en cualquier otro punto de la economía, lo cual es muy excepcional.

Síntomas. — En las mujeres que presentan síntomas de vaginismo, el

menor contacto del orificio vulvar las produce dolores, muchas veces intolerables. Raras veces espontáneas, estas manifestaciones hiperestésicas sólo se producen cuando se introduce en los órganos genitales un cuerpo cualquiera, aún cuando sea poco voluminoso, tal como una sonda ó un estilete. Toda la region vulvo-vaginal puede ofrecer esa excesiva sensibilidad, ó, por el contrario, sólo se presenta en un punto, que suele ser con frecuencia el hímen ó las carúnculas mirtiformes.

En ocasiones, la superficie anterior del hímen adquiere un grado extremo de hiperestesia, mientras que su cara posterior permanece insensible. (Richard, Sims.) El contacto de la extremidad de un pincel no podían soportarla las enfermas sin exhalar grandes gritos (1) y hacer diversas contorsiones.

Ademas de estos síntomas dolorosos, causados por el menor contacto, acusan las enfermas ordinariamente diversos trastornos que pudieran confundir esta afeccion con otra. Tales son las sensaciones de peso de cuerpos extraños, produciendo un deseo de expulsarlos, y el tenesmo vesical y rectal acompañados de prurito. Estos diversos signos aceleran en algunas mujeres el período menstrual, ofreciendo, por el contrario, en otras una remision de los síntomas. El dolor va seguido las más veces de una contractura muscular, ora continua, ora intermitente, en ocasiones de tal intensidad, que impide la introduccion del dedo.

El espasmo muscular queda á veces localizado al anillo vulvar, ó bien se propaga á las regiones vecinas, uretra y recto.

La contraccion tetánica no siempre existe en un mismo punto; se observa en el orificio inferior de la vagina, ó á cierta distancia de éste, cuatro á cinco centímetros. Hé aquí las dos formas que se han descrito con los nombres de vaginismo *inferior* y *superior* (2). En algunas enfermas aparece el dolor algunos meses ántes de manifestarse la contractura.

Muchos casos de vaginismo, la mayor parte sin duda, presentan unidos los dos fenómenos: dolor y contractura. Se ha observado, sin embargo, segun hemos ya expuesto, existir el uno sin el otro, dolor sin contractura, y raras veces contractura en ausencia de hiperestesia.

Bajo la influencia de sufrimientos tan prolongados comienzan á enflaquecer las enfermas, alterándose, como es consiguiente, su estado general. Las preocupaciones morales y la tristeza, dependientes muchas veces de deseos no satisfechos, tienen gran influencia en estos fatales resultados.

Se ha creído tambien que el vaginismo es causa de algunas formas de afecciones mentales (3).

(1) Sims, *loc. cit.*, pág. 386.

(2) Véase Hildebrandt, *Arch. f. Gyn.*, t. III, pág. 221, y Révillout, *Gaz. des hôpitaux*, 1874, pág. 793.

(3) Arndt, *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1870, pág. 340.

Diagnóstico. — El diagnóstico del vaginismo es fácil por lo general. Las sensaciones de peso y de cuerpos extraños que acusan algunas enfermedades pudieran hacer pensar en un prolapso; pero el exámen más superficial bastará para evitar toda duda.

Pudiera también confundirse con la atresia de la vagina ó una imperforación del hímen.

La situación y el grado de inclinación de la abertura vulvar nos suministrará algunas indicaciones acerca de la posibilidad de las relaciones sexuales incompletas, que son muchas veces, como veremos, la causa del vaginismo. La rubicundez de la vulva y la existencia de alguna lesión en uno de sus puntos no tardarán en conducirnos á la patogenia de la afección.

Pronóstico. — Por lo general, el vaginismo cura con la lesión que fué su punto de partida; el mayor número de casos termina de un modo favorable y sin necesidad de operaciones cruentas. Los casos rebeldes, en los cuales fracasan todos los medios de tratamiento, deben considerarse como excepcionales.

Sin entrañar un peligro para la vida de las enfermas, el vaginismo merece llamar seriamente la atención del cirujano; primero como causa frecuente de esterilidad, y después por el trastorno que es origen en las relaciones sexuales, y de aquí en el porvenir de toda una familia.

A pesar de las relaciones sexuales incompletas, se hace posible la fecundación, pues no es raro observar casos de embarazo con persistencias del hímen, pudiendo ser el parto una causa de curación espontánea.

No sucede, sin embargo, siempre así, pues se ha observado reproducirse el vaginismo, según los partos, con toda su intensidad primitiva, lo cual prueba que la dilatación no es un medio infalible.

Etiología. — Las ulceraciones y las fisuras de la vulva son muchas veces la causa del vaginismo. Puede suceder, en aquellos casos en que ha sido negado, que la falta supuesta de estas lesiones fuera el resultado de un exámen incompleto. Gracias, pues, al cloroformo se ha podido comprobar entre el clítoris y la uretra la presencia de escoriaciones que pasaron desapercibidas á pesar de las investigaciones más reiteradas. Cualquiera lesión insignificante puede producir los fenómenos del vaginismo más intenso, que desaparece bajo la sola influencia de sus cicatrificaciones.

Un pólipo pediculado implantado en la uretra, una erosión en el perineo desgarrado, han bastado para producir todos los síntomas del vaginismo, que cesaron igualmente después de la ablación del pólipo ó la curación de la fisura.

Este resultado no es constante, pudiendo los accidentes persistir después de la desaparición de la lesión inicial; pero tales casos son excepcionales.

La vaginitis ó la vulvo-vaginitis pueden por sí solas producir el vaginismo sin que exista ulceracion?

No todos los ginecólogos admiten esta causa, considerada como importante por Churchill y puesta en duda por Schröder. Algunos hechos observados por nosotros están en favor de la opinion de Churchill y nos inducen á creer que la vaginitis ocupa un punto importante en la etiología de la enfermedad que nos ocupa. Las afecciones de la uretra, de la vejiga y del ano dan á veces lugar á la contractura dolorosa de la vagina.

Se ha hablado tambien de las lesiones del ovario y del útero.

Las observaciones interesantes de vaginismo consecutivo á una ulceracion del útero que desaparecieron y se reprodujeron con ella no pueden dejar ninguna duda sobre la posibilidad de este origen.

Hildebrandt ha establecido una comparacion entre el asiento de la lesion y el punto donde se produce la contractura. Segun dicho autor, las lesiones vulvares ó superficiales próximas á la vulva dan lugar al vaginismo inferior causado por el calambre del constrictor vulvo-vaginal. Por el contrario, las afecciones del útero ó del ovario producen el vaginismo superior ó espasmo del músculo elevador del ano. Cita un caso de este género, en el cual la menor tentativa de exploracion iba seguida inmediatamente de la contraccion tetánica de los músculos de la vagina, del ano y de la uretra. La contractura dolorosa de la vagina llegaba á una profundidad de cinco á seis centímetros, participando de ella otros músculos: era tal, que la introduccion de una sonda en la vejiga se hizo casi imposible.

Las jóvenes recién casadas son las más expuestas á estos accidentes. Las tentativas repetidas é incompletas en las relaciones sexuales juegan entónces el principal papel, bien porque tales resultados infructuosos provengan de parte del marido, ó porque sean consecutivos á la disposicion de los órganos genitales de la mujer.

La vulva está situada algunas veces de tal modo que el miembro empuja contra la horquilla ó la fosa navicular, ó, inversamente, contra la uretra ó el vestíbulo, de donde resultan diversos traumatismos que pueden dar lugar á contracturas dolorosas. No son solamente las recién casadas las expuestas á estos trastornos de la sensibilidad, pues que ya hemos expuesto diversos hechos, los cuales prueban que pueden tambien ser consecutivos al parto.

Hemos ya expuesto que, una vez curada la lesion, no siempre desaparecen los accidentes. Estos fenómenos tienen una gran analogía con lo que se observa en la contractura del músculo orbicular de los párpados á consecuencia de ciertas queratitis. Despues de desaparecer esta afeccion persiste un espasmo muscular que se reproduce bajo la influencia de la luz.

Se ha pretendido ver en el vaginismo una de las numerosas manifestaciones del histerismo. Es cierto que algunas enfermas pueden incluirse

en este grupo; pero se encuentran otras atacadas de espasmo vaginal y que no son histéricas. En este último caso es donde más se observa el vaginismo llamado histérico sin lesiones aparentes. Se han citado observaciones de jóvenes vírgenes que no habían tenido la menor tentativa de coito, y en las cuales el contacto de la vulva producía contracciones dolorosas y de los músculos de toda la región, vagina, ano, uretra.

El Dr. Gosselin ha indicado esta sensibilidad del hímen en las vírgenes, aún en el estado normal, que, exagerándose en ciertas circunstancias, representa un papel principal, y, según dicho autor, la contractura muscular tiene poca importancia (1).

Si los trastornos de la sensibilidad local se hallan bajo la influencia de una neurósis general, es raro que la hiperestesia sólo se manifieste en la región vulvar sin que se encuentren puntos dolorosos en cualquier otra región del organismo. Beigel ha citado un caso de neuralgia facial alterando con una neuralgia vulvo-vaginal en una mujer que jamás presentó trastornos histéricos (2).

Se ha dicho que el vaginismo puede presentarse en unión del cólico de plomo ó de la parálisis saturnina. (Nefel.)

La contracción tetánica de los músculos de la vagina durante el parto ha hecho creer en la existencia de bridas que no había (3).

Se han observado mujeres en las cuales esta contracción sólo existía durante el embarazo, desapareciendo después del parto.

Resumiremos este capítulo de etiología diciendo que, en la mayoría de casos, los síntomas del vaginismo dependen de una lesión apreciable, situada á menudo en la región vulvo-vaginal.

Tratamiento.— El tratamiento será casi siempre muy sencillo, siendo bastante frecuentes los casos de curación que se han obtenido empleando solamente un tratamiento médico.

Si se puede encontrar la lesión local, se deberá ante todo procurar obtener su cicatrización. El reposo, los baños y las lociones emolientes suelen bastar para obtener semejante resultado.

Si la fisura ó la ulceración no curan por estos medios se recurrirá á las cauterizaciones con el nitrato de plata ó la tintura de iodo. El yodoformo en polvo ha dado excelentes resultados al Sr. Tarnier (4).

Si existe solamente rubicundez de las partes hiperestésicas, se practicarán embadurnamientos con una disolución de nitrato de plata al 1/3, de ácido fénico al 1/100, ó de tanino al 1/10.

En todos los casos podrán emplearse igualmente supositorios, que se

-
- (1) Beigel, *loc cit.*, t. II, pág. 694.
 (2) Revillout, *loc. cit.*, pág. 793.
 (3) Verder, *Jahresbericht*, 1872, t. II, pág. 659.
 (4) *Gaz. des Hôp.*, 1875, pág. 806.



aplicarán todos los días, introduciéndolos en el conducto vaginal (1). Raci-borski aconsejaba el bromuro de potasio al interior y las curas locales con una pomada constituida por una parte de extracto de belladona y cuatro de manteca.

Cuando sea poco intensa la sensibilidad de la region, se procederá á la dilatacion gradual introduciendo mechas embadurnadas con pomada de belladona. Sims emplea dilatadores de cristal ó de goma, provistos de una depresion, para alojar la uretra y no impedir la miccion.

Se ha aplicado para el vaginismo la dilatacion forzada, como para la fisura de ano.

Estando la enferma cloroformizada, se introducen en el orificio vulvo-vaginal los dedos índice y medio de cada mano, separando fuertemente unos de otros.

En casi todos los casos cura el vaginismo sin operacion cruenta. Hay, sin embargo, algunas enfermas en las cuales ha resistido esta afeccion á todo tratamiento, pudiendo practicarse entónces la operacion aconsejada por Sims. Segun la opinion de este cirujano, la dilatacion sola es poco eficaz. Su procedimiento consiste: 1.º, en excindir el hímen ó las carúnculas mirtiformes; 2.º, en incindir el orificio vaginal; 3.º, en dilatar este orificio.

En un caso rebelde practicó Simpson (2) con buen éxito la seccion del nervio pudendo.

Cuando no se observa lesion aparente, si la enferma presenta síntomas de una neuralgia, se emplearán las inyecciones subcutáneas de morfina.

Si existe un pólipo ó una excrecencia dolorosa, se practicará la ablacion. Las afecciones uterinas se someterán igualmente á un tratamiento directo.

Es raro que, bajo la influencia de sufrimientos prolongados, el estado de las enfermas atacadas de vaginismo no reclame, asociados al tratamiento general, los modificadores generales hierro, quina, hidroterapia, amasaje, etc.

ESPASMO NO DOLOROSO DE LA VAGINA

Existen en algunas mujeres espasmos indolentes de la vagina, que pueden ser bastante intensos durante el acto sexual, hasta el punto de producir dolor en el hombre.

(1)	Manteca de cacao.	4	gramos.
	Bromuro de potasio.	0,50	centigramos.
	Extracto de belladona.	0,30	—
	Acido tímico	0,05	—

Para un supositorio.

(2) Simpson, *Clínica de Obstetricia y de Ginecología*.—Version española del doctor Serret Comin, Madrid, 1879.

Hildebrandt atribuyó estos hechos (*penis captivus*) á una contracción del músculo elevador del ano, comparable á lo que se observa en los casos de vaginismo superior.

Estas contracciones pueden, según ciertos autores, ser causa de esterilidad produciendo la expulsión del líquido espermático, por lo cual hemos llamado la atención sobre esta forma no dolorosa de espasmo de la vagina.

Se aconsejará, en este caso, la permanencia prolongada del órgano copulador en el conducto vaginal después de verificado el coito.

PARTE TERCERA

AFECCIONES DEL ÚTERO

ANATOMÍA DEL ÚTERO

El útero (*fig. 8.^a, b*) es un órgano hueco, situado en la pélvis menor, entre la vejiga (*c*) y el recto (*a*). Está cubierto por el peritoneo en gran parte de su extension y adherido á la vagina (*d*) por su porcion inferior. Numerosos ligamentos le mantienen en la region que le es propia, gozando, sin embargo, de gran movilidad. En el estado de vacuidad se halla este órgano á bastante distancia de las paredes abdominales, siendo necesario comprimirlas enérgicamente para poderle percibir por medio del tacto.

El órgano uterino adulto pesa próximamente 45 gramos y forma con la vagina un ángulo obtuso, cuya abertura corresponde á la parte anterior.

Un ligero grado de antecorvadura, unido á alguna anteversion, constituyen su situacion normal. Algunas veces cambia, segun que la vejiga contenga mayor ó menor cantidad de orina, siendo dirigido hácia arriba y atras cuando se halla en completa replecion el reservorio urinario. Todas estas variaciones en su posicion normal, bajo diversas influencias, tienen gran interes relativamente á las desviaciones patológicas, y al tratar de ellas expondremos esta cuestion con todos los detalles que lleva consigo.

La cara anterior del útero se halla en relacion con la cara posterior de la vejiga. El peritoneo no reviste toda esta superficie anterior, sino que, al llegar al nivel de la union del cuello con el cuerpo, se dirige hácia arriba y adelante para encontrar á la vejiga, formando así un repliegue que se designa con el nombre de *fondo de saco vésico-uterino*, el cual, en el adulto, está separado de la vagina por una distancia de dos á tres centímetros. El cuello uterino está en íntima relacion con la vejiga en una extension de 15 milímetros próximamente.

La cara posterior del útero está separada del recto por el tejido conjuntivo y el peritoneo, que la reviste en gran parte de su extension, reflejándose sobre el intestino al nivel del cuarto superior de la vagina, dando así lugar á un segundo repliegue llamado *fondo de saco recto-uterino*. El fondo de saco peritoneal posterior es mucho más profundo que el anterior, pues este último no pasa del istmo del útero.

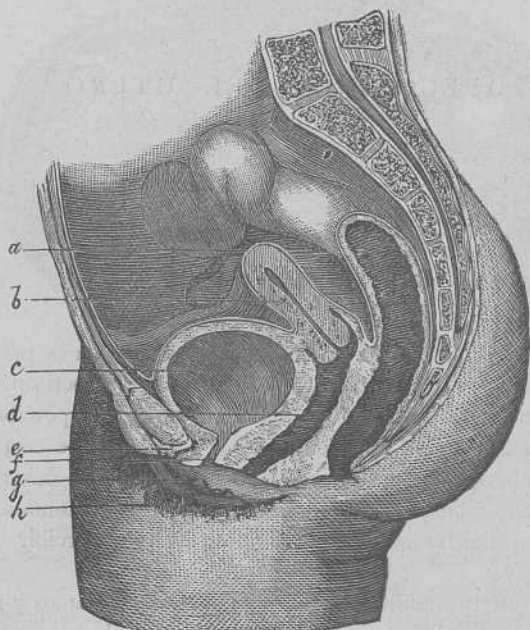


Figura 8. — Corte vertical de la pélvis.

a. Recto. — b. Utero. — c. Vejiga. — e. Clítoris. — f. Uretra. — g. Labios menores.
h. Labios mayores.

Hemos dicho, al hablar de la vagina, que existen repliegues en este conducto, á los cuales se da igualmente el nombre de fondos de saco. No hay que confundir, pues, los fondos de saco vaginales con los repliegues peritoneales que se hallan situados en su proximidad, los cuales están constituidos por la serosa.

El borde superior del útero está recubierto por una capa peritoneal en toda su extension. La adherencia de la serosa con el tejido subyacente es tan íntima, que se hace imposible separarlos por la más minuciosa disecion. Todo el fondo del órgano se halla en relacion con las asas intestinales que le cubren completamente.

Los bordes laterales corresponden á los ligamentos anchos (*fig. 9.^a*), estando en relacion con las arterias uterinas.

El útero tiene la forma de un cono aplanado, cuya base redondeada es superior, y el vértice inferior.

Debe dividirse, tanto bajo el punto de vista anatómico como fisiológico y patológico, en cuerpo y cuello.

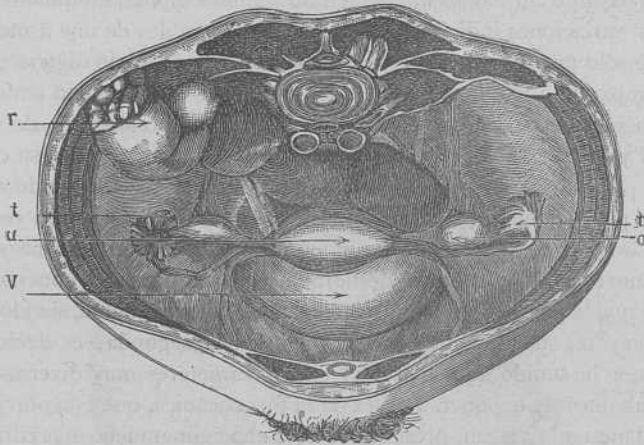


Figura 9. — Corte horizontal de la pelvis.

r. Recto. — u. Utero. — t, t. Pabellon de la trompa. — o. Ovario. — v. Vejiga.

El cuerpo es aplanado de adelante á atrás, miéntras que el cuello es cilíndrico, estando más abultado en su parte média.

La vagina se une al cuello en su tercio superior, dividiéndole así en dos porciones, sub-vaginal é intra-vaginal, denominándose este último *hocico de tenca*.

Se describen en el hocico de tenca dos labios: uno anterior y otro posterior, unidos por dos comisuras. Esta descripcion puede ser evidente en las mujeres que han tenido hijos, en las cuales existen efectivamente dos labios, igual ó desigualmente desarrollados; pero, en las que no han tenido hijos, la extremidad del cuello tiene la forma de un rodete circular, provisto en su centro de una abertura (orificio externo, orificio del hocico de tenca).

Se da el nombre de *istmo* á la pequeña porcion comprendida en la union del cuello con el cuerpo. El orificio que hace comunicar ambas cavidades se conoce con el nombre de *orificio interno*.

La forma y dimensiones, tanto absolutas como relativas, del útero difieren segun la edad y las condiciones fisiológicas. Miéntras, en la recién nacida, el cuello forma la casi totalidad del órgano, sucede lo contrario en

las mujeres que han tenido hijos, en las cuales el cuerpo del útero alcanza dimensiones muy superiores á las del cuello (1). Éstas varían, áun en el estado normal, en la mujer adulta, segun diversas circunstancias, siempre útiles de conocer.

Se han descrito con multitud de detalles y cifras exactas las diferencias que existen entre el cuello uterino de la mujer vírgen y la desflorada, ó de las que hayan ó no tenido hijos, bien de término ó prematuramente.

Las variaciones individuales son tan considerables de una á otra mujer, que sólo pueden reconocerse los puntos extremos con alguna exactitud comparando la que no ha tenido hijos con la que los ha tenido. En la primera, presenta el cuello la forma de un cono prolongado, de vértice inferior y base superior; su color es de un rosa vivo, y elástica su consistencia, pero sin dureza; su diámetro longitudinal y trasversal mide un centímetro próximamente; el orificio del hocico de tenca es unas veces redondo, otras triangular, y otras, aunque raras, representa la forma de una hendidura lineal. En la mujer desflorada, pero sin que haya concebido, se admite que la porcion cervical es ménos saliente en la vagina, siendo algun tanto mayores sus diámetros trasversales. En la segunda, es decir, en la mujer que ha tenido hijos, posee el cuello caractéres muy diversos á los que acabamos de exponer. En vez de la forma cónica, que esta porcion del útero tiene en la vírgen, presenta en ésta una figura mucho más cilíndrica, siendo su parte inferior más prolongada que la superior, precisamente lo contrario de lo que ántes hemos expuesto; los dos labios son consistentes y desiguales y poseen numerosas escotaduras, que corresponden á los destrozos producidos durante el parto. En las nueve décimas partes de los casos se encuentra en estas mismas condiciones una desgarradura más ó ménos profunda, situada á la izquierda, y cuya situacion está relacionada con la occípito-ílfaca izquierda del feto, siendo mucho más frecuente en el parto normal.

Existen ademas otras diferencias: el orificio del hocico de tenca, en vez de presentarse puntiforme ó lineal, toma á veces la forma de una hendidura trasversal y sinuosa, de uno á dos centímetros de longitud. La coloracion de rosa vivo se trasforma en un color blanco ligeramente sonrosado, y la consistencia elástica adquiere mayor dureza y resistencia.

Si se comparan las dimensiones del cuello de una múltipara con las de una nulípara, se observa que los diámetros de la primera son, por término medio, tres veces mayores en todos sentidos. Se han descrito tambien las diferencias entre el cuello uterino de una mujer que haya tenido un parto prematuro con el de otra de término. Creemos inútil insistir más sobre estos detalles de tan poca importancia.

(1) Véase Guyon, tesis de París, 1858, y *Journal de la Physiologie*, de Brown-Séquard, 1859, t. II, pág. 186.

No es posible reconocer, por el exámen del hocico de tenca, el número de partos. Se puede decir, sin embargo, que, cuanto más voluminoso sea el cuello y más entreabierto se encuentre el orificio externo, más número de hijos ha tenido la mujer (1).

En las mujeres ancianas, el útero se atrofia y el cuello va desapareciendo á medida que progresa la edad. Este hecho no siempre es constante, segun veremos al exponer la metritis crónica en los períodos avanzados de la vida.

En las mujeres regladas tiene el cuello un color violado, tomando un tinte oscuro en el momento del período menstrual. Esta coloracion se acentúa aún más durante la gestacion, pudiendo constituir un signo para el diagnóstico del embarazo en su principio.

Muchos autores creen que en el estado fisiológico no sale secrecion alguna por el orificio cervical, lo cual no podemos asegurar en absoluto, por haber observado con frecuencia derramarse una gran cantidad de moco por el orificio externo de un útero en estado normal.

Es importante conocer este fenómeno, á fin de no cauterizar un órgano sano tan sólo por encontrar en él un líquido segregado.

No creemos necesario dar cifras exactas relativas al espesor y profundidad de las diferentes regiones del útero. Bajo el punto de vista práctico creemos suficiente exponer que la profundidad de la cavidad uterina mide, en la mujer que no ha tenido hijos, de cinco centímetros á cinco y medio, y, en la que ha sido madre, de seis centímetros á seis y medio. Pueden comprobarse estas dimensiones en el vivo por medio del histerómetro.

El útero recibe la sangre arterial por dos vías diversas. Las arterias que se distribuyen por el cuello nacen de la hipogástrica, y reciben el nombre de *arterias uterinas*. Las del cuerpo provienen de la arteria ovárica, denominándose por algunos anatómicos *útero-ováricas*.

Las venas adquieren, bajo la influencia del embarazo, un enorme volumen: reciben el nombre de *senos uterinos*.

Los vasos linfáticos ofrecen, como las venas, un volumen considerable, debido, unas veces al embarazo, y otras á ciertos estados patológicos. Se anastomosan con gran frecuencia entre sí, teniendo diversa situacion y direccion los del cuerpo y del cuello, pues, miéntras los primeros, más superficiales, se dirigen á los ganglios lumbares, los segundos, más profundos, caminan por entre los tejidos de los ligamentos largos y desembocan en los ganglios pelvianos, sobre todo en los que están situados en el borde de estos ligamentos (2).

(1) Se han construido muchos aparatos para medir las dimensiones del cuello uterino. Empleamos nosotros ordinariamente para este objeto una pinza de cura provista de un cuadrante graduado, que va sujeto en un punto próximo á los anillos. — *N. del A.*

(2) Lucas Championnière, *Lymphatiques uterins et lymphangite utérine*. (Tesis de París, 1870.)

La importancia de esta disposición ha sido estudiada en estos últimos años, sobre todo en lo referente á la patogenia de las inflamaciones circum-uterinas, según expondremos despues.

Los nervios del útero nacen, unos del plexo renal y mesentérico inferior, y otros del plexo hipogástrico.

Histología.— Si se practica un corte que comprenda todo el espesor de las paredes uterinas, se encuentra, procediendo de afuera hácia adentro: 1.º, la capa peritoneal; 2.º, el tejido fibro-muscular; 3.º, la mucosa.

La capa peritoneal se halla constituida por voluminosas células endoteliales, cuya disposición es fácil estudiar por medio de la impregnación de plata.

El parénquima uterino está formado, lo mismo en el cuerpo que en el cuello, por el tejido conjuntivo y manojos de fibras musculares lisas, entrecruzadas en diversos sentidos, las cuales son más numerosas en el cuerpo que en el cuello.

Se han descrito numerosas capas de fibras musculares, y, sin embargo, no forman planos de disección bien determinada (1), pues todas las obtenidas por el escalpelo están constituidas por manojos de fibras dispuestas irregularmente.

Las fibras longitudinales predominan algun tanto en la parte más externa, y las horizontales en los puntos más próximos á la mucosa. De cualquier modo que sea, no es posible encontrar en ellas una disposición regular hasta el punto de formar capas, como generalmente se admite.

Este carácter anatómico es más acentuado en el útero de ciertas especies animales, como, por ejemplo, en el perro y conejo de Indias.

El empleo de la purpurina en histología nos ha permitido estudiar, mucho mejor de lo que se ha venido haciendo hasta hoy, la disposición de las fibras musculares en el útero. Esta sustancia tiene la propiedad de comunicar un intenso color de rosa á la fibra muscular, dejando casi incoloras las del tejido conjuntivo.

Por el embarazo, las fibras musculares se desarrollan considerablemente, tomando un aspecto especial granulado, parecido al de las fibras estriadas, hecho que hace mucho tiempo fué observado por Ranvier.

Entre las fibras musculares se encuentra el tejido conjuntivo, los vasos sanguíneos, los linfáticos y los nervios.

Los linfáticos del útero han sido descritos, principalmente bajo el punto de visto histológico, por Léopold, en un trabajo publicado en los *Archives de Gynécologie* (2).

(1) Hélie, tesis de doctorado, París, 1865.

(2) *Die Lymphgefäße des normalen, nicht schwangeren Uterus.* (Gerhard Léopold, *Arch. f. Gyn.*, 1874, t. VI, pág. 1.) Una parte del trabajo de Léopold ha sido traducida en frances en la tesis de M. Fioupe, *Lymphatiques utérins*, etc., 1876.

Hemos comprobado la exactitud de los hechos expuestos por Léopold en cuantos puntos hemos tenido ocasion de estudiar.

Segun este histólogo, las glándulas de la mucosa están, como los vasos, rodeadas de redes linfáticas, constituyendo una vaina, que se comunican unas con otras por medio de pequeños trayectos ó lagunas linfáticas.

El conjunto de este sistema de lagunas ó hendiduras se comunica con una vasta red subperitoneal que reviste toda la superficie externa del útero, formando una de sus partes los numerosos vasos de mayor calibre que recorren los ligamentos largos.

Es sabido que la cavidad peritoneal comunica con las lagunas subyacentes por una especie de tubos rodeados de células, que Ranvier ha demostrado perfectamente en el centro frénico del conejo, á los cuales ha dado el nombre de excavaciones linfáticas (1).

Éstas, si bien no se ha demostrado, es probable existan en el útero. De todos modos, hay una fácil comunicacion entre el sistema linfático de la cavidad uterina y la red subperitoneal.

El tejido conjuntivo del útero es tejido fibroso, pobre en elementos celulares y rico en fibras elásticas.

La vascularidad de este órgano es considerable. Las arterias son notables por su disposicion en hélice y por el espesor de sus paredes.

El modo de terminacion de los nervios en los músculos de fibras lisas es aún poco conocido. El útero es uno de los órganos más defectuosos para este género de investigaciones, haciéndose necesario estudiarlas en otros órganos para poder emprender un trabajo de esta naturaleza en el útero, sobre todo por la probabilidad de que los nervios estén dispuestos de igual modo en todo el sistema muscular liso, cualquiera que sea la region que se le considere.

No están conformes los histólogos sobre la terminacion de los nervios en las fibras musculares lisas. Unos sostienen que terminan en la fibra por una extremidad libre (2). Otros creen, por el contrario, que las últimas fibrillas, resultantes de la division del nervio, forman una red terminal.

Ranvier, que ha estudiado esta cuestion, ha obtenido, por medio de una aplicacion nueva del método de cloruro de oro, resultados muy interesantes. Segun él (3), los nervios motores se dividen y subdividen hasta dar las fibrillas que han de distribirse por la superficie de las células musculares lisas, desplegándose y formando una arborizacion terminal, á la cual denomina *mancha motriz*. Antes de desplegarse estas fibras, forman los ner-

(1) Ranvier, *Traité technique d'Histologie*, pág. 396.

(2) *Beiträge zur feineren Anatomie der Muskelfasern des Uterus*. (Elscher, *Arch. f. Gyn.*, 1876, t. IX, pág. 10.)

(3) Ranvier, *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1878, t. LXXXVI, página 143.

vios (en los mamíferos) una red muy compleja, disposición que explica la divergencia de opinión de los anatómicos. Existe, pues, una red nerviosa de la cual parten fibras sumamente finas que van á terminar en la misma fibra muscular. Según estos hechos, habrá una gran semejanza entre la terminación de las fibras nerviosas en los músculos lisos y en los estriados. La *mancha motriz* de unos reemplazará á la *placa motriz* de los otros.

El estudio de la mucosa uterina presenta gran interés y al propio tiempo encierra muchas dificultades.

En la mujer, además de las diferencias individuales, varía esta mucosa según que se la estudie ántes ó después de las reglas, en una época más ó menos próxima á este estado, ó según que se halle el útero en uno ú otro período del embarazo.

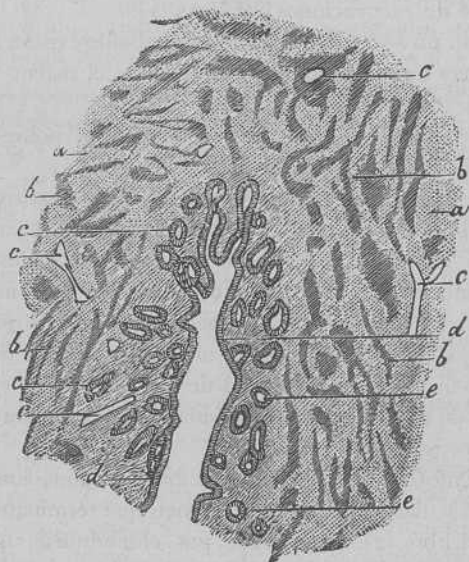


Figura 10. — Corte de la mucosa del cuerpo del útero fuera del período menstrual (aumento 40 diámetros).

a. a. Tejido conjuntivo. — *c. c.* Cortes de los vasos. — *d. d.* Revestimiento epitelial. *b. b.* Haces de fibras musculares lisas, cortados en diferentes sentidos. — *e. e.* Cortes de las glándulas.

Hacia la mitad del intervalo menstrual, la mucosa del cuerpo uterino consta de una ligera capa de células epiteliales cilíndricas (*fig. 10*), las cuales penetran de distancia en distancia en el tejido subyacente para formar una serie de glándulas en tubo, situadas á diversa profundidad por circunstancias que expondremos al tratar de las transformaciones de la mucosa en el período menstrual.

Las glándulas del cuerpo del útero están tapizadas por un epitelio cilíndrico. No hemos observado nunca pestañas vibrátiles, aun en aquellos

casos en que se conservaban perfectamente en los elementos del cuello y de las trompas. Sin embargo, la existencia de tales pestañas vibrátiles es admitida por la mayor parte de los autores. Las glándulas que nos ocupan, raras veces son bifurcadas, y por lo general terminan en fondo de saco.

Al nivel del orificio interno se trasforma la mucosa para revestir el cuello, no sufriendo ningun cambio importante toda esta porcion bajo la influencia de la menstruacion ó del embarazo. La hiperhemia genital producida por estos dos estados fisiológicos produce solamente una secrecion más abundante de las glándulas.

La mucosa del cuello presenta una disposicion absolutamente diversa á la del cuerpo.

A simple vista se observan numerosos repliegues que se designan con el nombre de *árbol de la vida*.

Su borde libre está revestido por un epitelio vibrátil que, segun va aproximándose á la superficie interna de estas anfractuosidades, pasa del estado de epitelio vibrátil al de epitelio calciforme, que se desenvuelve más á medida que penetra más profundamente en las numerosas glándulas situadas en el fondo de los repliegues mucosos. Las glándulas del cuello difieren esencialmente de las del cuerpo, no solamente por la forma de su epitelio, sino que tambien por su estructura. Miéntas las del cuerpo son glándulas en tubo, raras veces bifurcadas, las del cuello son verdaderas glándulas en racimo, dividiéndose en un gran número de fondos de saco.

Hemos demostrado que la disposicion de esta túnica calciforme existe constantemente en la mujer, sea cual fuere el período de su vida (1).

A esta diferencia en la estructura va unida una diferencia en la funcion.

Miéntas las glándulas del cuerpo del útero segregan un líquido poco consistente, casi seroso, las del cuello producen un moco gelatiniforme, resistente á la presion, y forma masas semisólidas, como se puede comprobar en el tapon mucoso que oblitera el cuello durante el embarazo.

Esta sustancia mucosa y consistente es siempre producida por las células calciformes. Cualquiera que sea el punto del organismo donde se encuentre, se debe suponer la existencia de dicha especie de epitelio.

Nos ha sucedido muchas veces encontrar moco de bastante densidad al practicar el exámen de un tumor; y al suponer la existencia de epitelio calciforme, el exámen histológico ha venido á confirmar siempre nuestra suposicion. Por los caractéres del producto especial hemos encontrado glándulas de células calciformes en regiones donde no sospechábamos siquiera su existencia.

(1) Comunicacion á la Sociedad de Biología de París, 1875.

En este punto, como en otros muchos, han aventajado los clínicos á los histólogos. Aran ha descrito perfectamente los caracteres diferenciales entre el móco del cuerpo y del cuello uterino, que há tiempo fueron observados por los clínicos.

La relacion inversa que presentan entre sí el cuerpo y el cuello del útero, segun la edad del individuo, bajo el punto de vista de la anatomía descriptiva, se encuentra igualmente en su estructura íntima, como nos lo demuestra el exámen histológico.

En una niña de seis á siete años existen solamente en la mucosa del cuerpo uterino algunas invaginaciones de epitelio que penetran á poca profundidad en el estroma, constituyendo glándulas rudimentarias. En cambio, las del cuello están completamente desarrolladas, teniendo casi las mismas dimensiones que corresponden al adulto, y las cuales han adquirido ya un volúmen considerable en el momento del nacimiento, segun hemos tenido ocasion de comprobar, y como lo demuestra el tapon mucoso que llena la cavidad uterina en el feto que nace muerto.

La disposicion de la mucosa del cuello uterino cambia en el orificio externo. La del hocico de tenca, es decir, toda la capa externa de la porción vaginal del cuello, es una mucosa de epitelio pavimentoso estratificado, análogo al epitelio cutáneo. En él se encuentran, como en el dérmis, numerosas papilas cubiertas de muchas capas epiteliales, siendo más aplanadas á medida que son más superficiales. Presentan, como las de la piel, bordes dentados que las unen entre sí, segun se observa con las ruedas de un engranaje.

En el estado normal sólo se encuentran algunas veces glándulas en la proximidad del orificio externo; pero en la mucosa que reviste exteriormente el hocico de tenca no las hemos encontrado nunca. Cuando la mucosa interna del cuello se hace externa en algunos puntos, entónces se encuentran las glándulas en gran número á mayor ó menor distancia del orificio.

Estos casos, designados con el nombre de ectropion de la mucosa, deben considerarse como patológicos: se observan con gran frecuencia en las metritis crónicas.

Recordarémos, por último, que la disposicion de las glándulas del cuello, como las del cuerpo del útero, varía considerablemente de uno á otro individuo (1).

(1) Esta observacion ha sido expuesta por Wyder, sin que hayamos podido comprobar, como en algunos casos señalados por este histólogo, la falta completa de glándulas en la cavidad cervical. *Beiträge zur normalen und pathologischen Histologie der menschlichen Uterusschleimhaut.* (Arch. f. Gyn., t. XIII, pág. 7.)

FISIOLOGÍA DEL ÚTERO

El papel fisiológico del útero es complejo y de gran importancia para las funciones de reproducción.

Este órgano es absolutamente pasivo en la fecundación y sólo da paso á los espermatozoides, ó bien posee la propiedad de atraer hácia su cavidad el líquido fecundante por una especie de succión producida por contracciones y relajaciones sucesivas? Hé aquí dos cuestiones no dilucidadas todavía. La facultad de atraer el esperma por una especie de aspiración ha sido admitida desde hace algún tiempo por ciertos anatómicos. (Bartholino.) Los movimientos del cuello observados en un útero en estado de prolapso vienen en apoyo de esta opinión.

La marcha de los espermatozoides hasta el óvulo no obedece á una causa única, como veremos al estudiar la esterilidad.

La propiedad dominante del útero, que es la contractilidad, nos la indica su misma estructura: se halla compuesto en gran parte de fibras musculares.

La contractilidad uterina varía por multitud de circunstancias, principalmente según que el órgano se halle en estado de vacuidad ó de gestación. Es probable que difiera también en las diversas especies animales, si bien no se pueden comparar los experimentos practicados en un útero doble (perra, gata, coneja) con los de un útero único, tal como el de la mujer y el de algunos cuadrumanos. Los animales de útero doble son los que más han servido de objeto de estudio á los experimentadores.

El útero es mucho más contráctil durante el embarazo que en el estado de vacuidad; dicha propiedad aumenta á medida que el período de gestación se aproxima á su término.

Algunos autores han puesto en duda la contractilidad del útero en estado de vacuidad. (Oldham.) No todos los experimentos concuerdan con tal aserto, lo cual depende quizás de las diversas condiciones en que se han practicado. Recordaremos con este objeto un experimento (1) que hemos practicado repetidas veces con el mismo resultado: si se hace pasar una corriente interrumpida por el útero en estado de vacuidad de una perra ó coneja, no se obtiene ninguna contracción apreciable; mientras que la misma corriente produce violentas contracciones en el útero de un animal de la misma especie cuando contiene un feto ó hace poco tiempo que ha sido expulsado.

Beigel ha obtenido contracciones en cuatro mujeres sanas y no emba-

(1) Chantreuil, *Application de l'Histologie à l'Obstetrique*, tesis de agregación, París, 1872, pág. 80.

razadas haciendo pasar una corriente continua y aplicando uno de los polos en el cuello. Se ha comprobado igualmente, en los úteros en estado de prolapso y que salían por la vulva, que las frotaciones sobre el cuello originaban una serie de movimientos sucesivos de dilatación y estrechez del orificio externo. (Beck.)

Los fenómenos producidos por la influencia de una excitación mecánica son fáciles de comprobar constantemente, bien practicando el cateterismo uterino ó examinando cómo es expulsado el moco en gran abundancia por el orificio cervical en algunas mujeres por la excitación que produce el espéculum introducido en la vagina.

Las contracciones uterinas son involuntarias, como la mayor parte de las que dependen de los músculos lisos (1). Los dolores que las acompañan se manifiestan principalmente durante el parto, como también en el estado de vacuidad, según se observa en algunos casos de dismenorrea.

El cuello del útero es casi insensible. Se puede incidir y cauterizar sin que la mujer experimente el menor dolor. Sin embargo, ofrece alguna sensibilidad; pues si, al practicar el tacto, se empuja sobre el cuerpo, esta presión produce una sensación penosa, que desaparece pronto, la cual no hay que confundirla con el dolor que acusan las enfermas que padecen una metritis en el momento de practicar el tacto del cuello. (Hemos ya expuesto estos hechos al tratar del tacto vaginal.) Hay circunstancias, en efecto, en que esta región, indolente en estado normal, adquiere un grado de sensibilidad notable. Se han emitido, para explicar estas variaciones, diversas hipótesis, sin que ninguna haya sido demostrada hasta la actualidad.

En la neuralgia lumbo-abdominal se encuentra con gran frecuencia, sobre todo en el lado izquierdo, un punto doloroso que corresponde á la unión del cuello con el cuerpo.

Además de las excitaciones mecánicas y de las corrientes eléctricas, hay diversos agentes capaces de producir las contracciones uterinas.

La falta de sangre en los centros nerviosos, la anemia cerebral causada por una hemorragia, y la compresión de la aorta, producen también fenómenos contráctiles.

Un exceso de ácido carbónico en la sangre ha producido el mismo resultado (2). Las excitaciones de la región mamaria parecen obrar también produciendo contracciones uterinas.

Algunos autores han pretendido obtener resultados terapéuticos valiéndose de esta propiedad, á cuyo fin se han aplicado extensos sinapismos en

(1) En algunas especies animales, los músculos voluntarios son lisos. Se encuentran igualmente músculos estriados independientes de la acción de la voluntad.

(2) Brown-Séguard ha demostrado que, ligando la tráquea de un conejo, se producen contracciones en el útero. En cuanto se quita la ligadura cesan dichas contracciones, para manifestarse de nuevo si se impide la penetración del aire en las vías aéreas.

la region mamaria para hacer reaparecer las reglas. Se ha llegado hasta admitir la posibilidad de producir por este medio el parto prematuro. Las excitaciones provocadas en diversos puntos de la piel tienen tambien su accion sobre los movimientos del útero.

El calor es un agente de la contraccion uterina. Este hecho, comprobado experimentalmente por Calliburcès (1), Claudio Bernard (2) y Runge (3), ha dado origen á diversas aplicaciones terapéuticas (baños calientes contra las metrorragias y el saco de Chapman).

La accion de la terapéutica sobre los músculos puede ejercerse sin el concurso del sistema nervioso, como lo demuestra el experimento de Cl. Bernard, que consiste en enfriar una rana hasta que el corazon, puesto al descubierto, deje de latir. Introduciendo despues en agua caliente una de las extremidades de dicha rana, préviamente desprovista de todos sus nervios, comienza á latir el corazon con mucha más energía; pues, por intermediacion de la sangre, se trasmite el calor y obra sobre el centro circulatorio.

La influencia térmica, como la de la electricidad, varía segun las condiciones fisiológicas del órgano sobre el cual se opere (4).

La energía de la contraccion uterina es proporcional á la elevacion de temperatura. A más de 60° pierde sus condiciones de vitalidad, y su immersion en el agua calentada á 45° le paraliza al cabo de siete á diez minutos (5).

Una temperatura baja produce igualmente la contraccion del útero, siendo rápida y única, lo contrario de lo que se observa cuando se aplica una temperatura elevada. Las aplicaciones térmicas parece ejercen más bien una accion local que refleja. La influencia del calor, cuando se halla este órgano en estado de gestacion, puede formar parte en la etiología del aborto, tantas veces observado durante el curso de las fiebres eruptivas. La accion del sistema nervioso sobre el útero, aunque estudiada por muchos autores, no está perfectamente conocida.

Hemos visto ya que la anemia cerebral produce contracciones uterinas (6). La seccion del nervio vago y del simpático en la region cervical, en nada modifica este fenómeno.

La seccion de la médula entre el occipital y el atlas disminuye esta accion y, practicada á mayor altura, la destruye por completo.

(1) Calliburcès, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1857.

(2) Claudio Bernard, *Leçons sur la chaleur animale*, 1876, pág. 368.

(3) Runge, *Die Wirkung hoher und niedriger Temperaturen auf den Uterus des Kaninchén und des Menschen*. (*Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, pág. 123.)

(4) Calliburcès ha observado que la molleja ó tercer estómago del pollo es excitable por el calor en el momento del nacimiento, sin que aumente algunos dias despues. (Claudio Bernard, *loc. cit.*)

(5) Runge, *loc. cit.*, pág. 131.

(6) Schlesinger, *Centralblatt für die medic. Wissenschaft.*, 1871.

Tales hechos parecen demostrar la existencia, en la parte superior de la médula oblongada, de un centro que preside á la actividad uterina. Otros experimentos, practicados tambien con igual objeto, parecen demostrar la existencia de un segundo punto hácia la region lumbar.

Estos diversos centros no entran necesariamente en accion en los movimientos del útero, toda vez que, separando dichos órganos del animal, se contraen por espacio de média á una hora puestos á una temperatura de 35 á 40°.

Las investigaciones más recientes sobre los nervios del útero parecen indicar una diferencia de accion entre los nervios hipogástricos y el plexo sacro relativamente á los diversos segmentos del órgano. La excitacion de los primeros produce una contraccion del cuello, miéntras la influencia contráctil de los segundos se manifiesta principalmente en el cuerpo (1).

No exponemos en este capítulo cuanto se refiere al útero en la menstruacion, sino que este punto tan interesante de la Fisiología en la mujer le describirémos en detalle al estudiar esta funcion.

DESARROLLO DEL ÚTERO

El útero se desarrolla á expensas de dos conductos aislados (tubos ó conductos de Müller), los cuales se reunen parcialmente hácia la octava semana de la vida embrionaria, constituyendo el útero y la vagina, y quedando separadas las partes que han de formar las trompas. En muchos animales, los conductos de Müller sólo se unen por su extremidad inferior, de donde resultan los úteros dobles. En la mujer, el límite entre ambas partes (útero y trompa) está indicado por la insercion del ligamento redondo.

Es de gran utilidad el conocimiento de dicha disposicion para distinguir los tumores de las trompas de los del útero, como asimismo los embarazos tubarios y los úteros simples ó dobles.

La union de los dos conductos de Müller comienza en la parte inferior, de donde resulta que las dos porciones de la vagina se unen ántes de formarse el útero, por lo que son más frecuentes los casos de úteros dobles que los de dobles vaginas.

No insistirémos en este punto sobre las dimensiones del útero, ni expondrémos sus relaciones con los demas órganos en las distintas edades, por haberlo expuesto anteriormente.

(1) Basch y Hoffman, *Stricker's medic. Jahrb.*, 1877. *Anal. dans la Revue des sciences médicales*, t. XII, pág. 55.

VICIOS DE CONFORMACION DEL ÚTERO (I)

Segun que uno ú otro de los conductos de Müller falte ó se atrofie, ó que su union esté total ó parcialmente modificada, se observan diversos vicios de conformacion congénitos del útero.

Estudiarémos primero las anomalías que pertenecen á la vida embriónica, y en segundo lugar las faltas de desarrollo que puedan presentarse en este órgano despues del nacimiento.

A. ANOMALIAS PRODUCIDAS DURANTE LA VIDA INTRAUTERINA

Las anomalías que aparecen durante el período fetal varían segun la época de su principio. Las dividiremos, pues: 1.º, en anomalías que datan de los cuatro ó cinco primeros meses de la vida fetal; y 2.º, anomalías desarrolladas desde el cuarto ó quinto mes hasta el nacimiento.

1.º *Anomalías desarrolladas durante los cuatro ó cinco primeros meses de la vida fetal*

Estas especies de anomalías son las más numerosas y las que revisten mayor interes.

a) Falta del útero ó útero rudimentario

Los casos de falta completa del útero son sumamente excepcionales, hasta el punto de haber sido negados por algunos autores. Se observa, en efecto, que en determinadas observaciones, consideradas primero como una falta completa del útero, investigaciones más atentas han demostrado la existencia de los tráctus fibro-musculares ó un útero microscópico (2).

Anatomía patológica. — A veces se halla representado el útero por una lámina fibro-muscular sin forma determinada, y otras, por el contrario, ofrece el aspecto de un útero en miniatura, pero sin cavidad.

En otros casos, las dos trompas están unidas por una especie de arco, sin que se encuentre nada que pueda referirse al cuello. Se ven tambien

(1) Véase, para los vicios de conformacion del útero, Kussmaul, *Von dem Mangel der Gebärmutter*, u. s. w., Würzburg, 1859, y Léfort, *Des vices de conformation de l'utérus et du vagin*, tesis de agregacion, París, 1863. Véanse igualmente las ya dichas observaciones consignadas en los boletines de la *Société anatomique de Paris*.

(2) Caso de Langenbeck y Fœrster, citado por Léfort, *loc. cit.*, pág. 32.

úteros rudimentarios, formados por paredes membranosas, que contienen una pequeña cavidad mucosa simple ó doble con dos extremidades y un cuello. (Útero bicorne ó doble rudimentario.)

La falta ó el estado rudimentario del útero puede ir acompañado de una anomalía del mismo género por parte de las trompas, si bien se encuentran éstas con gran frecuencia normalmente conformadas. La falta ó la existencia de los ovarios es igualmente variable.

La vagina puede no participar de la falta de desarrollo ó ser más corta, terminando en fondo de saco, sin que presenten los órganos genitales externos ningún carácter distinto del estado normal.

Síntomas. — Las variedades anatómicas que acabamos de exponer tienen igual significación bajo el punto de vista práctico.

El aspecto general, la configuración exterior y el desarrollo de las glándulas mamarias, en nada pueden afectar al vicio de conformación del útero, conservándose la voz y carácter que corresponde al sexo femenino. Hay circunstancias, sin embargo, en que la pélvis es estrecha y las mamas son poco voluminosas, caracteres que indican á la simple vista una de estas anomalías. En un caso estudiado por nosotros, y en el cual el estado rudimentario del útero coincidía con una vagina también rudimentaria, la mujer objeto de la observación, de 26 años de edad, vigorosa y bien constituida, tenía las mamas iguales á las de una niña de 12 á 13 años, ofreciendo la particularidad de que faltaba la areola y tenían el pezón apenas apreciable.

Dicha enferma, desde la edad de 15 ó 16 años, experimentaba todos los meses, en un período fijo y sin la menor hemorragia, dolores lumbares y abdominales muy intensos, y cuya duración no excedía de cinco á seis días. Con objeto de curarse dichos dolores reclamó nuestra asistencia.

En efecto, en esta categoría de mujeres incompletamente desarrolladas falta siempre el derrame menstrual.

No sucede lo mismo con el *molímen* menstrual (1), que puede existir á pesar de la ausencia de todo flujo periódico.

Se ha dicho que, cuando el molímen menstrual subsiste, es que los ovarios funcionan, hipótesis que no creemos demostrada.

Cuando el útero rudimentario coexiste con una vagina en fondo de saco, las relaciones sexuales se verifican en dicho fondo, que concluye, bajo esta influencia, por adquirir la longitud de una vagina normal. Otras veces es la uretra la que sirve de órgano copulador, sin que resulte casi nunca la incontinencia de orina.

Diagnóstico. — El diagnóstico del útero rudimentario es de suma importancia, sobre todo si coexiste con una membrana que obture la vagina.

(1) Se designa con el nombre de *molímen* menstrual al conjunto de síntomas que acompaña á las reglas. Empleamos esta expresión por estar consagrada por el uso, por más que la creemos defectuosa.

El exámen de las enfermas se practicará con especial cuidado, principalmente en la época de la menstruacion, es decir, cuando experimentan trastornos generales. A veces existe un tumor cuando la hemorragia menstrual no puede salir al exterior.

Si el útero es rudimentario, los fenómenos generales no van acompañados de exhalacion sanguínea.

La palpacion abdominal, combinada con el tacto rectal y la introduccion de una sonda en la vejiga y otra en el recto, podrán suministrar algunos datos, no tantos como se creía, pues se ha exagerado bastante su importancia.

Si la uretra está dilatada por las relaciones sexuales, introduciendo un índice en la vejiga y otro en el recto se efectuará el exámen con mayor facilidad (1); pero, en muchos casos, el diagnóstico clínico reviste numerosas dificultades.

Pronóstico. — El pronóstico no es grave con relacion á la vida de la mujer. Es fatal en absoluto por lo que se refiere á las funciones de reproduccion. Lo que reviste mayor importancia es el que algunas mujeres contraen matrimonio á pesar de tener este vicio de conformacion, acerca de cuya existencia estaban en la mayor ignorancia.

Etiologia. — Los casos de útero rudimentario suelen ser frecuentes en una misma familia. Bastará, para demostrarlo, exponer las observaciones de Squarey, de Nelson, donde muchas hermanas presentaban esta anomalía. En una de estas observaciones se ha visto que las hermanas de la madre de los sujetos examinados jamás habían menstruado y tres de ellas fueron esposas estériles (2).

Tratamiento. — Todo tratamiento en los casos de este género carece de éxito. Si los dolores se repiten en un período fijo y llegan á ser muy intensos, se procurará calmarlos administrando los narcóticos. Dichas manifestaciones periódicas desaparecen algunas veces espontáneamente, bien pasados algunos años, ó cuando sobreviene la menopausia en las mujeres bien constituidas.

b) Uteros dobles.

Los úteros dobles presentan muchas variedades, que describirémos, si quiera sea brevemente.

Anatomía patológica. — 1.º *Uterus duplex.* — El útero *duplex* es el que consta de un cuello único y dos extremidades que nacen del mismo

(1) Se ha insistido sobre la utilidad del tacto vesical como medio de diagnóstico. Véase, con este objeto, Leblond, *Traité élémentaire de Chirurgie gynécologique*, Paris, 1878, pág. 58.

(2) Véase Beigel, *loc. cit.*, t. II, pág. 180, y Léfors, *loc. cit.*, pág. 38.

cuello. Expuestas ya algunas consideraciones sobre su fisiología, nos limitaremos en este punto á diferenciarle de la variedad siguiente.

2.º *Uterus bicornis*. — En esta forma, la reunion de los conductos de Müller se extiende hasta por encima del cuello, sin completarse en la parte superior á pesar de estar dividido el cuerpo del útero. La division puede no consistir más que en una pequeña depresion de la porcion média del fondo, ó acentuarse más, como sucede en el llamado *uterus cordiformis*.

El cuello, simple exteriormente, presenta en algunos casos dos orificios.

3.º *Uterus septus* (1). — En esta variedad, el órgano uterino revela al exterior su configuracion normal, pero su cavidad está dividida en dos por medio de una membrana, unas veces en toda su altura y otras de un modo incompleto, llegando hasta el orificio interno ó á una corta distancia del istmo, constituyendo entónces el útero *subseptus* (2).

Es difícil encontrar un cuello doble y la cavidad del cuerpo única.

Con el *uterus septus*, como con el *uterus bicornis*, la vagina es unas veces simple y otras doble.

4.º *Uterus didelphis* (3). — Los conductos de Müller pueden haberse aproximado más ó menos, sin que el tabique que los separa se haya reabsorbido. Existen en estos casos dos úteros, y las más veces dos vaginas, pegadas una á otra. Cada parte posee una trompa, un ovario y un ligamento redondo. Se ha dado á esta forma de suspension de desarrollo el nombre de *uterus didelphis*.

A menudo coincide con la atresia de un punto cualquiera de las vías genitales.

Sintomas. — La mayor parte de los síntomas son los mismos en las diversas variedades anatómicas de úteros dobles. Puede haber, sin embargo, algunas diferencias fisiológicas, segun el punto en que se verifique la division. Así, cuando ésta tiene lugar al nivel de la union del cuello y del cuerpo (*uterus duplex*), los dos cuernos ofrecen, al parecer, contracciones y, por consiguiente, gozan una inervacion independiente. Una mujer que presentaba esta conformacion anatómica parió en el mes de Julio dos gemelos de seis meses, y en Octubre un niño de término. Durante ese intervalo de tres meses entre los dos partos, las reglas se manifestaron como en el estado normal (4). Por consiguiente, mientras que una mitad del útero expulsaba dos fetos de seis meses, la otra conservó hasta el término del embarazo su producto de concepcion. Cuando la separacion tiene lu-

(1) *Ut. bilocularis, ut. bipartitus*, de Lefort.

(2) *Ut. subseptus ó semipartitus*, de Lefort.

(3) *Ut. duplex, diductus ó didelphis*, de Lefort.

(4) Ross, citado por Beigel, *loc. cit.*, t. II, pág. 185.

gar á cierta distancia del cuello, las contracciones de las dos porciones no se verifican de una manera independiente.

La existencia de un útero doble no tiene, por lo general, ninguna influencia sobre la menstruacion.

Las reglas fluyen por ambos orificios, ora en la misma época, ora en una época diferente (1). Uno sólo de los orificios puede tambien dar paso á la sangre.

Si existe una obliteracion en un punto cualquiera del útero ó de la vagina, se ve sobrevenir accidentes, que ya estudiaremos en el capítulo de la retencion de las reglas.

Las mujeres que tienen un útero doble son perfectamente aptas para concebir. Se han citado observaciones de 14 ó 17 embarazos, á pesar de semejante anomalía. Por lo general, el embarazo llega á su término; otras mujeres abortan varias veces, sin poder llegar al noveno mes (2).

Las trasformaciones de la cavidad uterina bajo la influencia de la gestacion se observan lo mismo en la mitad vacía que en la que contiene el feto, como nosotros mismos hemos tenido ocasion de comprobar (3).

El parto tiene lugar las más veces de una manera completamente normal. Tambien se ha visto sobrevenir roturas del útero.

Cuando la insercion de la placenta se verifica en el tabique, las hemorragias *post partum* son más temibles. Se ha supuesto que, en estos casos, siendo poco rica en haces musculares la membrana que separa los dos úteros, la contraccion no obra sobre esta parte del órgano para producir el estrechamiento de los vasos sanguíneos (4).

Los hechos que ántes hemos citado prueban que, al ménos en los casos de *uterus duplex*, un embrión puede ser expulsado de una mitad, conservando la otra por espacio de muchos meses un segundo feto.

La duplicidad del útero parece ser una condicion favorable para la posibilidad de la superfetacion (5).

Diagnóstico. — La existencia del útero doble suele observarse en el momento del parto.

Otras veces, los desórdenes de la menstruacion, las dificultades en las relaciones sexuales, ocasionan enfermedades que hacen necesaria la intervencion del médico. Si existen dos cuellos del útero ó dos orificios en un mismo cuello, el diagnóstico no presenta ninguna dificultad.

Por medio de sondas introducidas por los dos orificios se juzgará de

(1) Lefort, *loc. cit.*, pág. 86.

(2) Observacion de Bayard, *Quatorze grossesses toutes suivies d'avortement.* — Lefort, *loc. cit.*, pág. 88.

(3) *Bullet. de la Soc. anatom.*, 1875, pág. 681.

(4) Bailly, *Bullet. de la Soc. anat.*, 1867, pág. 444.

(5) Lefort, *loc. cit.*, pág. 103.

la extension del tabique. La dilatacion de la cavidad cervical permitirá apreciar mejor todos los detalles anatómicos.

c) Úteros unicornes

El útero unicorne resulta de la atrofia ó de la suspension de desarrollo de uno de los conductos de Müller.

Anatomía patológica. — El cuerno rudimentario puede presentar una estructura y una posicion diferentes, segun los casos.

Si el conducto de Müller se ha atrofiado en toda su extension, la trompa y el útero de este lado sólo se hallan representados por un cordón fibro-muscular. Otras veces la suspension de desarrollo sólo existe en un punto: entónces hay un conducto hasta la insercion del ligamento redondo.

El cordón fibroso, uniformemente desarrollado, ó presentando una anchura mayor en una region cualquiera de su trayecto, es macizo en todo su trayecto y se continúa con la parte lateral del cuerpo y del cuello del útero, donde se forma una cavidad que ocupa su longitud total, sin que su diámetro haya aumentado.

El útero unicorne puede adquirir el volúmen de un útero normal, modificándose tan sólo su forma.

Unas veces presenta un aspecto globuloso, ó más bien cónico. Aquí, el vértice del cono se encuentra situado hácia arriba, contrariamente á lo que se observa en el útero normal, que posee tambien una forma conoidea, pero con el vértice dirigido hácia abajo. Otras veces, el útero unicorne se desvía lateralmente, de modo que tiene un borde convexo y el otro cóncavo.

El ovario del lado atrofiado falta ó se encuentra en condiciones normales de desarrollo.

Se han citado anomalías del riñon acompañando el útero unicorne. Unos han visto que el riñon del lado enfermo descendía á la excavacion. (Bérard.) En otras observaciones, el riñon faltaba completamente. (Puech.) El ligamento redondo es mucho más largo, y situado más arriba en el lado rudimentario que en el lado sano.

El útero unicorne puede sufrir en su conjunto un desarrollo incompleto. Entónces se ha observado, faltando el fondo, un cuello más largo y más ancho que el cuerpo, ó bien la porcion vaginal es pequeña y la vagina estrecha.

El ovario del lado más atrofiado es oblongo. Esta posicion se observa rara vez en la mitad más desarrollada. Se ha encontrado, en algunos casos, la trompa del lado rudimentario situada por fuera del ovario. Terminaba entónces en un fondo de saco libre, sin unirse al útero.

Sintomas. — En los casos de útero unicorne, completamente desarrollado, la menstruacion es normal. El embarazo sigue su evolucion, á veces

sin el menor accidente, y se han visto mujeres que llegaron á tener 10 (Chaussier) y aún 12 partos (Granville).

Si el producto de la concepcion está alojado en el cuerpo principal, el parto se verifica generalmente en las condiciones ordinarias.

Si es el cuerno rudimentario el que contiene el feto, se debe temer una rotura del tercero al sexto mes. Estos casos, que tienen muchas relaciones con los embarazos tubarios, producen ordinariamente la muerte.

Aunque situado en la mitad más completa, el embrión, al desarrollarse, puede tambien producir la rotura de las paredes uterinas adelgazadas (1).

Ciertas observaciones de embarazos dobles, en un útero unicorné, han demostrado hechos fisiológicos interesantes. Así ha podido comprobarse que un mismo ovario produce óvulos cuyo desarrollo ulterior dará indiferentemente individuos de ambos sexos, por más que los antiguos creían que el ovario derecho produce óvulos machos y el izquierdo óvulos hembras.

Diagnóstico. — El diagnóstico del útero unicorné presenta á menudo grandes dificultades, en términos que muchas veces sólo por la autopsia se comprueba la anomalía que nos ocupa. Se podrá llegar á una probabilidad si, por medio del tacto y de la palpacion combinados, se encuentra el útero desviado lateralmente y presentando su punto más estrecho en la parte superior.

La distincion con el embarazo tubario es casi imposible durante la vida.

En el embarazo tubario, sin embargo, la rotura se verifica en una época más próxima al principio que en los casos de útero unicorné. Algunas veces, aún en la autopsia, es difícil el diagnóstico diferencial.

La insercion del ligamento redondo debe servir de punto de referencia. En el útero doble se encuentra fuera del saco fetal. En el embarazo tubario se halla situado entre el huevo y el útero.

2.º — *Anomalías desarrolladas entre el cuarto ó el quinto mes
y el nacimiento*

a) Útero fetal

Se llama útero fetal el que, en la mujer adulta, ha conservado los caracteres que presenta en la niña recién nacida. En vez de revestir su forma conoidea, es cilíndrico. El cuello constituye casi toda su totalidad, siendo la cavidad del cuerpo todavía rudimentaria. Las paredes del cuerpo son más delgadas que las del cuello, y la longitud total del órgano oscila

(1) Moldenhauer, *Arch. f. Gyn.*, t. VII, pág. 175.

entre cuatro y cinco centímetros. El hocico de tenca apenas forma eminencia en la vagina; el orificio externo tiene pequeñísimas dimensiones.

Los ovarios pueden ser rudimentarios ó normales, y funcionar activamente (1).

La vagina es corta y estrecha ó adquiere proporciones normales.

En un caso en que hicimos el exámen histológico, las glándulas del cuello estaban ménos desarrolladas que en la mujer adulta, aunque la enferma tenía 38 años. La mucosa del cuerpo estaba representada por una sola fila de células, con algunas desigualdades, disposicion que ya hemos descrito. En ninguna parte se encontraba, en el cuerpo uterino, la serie de glándulas en tubos que se observan en dicha edad.

Sintomas. — Las mujeres en las cuales se encuentra un útero infantil presentan á menudo el aspecto normal. Otras tienen la pélvis y las mamas poco desarrolladas.

Lo que principalmente llama la atencion de las enfermas y del médico es la falta de flujo de sangre.

El molímen menstrual puede subsistir, con su cortejo periódico de dolores lumbares, cefalalgia y áun leucorrea.

Diagnóstico. — Además de los signos funcionales, la palpacion, el tacto, y sobre todo el cateterismo, vendrán á ilustrarnos acerca de las débiles dimensiones del órgano uterino.

En una observacion, á la cual hemos aludido en otro lugar (2), el útero fetal estaba complicado con perimetritis y metritis, en términos que el espesor de las paredes podía haber inducido á error, haciendo creer en un órgano normal, si el cateterismo no nos hubiera demostrado que la cavidad uterina sólo tenía cuatro centímetros de profundidad.

Pronóstico. — La esterilidad es la consecuencia necesaria de esta suspension de desarrollo.

Tratamiento. — Los medios curativos se emplearán en vano. Importa, sin embargo, hacer un diagnóstico preciso en lo posible, aunque sólo sea para evitar á las enfermas las molestias de un tratamiento inútil. Los dolores vivos, si son periódicos, harán aconsejar el uso de las preparaciones narcóticas.

b) Hipertrofia congénita del útero (3)

El útero puede adquirir, durante la vida fetal, dimensiones muy superiores á las que tiene generalmente en dicha edad. En tales casos, el útero de la recién nacida, en vez de hallarse constituido casi únicamente por el

(1) Siredey y Sinéty, *Ann. de Gynéc.*, 1877, t. II, pág. 25.

(2) *Loc. cit.*, pág. 27.

(3) Véase Klob, *loc. cit.*, pág. 15, y Léopold, *Arch. f. Gyn.*, t. V, pág. 162.

cuello y de presentar una forma cilíndrica, tiene el aspecto, en pequeño, del órgano adulto. El cuerpo uterino adquiere también el papel predominante que sólo goza ordinariamente en la época de la pubertad.

B. SUSPENSIONES DE DESARROLLO QUE INTERESAN EL ÚTERO
DESPUES DEL NACIMIENTO

a) Útero infantil

Lo que hemos dicho acerca del útero fetal nos dispensa de extendernos sobre lo que concierne al útero infantil. Existen, sin embargo, entre ambos algunas ligeras diferencias. Así, el árbol de la vida, que en el útero fetal se remonta hasta la extremidad superior de la cavidad, cesa más por debajo en el útero infantil.

Es imposible, clínicamente, distinguir las formas fetal é infantil. El lector puede recordar lo que hemos dicho acerca de la primera variedad, por lo que concierne á la sintomatología y al diagnóstico de la segunda.

b) Útero pubescente

Se ha designado con el nombre de *útero pubescente* (Puech) una variedad de suspensión de desarrollo, llamada por otros autores desarrollo incompleto.

Anatomía patológica. — El útero pubescente es un estado intermedio entre el útero infantil y el de la joven vírgen al principio del período de actividad sexual. Es un órgano que persiste en el adulto con los caracteres que presenta en la época que precede á la pubertad. No se observa aquí el predominio del cuello sobre el cuerpo; ambas regiones constituyen partes próximamente iguales del útero. La cavidad mide un centímetro próximamente ménos que la de un órgano vírgen despues de las primeras reglas (cuatro á cuatro y medio en vez de cinco á cinco y medio). El útero pubescente tiene, por lo demas, la forma y el aspecto general del útero vírgen, del cual difiere, segun Puech (1), por su peso muy inferior. Por término medio sólo llega á 27 gramos, mientras que en la mujer adulta llega, en el estado normal, á 45 gramos próximamente.

El estado de la vagina, de los ovarios y de las mamas es variable en tales condiciones.

Sintomas. — En las mujeres con útero pubescente se observan siempre

(1) *Ann. de Gyn.*, 1874.

ciertos desórdenes en las funciones genitales. La menstruacion falta por completo, ó bien es débil, insuficiente, irregular. La esterilidad es un hecho casi constante en los casos de este género.

Si se practica el tacto, se ve que la vagina ha disminuido de longitud y de anchura. Otras veces ha conservado sus dimensiones normales.

El hocico de tenca — que unas veces tiene apénas el volúmen de un guisante, y otras se halla representado por un pequeño cono delgado y puntiagudo — no forma en la vagina más que una elevacion casi inapreciable. El orificio externo se halla á menudo estrechado, hasta el punto de no permitir la introduccion del histerómetro. Entónces puede comprobarse, por medio de un estilete flexible, la poca extension de la cavidad uterina.

Diagnóstico. — La comprobacion de los caractéres que acabamos de enumerar se realizará por medio del tacto vaginal y rectal, asociado á la palpacion abdominal y seguido del cateterismo.

La falta de las reglas, en la época en que éstas deben presentarse, es lo que principalmente llama la atencion. Se trata de saber, cuando existe una amenorrea, si ésta es debida á una causa anatómica ó fisiológica, es decir, á un vicio de conformacion ó á un estado general del organismo.

Si la mujer no tiene más que 16 ó 17 años, se puede esperar, vigilando la marcha de los fenómenos.

Si ha pasado de los 20 años, es muy probable que la amenorrea se deba á una causa anatómica, que un exámen completo permitirá precisar.

Pronóstico. — Los autores no se hallan de acuerdo respecto al pronóstico del útero pubescente: unos lo consideran como incurable, creyendo que produce fatalmente la esterilidad; otros, por el contrario, admiten la posibilidad de una curacion y de una fecundacion. (Puech.)

Etiología. — La causa del útero pubescente nos es tan desconocida como la de todas las suspensiones de desarrollo que se presentan en dicho órgano.

Se ha dicho que la forma que nos ocupa existía sobre todo en las mujeres débiles, escrofulosas, raquílicas, enfermas de clorosis, en la época de la pubertad. Semejante etiología no resiste á los hechos observados en mujeres robustas y muy bien constituidas bajo muchos puntos de vista.

Tratamiento. — En la mayoría de los casos estará principalmente indicado fortificar la constitucion de las jóvenes por una buena higiene, el ejercicio, la gimnasia, unidos á una alimentacion sustanciosa. El uso del hierro y de la quinina estará indicado en los casos en que intervenga la clorosis.

Cuando la enferma ha llegado á los 20 años próximamente, se puede obrar sobre el órgano uterino mismo, ensayando la electricidad, la aplicacion de ventosas secas sobre el cuello.

Las excitaciones directas sobre la mucosa uterina deben intentarse también en ciertas ocasiones.

El cateterismo muchas veces repetido, ó la introduccion del pequeño pesario intra-uterino de Simpson (1), llenarán esta indicacion.

No merece mucha confianza, en las mujeres que ofrecen una suspension de desarrollo del útero, el uso interno de la mayor parte de los medicamentos llamados emenagogos.

ESTRECHECES DEL CONDUCTO CERVICAL

Describirémos con el nombre de estrecheces del cuello del útero diversos estados anatómicos, llamados por otros autores dismenorea mecánica (Courty, Simpson), ó estenosis del cuello (segun la mayor parte de los ginecólogos alemanes).

Anatomía patológica. — Las estrecheces pueden existir en diversos puntos de la cavidad cervical.

En la forma congénita existen en toda su longitud. El hocico de tenca es cónico, puntiagudo, presenta una consistencia casi cartilaginosa. Otras veces está hinchado y como edematoso.

El orificio externo es pequeño, á menudo apenas reconocible por una gotita de moco que sale por él. Algunas veces, dicho orificio está oculto por el labio anterior, más saliente que el posterior.

La estrechez se observa aisladamente en uno de los orificios interno ó externo, ó en ambos á la vez. La del orificio externo es, con mucho, la más frecuente.

Si están interesados los dos, la cavidad cervical se halla dilatada y el cuerpo del útero está separado del cuello por una estrangulacion circular. Si la estrechez sólo existe en el orificio externo, dicha estrangulacion falta y el istmo del útero se halla igualmente dilatado.

Stutomas. — Las consecuencias principales de la estrechez del cuello uterino son: 1.^a, una dismenorrea á menudo muy dolorosa; 2.^a, la esterilidad.

La sangre menstrual sólo sale por intervalos y en pequeña cantidad. La dismenorrea no está siempre en relacion con el grado de la estrechez. Se comprende, en efecto, que la intensidad de los dolores expulsivos debe depender de la cantidad de sangre acumulada y de las dimensiones de la mucosa exfoliada en un mismo espacio de tiempo. Si estos productos se encuentran de repente en gran abundancia, los dolores serán muy vivos, aún con un orificio poco estrecho. Si, por el contrario, la sangre y los res-

(1) Simpson, *Clinica de Obstetricia y de Ginecología*, version española del Dr. Serret Comin, Madrid, 1878.

tos de mucosa se eliminan lentamente y en pequeña cantidad, pasarán con facilidad, aún á través de un cuello más estrecho.

Poco á poco, la irritación resultante de esta congestión prolongada, y de la dificultad que experimenta la sangre para abrirse paso al exterior, puede ocasionar hemorragias ó ser el punto de partida de la metritis y de la perimetritis.

Diagnóstico.— La introducción del histerómetro permitirá precisar el punto en que reside la estrechez. Si ésta existe en ambos orificios, será necesario dilatar el orificio externo para llegar hasta el interno.

La forma del cuello podría hacer creer en ciertas variedades de útero pubescente. Pero su longitud y la profundidad de la cavidad uterina deben disipar todas las dudas.

Pronóstico.— La estrechez no presenta, por sí misma, ningún peligro para la vida. Podrá, como hemos visto, ser el punto de partida de la metritis ó de la perimetritis, que vendrán entonces á complicarla. Tal estado anatómico merece siempre fijar nuestra atención, á causa de la vida penosa que arrastran las enfermas por las crisis de dismenorrea y del obstáculo á la fecundación.

Pero, por un tratamiento apropiado, es fácil hacer desaparecer al mismo tiempo la dismenorrea y la esterilidad.

Etiología.— La estrechez del cuello puede ser congénita ó adquirida. Algunos autores han propuesto el nombre de *estrechamiento* para los casos adquiridos, y el de *estrechez* para los de origen congénito. (Courty.)

El estado anatómico que nos ocupa puede desarrollarse bajo la influencia de variadas causas. Entre ellas, colocaremos en primer lugar las soluciones de continuidad consecutivas al parto. Vienen después las inflamaciones, las ulceraciones, las cauterizaciones intempestivas ó mal hechas.

No nos corresponde hablar en este capítulo de las estrecheces resultantes de flexiones ó de la presencia de un pólip.

Tratamiento.— El tratamiento consiste en dilatar ó incidir la cavidad cervical, después de haber comprobado la integridad de los anejos del útero.

La dilatación puede ser lenta y gradual, ó brusca y extemporánea (1). La dilatación lenta se verifica por medio de bujías ó de dilatadores.

Se pueden emplear sondas de goma ó pequeños tallos metálicos de diámetro variable, que se dejan colocados por espacio de dos á tres horas. Si el útero es poco irritable, se reemplaza todos los días un tallo por otro de un diámetro superior, siguiendo el mismo principio que en las estrecheces uretrales del hombre.

Otras veces se dilatará con una esponja preparada ó con laminaria,

(1) Véase Ellinger, *Sur la dilatation extemporanée*. (Arch. f. Gyn., 1874, t. V. página 268.)

siguiendo los preceptos que hemos indicado en otro lugar de este libro.

A menudo se practica ántes una pequeña operacion, consistente en la incision del orificio externo, muy estrecho para que pueda penetrar el cuerpo dilatador. Es prudente, en tal caso, esperar la cicatrizacion de la herida ántes de practicar la dilatacion, al ménos cuando se recurre al método lento. El desbridamiento del orificio externo no presenta gravedad por lo general. Consiste en dos incisiones laterales que se practican, ora con las tijeras acodadas, ora con un bisturí de boton. Una lanceta llevada con las pinzas de curar es suficiente en ciertos casos.

La dilatacion brusca se verifica por medio de diversos instrumentos, entre los cuales presenta ciertas ventajas el modelo de Sims.

La incision del orificio interno es una operacion más séria que la del orificio externo, sobre todo á causa de las hemorragias á que puede dar lugar. Algunos ginecólogos llegan á rechazar dicha operacion de una manera absoluta.

Diferentes hysterótomos, de una ó muchas hojas, se han empleado para la incision del orificio interno.

Este modo de tratamiento no debe aplicarse siempre, pues sólo se recurrirá á él en las enfermas en que se juzgue absolutamente necesario. Se han observado algunos casos de muerte á consecuencia de dicha intervencion. Cualquiera que sea la operacion adoptada, debe elegirse principalmente, para practicarla, una época distante de las reglas.

Las más veces, la simple dilatacion por medio de la laminaria, precedida ó no de la incision del orificio externo, basta para producir un satisfactorio resultado.

Si el cuello es cónico y muy oblongo, puede estar indicado amputar una porcion de él con las tijeras, un bisturí ó el magullador de Chas-saignac.

El magullador (*ecraseur*) debe manejarse con grandes precauciones. Existen en la ciencia muchos ejemplos de penetraciones en el peritoneo, causadas por la dificultad que existe para limitar el punto en que ejerce su accion el instrumento.

El galvano-cauterio presenta ventajas para la amputacion del cuello; pero su empleo no es compatible con la práctica de Sims, que aconseja cubrir la superficie de la herida de amputacion con colgajos de la mucosa, unidos por algunos puntos de sutura metálica, excepto en la parte central, para proteger el orificio cervical.

Durante un tiempo bastante largo despues de la operacion, las enfermas exigirán una vigilancia activa: el ginecólogo procurará oponerse por la dilatacion á las estrecheces consecutivas.

DE LA RETENCION DEL FLUJO MENSTRUAL (HEMATÓMETRA, HIDRÓMETRA) (1)

Después de haber estudiado los diversos vicios de conformacion que pueden producir la atresia (2) parcial ó total de un punto cualquiera de las vías genitales, debemos reunir y agrupar en un mismo capítulo los accidentes que de ella resultan. Estos dependen principalmente de la retencion de los líquidos segregados ó trasudados, sangre, moco y pus.

Anatomía patológica. — El obstáculo á la salida de los líquidos puede existir en tres puntos principales: el hímen, la vagina y el útero.

Se pueden encontrar muchas obliteraciones ó tabiques sobrepuestos.

La anchura del orificio del hímen es muy variable en unos y otros sujetos. Ordinariamente deja penetrar la extremidad del dedo y puede ser bastante ancho y bastante elástico para permitir las relaciones sexuales sin que se rompa la membrana. Rara vez es muy estrecha la abertura del hímen. Se han visto, sin embargo, algunas que apenas daban paso á una sonda. En algunos casos, el hímen está imperforado. Entónces se torna grueso, rígido y adquiere una consistencia semi-cartilaginosa. Su modo de desarrollo no es todavía perfectamente conocido (3), y las observaciones de hímenes dobles sobrepuestos son muy difíciles de interpretar con las teorías generalmente admitidas en la actualidad acerca de este punto de embriología.

A menudo es difícil saber si se trata de una atresia del hímen ó de la parte inferior de la vagina. En el segundo caso, existe por debajo de la membrana obliterante un rodete circular, separado de ella por un surco más ó ménos profundo, cosa que no se observa en el primero.

La obliteracion congénita del útero es mucho más rara que la que sobreviene durante la vida extra-uterina. Ésta existe las más veces en el orificio externo, y resulta, ora de la formacion de tejido fibroso cicatricial, ora de adherencias establecidas entre la mucosa de la vagina y del cuello uterino. La atresia de la cavidad cervical es muy frecuente en la vejez. Existe en más de la cuarta parte de las mujeres que han pasado de los 50 años. (Hennig.)

Una flexion complicada con la presencia de un pólipo ó la existencia de un pólipo sin flexion pueden obstruir el orificio uterino y dar lugar al hematómetra.

Si el obstáculo reside en el hímen, el tumor se forma sobre todo á ex-

(1) Ya hemos señalado algunos síntomas del hematómetra á propósito de la atresia de la vagina.

(2) Atresia, de *a*, privativa, y *τρῆσις*, agujero.

(3) Véase *Centralblatt f. Gyn.*, 1878, pág. 503.

pensas de la vagina. El útero se halla situado en la parte superior, y sólo á la larga participa de la dilatacion.

Si el segmento inferior de la vagina falta ó está obliterado, la dilatacion se verifica por encima de este punto. El orificio externo se ensancha, pero el istmo resiste á menudo mucho tiempo, y la cavidad uterina está poco distendida, al ménos en el período próximo al principio.

Cuando el orificio externo es la causa de la retencion, todo el útero se halla dilatado, formando un tumor globuloso de paredes gruesas, en el cual no se puede comprobar la existencia del cuello.

Si se trata del orificio interno, el cuello permanece casi siempre normal, y sólo á partir del istmo se desarrolla la masa redondeada. Cuanto más arriba reside el obstáculo, más participan las trompas de la distension. Esta dilatacion tubaria es rara y tardía en los casos de atresia del hímen. El tumor de las trompas no resulta, al parecer, las más veces del reflujó de la sangre, sino de la acumulacion de los líquidos trasudados en la superficie de sus paredes.

Se ha visto una enorme distension de las trompas coincidiendo con un orificio tubo-uterino muy estrecho y áun obliterado (1). La salida á la cavidad peritoneal de la sangre contenida en la trompa puede verificarse poco á poco, de una manera lenta, ó ser la consecuencia de una rotura. En ambos casos resulta un hematocele.

La rotura de las trompas, y más rara vez la del útero, se verifica de dos modos diferentes. Unas veces, bajo la influencia del exceso de tension, las paredes concluyen por ceder; otras, á consecuencia de una puncion, la retraccion demasiado brusca del tumor ocasiona sobre las adherencias tracciones suficientes para determinar una solucion de continuidad.

Los caracteres del líquido varían segun la duracion de la enfermedad. Las más veces es rosáceo ó de color de chocolate; otras se compone de coágulos que nadan en medio del suero.

La cantidad de dicho líquido puede llegar hasta tres ó cuatro litros.

En las mujeres viejas, la obliteracion del hocico de tenca ocasiona una acumulacion de serosidad, más ó ménos mezclada con pus. Se citan casos del mismo género en recién nacidas (2). Se ha encontrado un líquido purulento, sobre todo en los casos de atresia, que se desarrollaba en una época próxima al parto.

Ciertos autores han dicho que, en los hematómetros de antigua fecha, la cantidad de sangre era menor que en los desarrollados poco tiempo ántes. Esta diferencia puede explicarse de dos modos: ó bien porque las adherencias facilitan la absorcion de los líquidos, ó bien porque el obstáculo

(1) Véase Gosselin, *Gaz. des Hôp.*, 1867, pág. 226.

(2) Hergott, tesis de agregacion, 1878, pág. 225.

á su salida hace que disminuya su produccion. Quizás cada una de estas causas tenga su respectiva importancia.

Síntomas. — Por lo general, la atresia de las vías genitales sólo da lugar á accidentes al llegar la época de la pubertad. Sólo en casos excepcionales se manifiestan dichos fenómenos en las niñas, por la acumulacion de moco ó de moco-pus por encima del punto obliterado.

En el momento en que el desarrollo de todos los órganos anuncia la aparicion de las primeras reglas, las jóvenes experimentan las diversas sensaciones del molímen menstrual, sin flujo de sangre. Al principio, las enfermas acusan una molestia especial, una sensacion de peso en la pélvis. Los dolores percibidos en la region lumbar se irradian hácia el púbis, el perineo, la parte superior de los muslos. Despues de una corta duracion, estos síntomas desaparecen y todo vuelve á su estado normal á los 28 ó 30 dias.

Hácia esta fecha se manifiesta una nueva crisis, para cesar de nuevo y reproducirse así periódicamente algunas veces. Las manifestaciones dolorosas aumentan de intensidad en cada nueva época, y se complican con dificultades en la miccion y en la defecacion. Se observa entónces en la línea média de la region hipogástrica un tumor renitente. Este, poco sensible á la presion, llega algunas veces, por sus progresos lentos y sucesivos, á pasar del nivel del ombligo, como el útero en el término del embarazo.

Ademas del tumor medio, existen á menudo otros dos situados lateralmente y formados por las trompas distendidas.

Si el hímen está imperforado, se ve entre los grandes labios una elevacion redondeada, rosácea, del volúmen de una castaña ó de un huevo de gallina.

La desviacion de las paredes abdominales produce una fluctuacion oscura. Se han podido observar contracciones del útero, cada una de las cuales aumentaba la salida del tumor en la vulva.

En la atresia de la region média ó superior de la vagina no se encuentra membrana tensa y visible al exterior. Es necesario entónces introducir dos dedos, uno en la vagina y otro en el recto, para darse cuenta de las relaciones. Si la cavidad vaginal falta, se asociará el tacto rectal á la introduccion de una sonda en la vejiga. Si la causa existe en el cuello uterino, el dedo camina libremente por el conducto vaginal y encuentra, por encima del hocico de tenca — que ha sufrido modificaciones variables segun los casos — un tumor globuloso.

A la larga se presentan á su vez los desórdenes digestivos, que dan lugar á vómitos. Los dolores, localizados primero en las épocas menstruales, se prolongan más y más, hasta llegar á ser continuos. Algunas veces son muy violentos, y las mujeres que han tenido hijos los comparan á los dolores del parto. Finalmente, las enfermas, aniquiladas por la fiebre héctica, concluyen por sucumbir.

La rotura del obstáculo ó de un punto cualquiera de los órganos dis-tendidos puede ocasionar la curacion, lo mismo que la muerte repentina.

La rotura de la membrana obliterante se verifica á consecuencia de un esfuerzo ó por una destruccion gangrenosa. Si la solucion de continui-dad se verifica en el útero ó las trompas y la sangre penetra en el peri-tono, la muerte, sin ser constante, es, sin embargo, la consecuencia más ordinaria.

Una terminacion feliz puede ser debida al enquistamiento de los pro-ductos derramados, y más tarde á su eliminacion por medio de una fístula rectal. Se han visto casos en los cuales, despues de establecerse gruesas adherencias, el útero se abría en el estómago, en la vejiga, y el flujo mens-trual salía por la uretra.

La rotura sobreviene en épocas variables: 13, 15 ó más meses y aún algunos años despues del principio de los primeros síntomas. La peritoní-tis sobreviene en ciertas enfermas aún cuando no exista solucion de con-tinuidad.

Siempre que el hematómetra se complica con peritonitis ó hematocele, se unen á los síntomas ya existentes los que son propios de estas últi-mas afecciones: vómitos, hinchazon del abdómen, sed viva, fácies abdomi-nal, postracion de las fuerzas.

La retencion de líquidos distintos de la sangre (hidrómetra) en las mu- jeres viejas da lugar á algunos cólicos uterinos.

Estos no son, sin embargo, comparables á los violentos dolores disme-norreicos del hematómetra.

Los síntomas resultantes de la atresia de los órganos genitales desapa- recen las más veces al llegar la menopausia. La cesacion de toda ma-nifestacion menstrual se presenta en dichas enfermas mucho más pronto que en el estado normal. En este momento es principalmente cuando un hematómetra puede trasformarse en hidrómetra.

Diagnóstico. — Cuando, despues de haber destruido el obstáculo que parecia oponerse á la salida de los líquidos, no se encuentra sangre ó mo-co, debe buscarse por encima otra causa de obstruccion. Ya hemos visto que en las atresias complicadas existen muchos diafragmas sobrepuestos.

No se confundirá el hematómetra con el hematocele. En esta última afeccion, el tumor es independiente del útero, mientras que, en la prime-ra, dicho órgano participa más ó ménos de su formacion. Ambas lesiones pueden encontrarse reunidas si el derrame intra-peritoneal es consecutivo á la distension de las trompas.

Los dolores que se presentan regularmente en épocas fijas, para dis-minuir ó desaparecer en el intervalo de dos crisis, tienen un carácter casi patognomónico. Si al mismo tiempo se observa una tumefaccion del abdómen, cuyo aumento de volúmen coincide con las crisis dolorosas, se pensará ante todo en una retencion del flujo menstrual.

El diagnóstico del hematómetra y del embarazo, al principio, presenta dificultades en ciertos casos. La persistencia del hímen no da indicación precisa, pues los casos de embarazo que coexisten con un hímen intacto no son raros. El relato de las enfermas, con frecuencia interesadas en ocultar la verdad, no tiene gran importancia bajo este punto de vista. Los dolores dismenorreicos de la retención no se parecen apenas á los ligeros desórdenes de la sensibilidad que acompañan á menudo á la gestación. Los vómitos y la tumefacción de las mamas se observan en ambos casos. Si la obliteración existe en el orificio inferior de la vagina, el tumor, rojo, violáceo, resistente, que se encuentra en la vulva, será fácil de reconocer. Si el obstáculo se halla situado más arriba, en el cuello uterino, por ejemplo, las dificultades aumentan. El útero distendido por la sangre es esférico; su consistencia difiere de la del órgano grávido.

La tumefacción producida por la atresia del orificio externo podrá confundirse con un cuerpo fibroso. Pero los síntomas, el curso de los accidentes causados por los cuerpos fibrosos, no tienen la misma fisonomía. En los casos de cuerpos fibrosos, el histerómetro penetra siempre á una profundidad mayor ó menor, contrariamente á lo que sucede en la atresia del cuello.

La naturaleza del líquido contenido en el tumor estará en relación con la edad de las enfermas. Sin embargo, en algunas mujeres de 18 á 25 años, la punción sólo dió lugar á la salida de moco ó de serosidad más ó ménos purulenta. Por otra parte, en mujeres de más de 50 años se puede observar una acumulación de sangre en el útero.

Estos casos de hematómetra en las mujeres ancianas se hallan las más veces en relación con la existencia de un pólipio ó de una metritis interna crónica.

Pronóstico. — El pronóstico depende del punto en que reside el obstáculo y del grado de desarrollo del tumor. Si el hímen es su causa y se practica una operación ántes de que la tumefacción sea considerable, las enfermas curan generalmente (1).

Los tumores que llegan á la región umbilical ó pasan de ella tienen un pronóstico grave, ora se interveiga, ora no, segun dice el Dr. Gosselin (2).

En las atresias que tienen su asiento en la parte superior de la vagina, además de los peligros del hematómetra, son de temer los de la operación grave y laboriosa de la cual nos hemos ocupado con alguna extensión al hablar de los vicios de conformación de este conducto.

(1) Segun la estadística de Puech, todas las operaciones practicadas en el curso del primer año, despues del principio de los accidentes, han ido seguidas de éxito. La muerte sólo sobrevino en los casos más antiguos.

(2) Gosselin, *Gaz. des Hôp.*, loc. cit., y *Clinique chirurgicale de la Charité*, t. II, página 451.

En las obliteraciones del cuello, las tentativas operatorias han ido seguidas de muerte casi siempre, por lo cual muchos cirujanos aconsejan en absoluto la abstencion.

La peritonítis debida á un derrame sanguíneo es infinitamente ménos grave que la que se desarrolla bajo otras influencias, á ménos que la cantidad de sangre no sea muy abundante.

Debemos tambien establecer una diferencia, bajo el punto de vista de la gravedad, entre las atresias congénitas y adquiridas. Las últimas dan lugar á accidentes más serios y de curso más rápido. No necesitamos insistir acerca de la importancia de la atresia de las vías genitales respecto á la funcion de reproduccion, que impide de una manera absoluta.

El pronóstico del hidrómetra es mucho más benigno que el del hematómetro.

A menudo, los productos acumulados se abren paso espontáneamente cuando se trata de la primera de estas afecciones.

Etiología. — La forma más frecuente de atresia de las vías genitales es la debida á una imperforacion del hímen. La más rara es la que resulta de una obliteracion del cuello uterino.

El obstáculo á la salida de las reglas puede ser congénito ó adquirido. Esta segunda categoría es consecutiva las más veces al parto, á la gangrena, á las ulceraciones y á las cauterizaciones. La blenorragia y la sífilis no son apénas causa de obliteracion, y es probable que los casos citados como de origen sífilítico sean más bien debidos á las cauterizaciones (1).

Un grado considerable de estrechez del cuello, sin atresia completa, puede dar lugar á todos los accidentes del hematómetro. (Bernutz.)

Tratamiento. — Por lo general, segun hemos visto, los primeros desórdenes consecutivos á la obliteracion del conducto vulvo-uterino se manifiestan en la época de la aparicion de las reglas. Si, por una circunstancia excepcional, se encontrara un vicio de conformacion de este género en una niña, sería preferible no operar ántes de la pubertad. Muchas mujeres atacadas de tal suspension de desarrollo no ven nunca aparecer los fenómenos de la menstruacion. Sería, pues, inútil exponerlas á las probables consecuencias de una operacion cuando sin necesidad sea discutible.

En los casos de obliteracion adquirida el tocólogo debe tener muy en cuenta, ántes de tomar una decision, la edad de la enferma. Sabemos, en efecto, que, las más veces, la menopausia hace desaparecer todos los accidentes, y ésta llega muy pronto en las mujeres que tienen atresia.

En los casos de obliteracion congénita, debe obrarse desde el momento en que la tumefaccion sea apreciable y ántes de que haya adquirido gran desarrollo. Se operará principalmente durante el espacio intermenstrual.

(1) Bernutz y Goupil, *loc. cit.*, t. I, pág. 38.

Si el obstáculo existe en el hímen, se puede practicar una incision crucial ó excindir un colgajo de tejido, que se coge con las pinzas. En los casos de tumor voluminoso, que haya adquirido, por ejemplo, las dimensiones de una cabeza de feto, es preferible practicar una puncion, y no una ancha abertura, para que la sangre, saliendo gota á gota, no dé lugar á una retraccion brusca de las paredes.

El abdómen se mantendrá comprimido con un vendaje. Se ha aconsejado ademas administrar, ántes de la operacion, una dosis de cornezuelo de centeno.

Si la membrana obliterante ocupa la parte inferior de la vagina, el tratamiento es tambien fácil, y bastará la incision ó la puncion. No sucede lo mismo si la vagina falta en totalidad ó en parte.

Debe entónces recurrirse á una operacion larga y difícil, que tiene grandes relaciones con el procedimiento operatorio que hemos descrito al hablar de los vicios de conformacion del conducto vaginal. Para esto se coloca la enferma en la posicion de la talla. Una sonda introducida en la vejiga y confiada á un ayudante, y el índice de la mano izquierda en el recto, permitirán al cirujano tener una guía y evitar las heridas de uno ú otro órgano. Despues de haber incidido la piel trasversalmente, á igual distancia de ambos orificios, debe procurar llegar poco á poco hasta el tumor, más bien por medio de los dedos que con el bisturí, separando y desprendiendo los tejidos. El segundo tiempo consiste en puncionar la bolsa con un trócar, teniendo cuidado de no comprimir el abdómen. Es necesario despues dilatar el orificio durante cierto tiempo, para evitar la estrechez consecutiva.

Si el cuello uterino mismo está obliterado, se puncionará el tumor con un trócar. En los casos de atresia del orificio interno, el hocico de tenca guiará al operador. Si está cerrado el orificio externo, se determinará lo más exactamente posible la situacion de la vejiga y del recto con relacion á la parte que se elegirá para introducir la punta del instrumento. La puncion por el recto debe reservarse para los casos de falta de la vagina en que sea el único recurso.

Despues de la operacion, las enfermas guardarán un reposo absoluto. Estarán sometidas ademas á una dieta rigurosa, durante 24 ó 48 horas, contentándose el ginecólogo con administrar bebidas heladas, en pequeña cantidad á la vez.

Será útil continuar las precauciones hasta despues de la próxima época menstrual.

En el hidrómetra bastará la puncion. Tambien se puede en algunos casos, por medio de una simple sonda, franquear el obstáculo á la salida de los líquidos.

DEL HEMATÓMETRA UNILATERAL (I)

Hemos visto que el útero y la vagina podían presentar una disposición doble. Con esta anomalía coexiste algunas veces una obliteración de los dos cuernos uterinos ó útero-vaginales, lo cual produce un hematómetro doble. Mucho más á menudo, la atresia sólo existe en una de las mitades y da lugar al *hematómetra unilateral*.

Anatomía patológica. — La disposición y el sitio de la parte obliterada ofrecen grandes variedades en esta forma de hematómetro. A veces, los dos tubos de Müller se han desarrollado completamente en toda su extensión, sin fundirse, y existe un hímen imperforado en la extremidad de uno solamente. Otras, los dos conductos han adquirido igualmente su desarrollo, pero sólo uno se ha abierto en el seno longitudinal.

Uno de los tubos de Müller se ha detenido en su desarrollo en la parte inferior, y no existe más que una cavidad vaginal superior. La vagina puede también ser única y el útero doble, pero obliterado en uno de sus orificios inferiores.

Se ha visto, en fin, un útero bicorné, en el cual una mitad rudimentaria ofrecía una cavidad cerrada por sus dos extremidades, vaginal y peritoneal. También se ha encontrado una atresia doble superpuesta, existente en el útero y la vagina. (Otto.)

El líquido contenido en el tumor tiene las más veces un color de chocolate ó rojizo, como en el hematómetro ordinario. Puede igualmente estar constituido por moco ó pus.

Síntomas. — Aunque por lo general los primeros accidentes del hematómetro unilateral se desarrollan en el momento de la pubertad, se ven algunas veces los síntomas de la afección más ó ménos tiempo después de la primera menstruación, cuando se ha acumulado cierta cantidad de sangre por encima del obstáculo.

La aparición de los dolores coincide con un período catamenial, pero no tan constantemente como en el hematómetro ordinario, y los fenómenos dolorosos comienzan, en ciertos casos, durante el espacio intermenstrual. Cualquiera que haya sido su modo inicial de aparición, estas crisis, una vez producidas, se repiten regularmente en épocas fijas. Tienen los mismos caracteres que las del hematómetro ordinario, acompañado igualmente de tenesmo vesical y rectal.

El estado de la menstruación es muy variable. Las más veces normal, la hemorragia catamenial puede faltar durante algún tiempo ó dar lugar á menorragias.

(1) Designado por Puech con el nombre de *atresia compleja*. (Véase Puech, *Atrésie des voies génitales de la femme*, 1864, y *Annales de Gynécologie*, 1874 y 1875.)

Combinando la palpacion con el tacto se observa la existencia de un tumor casi siempre indolente, de consistencia unas veces dura y elástica, y otras fluctuante. En ocasiones cilíndrico, recuerda por su corvadura la forma de una herradura de caballo. La tumefaccion se observa sobre todo en las partes laterales, aunque puede invadir el centro bajo la influencia de un movimiento de tension de la vagina. Fácil de limitar por el lado de las paredes abdominales, se confunde por detras con el útero, del cual le separa una parte estrechada.

Los caracteres del tumor difieren segun las condiciones de su desarrollo. Cualquiera que sea el sitio del obstáculo, las presiones ejercidas sobre el hipogastrio serán percibidas por el dedo introducido en la vagina, y, recíprocamente, la desviacion impresa al tumor vaginal se sentirá con la mano aplicada sobre el abdómen.

La salida espontánea de los líquidos al exterior se observa más á menudo en el hematómetro unilateral que en las formas comunes. Resulta de la rotura del obstáculo ó de la perforacion del tabique que separa los dos úteros ó las dos vaginas. La sangre puede igualmente derramarse en el peritoneo, ora poco á poco, ora por una rotura de la bolsa hemática. La peritonítis es la consecuencia de este accidente, que se desarrolla tambien aun cuando no exista solucion de continuidad.

La concepcion puede verificarse en el cuerno libre, aunque la compresion ejercida por el tumor debe hacerla más difícil. El embarazo ha sido observado en un cuerno imperforado en su parte inferior. Procuraremos explicar por qué mecanismo cuando hablemos de las preñeces extra-uterinas, con las cuales se ha confundido el hematómetro unilateral seguido de concepcion.

Diagnóstico. — La salida regular del flujo menstrual por el cuerno que ha quedado permeable puede inducir á error, haciendo que se confunda el hematómetro unilateral con una simple dismenorrea. Un exámen atento no permitirá cometer este error, sobre todo si la division de los órganos genitales es muy marcada. Un tumor cilíndrico elástico ó casi fluctuante, las más veces situado lateralmente, no se parece á otras producciones.

La naturaleza del líquido obtenido por una puncion exploradora puede dar indicaciones útiles. El cateterismo de la vejiga excluirá inmediatamente la posibilidad de un cistocele.

Los quistes de la vagina ó de la glándula vulvo-vaginal no adquieren dimensiones comparables á las del tumor debido al hematómetro, ni se remontan hasta la cavidad pelviana.

El trombo presenta caracteres igualmente diferentes, y apenas se desarrolla fuera del embarazo ó del parto.

Un quiste del ovario, fijo por adherencias, podría presentar algunos signos comunes; pero la forma del quiste es ménos cilíndrica que la pro-

ducida por la retencion de los líquidos en un cuerno imperforado. Además, el modo de desarrollo por manifestaciones sucesivas, que se repiten regularmente todos los meses, y la naturaleza de los dolores, no recuerdan en nada la marcha de los quistes ováricos.

El hematocele se distingue del hematómetro por el sitio y forma de la tumefaccion. Sin embargo, hemos visto que, en algunos casos, el tumor resultante de la segunda afeccion se halla igualmente situado en la línea média. Pero su curso es muy distinto. Una se presenta durante todo el período de actividad sexual; la otra es casi patrimonio exclusivo de los primeros años que siguen á la pubertad. Una aparece de repente, y el aumento de volúmen, que llega rápidamente á su máximo, disminuye despues poco á poco, mientras que la otra aumenta de una manera lenta y progresiva.

El diagnóstico del hematómetro unilateral presenta mayores dificultades si hay falta de la vagina en un lado, con un cuerno uterino rudimentario. En tales casos, un cuerpo unido al útero por una estrangulacion, una especie de cordon, podría recordar la disposicion de ciertos fibroides pediculados. La consistencia del tumor es diferente en ambos casos, y una puncion exploradora disipará todas las dudas.

El hematómetro y el hidrómetra, resultantes de una misma lesion, no difieren más que por la naturaleza del líquido contenido en la cavidad distendida.

Pronóstico. — El pronóstico del hematómetro unilateral es ménos grave que el de la forma comun. La salud general se altera más lentamente, lo cual explica la diferencia que existe entre ambas variedades. En un caso, las reglas fluyen por uno de los orificios, mientras que en el otro hay retencion completa del flujo menstrual. La curacion sobreviene tambien por la rotura espontánea del tabique ó de la membrana obliterante. La frecuencia mayor de esta rotura resulta del menor espesor de los tejidos interpuestos. Este modo de terminacion no es siempre favorable, y las enfermas pueden sucumbir de accidentes septicémicos. Las causas que determinan la muerte son las mismas en el hematómetro unilateral que en el hematómetro ordinario.

Etiología. — La variedad de afeccion que nos ocupa no es muy rara. Schroeder ha reunido 43 observaciones (1). Entre este número, 34, estudiadas clínicamente, se dividen así, segun el punto en que residía el obstáculo: 13 atresias uterinas, 13 vaginales, superiores ó médias, 5 de la parte inferior de la vagina, y una sola del hímen. De los 5 casos encontrados por la autopsia, 3 resultaban de obliteraciones del útero, y 2 de obliteraciones de la vagina. Finalmente, entre 6 casos observados en niñas, exis-

(1) Schroeder, *loc. cit.*, pág. 55.

tía una vez la atresia del útero y de la vagina, y sólo de la vagina en las demas. De las 24 observaciones de Puech, 11 veces estaba en el útero la membrana obturatriz, y 13 en la vagina.

Vese, por estas cifras, que en la vagina y el útero son mucho más frecuentes las atresias que en el hímen (1). Contrariamente á los demas vicios de conformacion, el hematómetra unilateral se encuentra más á menudo en el lado derecho que en el izquierdo. (Entre 28 casos de Puech, había 20 en el lado derecho y 8 en el izquierdo.)

Los accidentes á que da lugar la falta de comunicacion de un cuerno rudimentario con el exterior, pueden presentarse muy tarde. Se han citado enfermas que parieron algunas veces sin manifestar ninguna disposicion anormal, y sólo al tercero ó cuarto parto se presentó una hidrómetra considerable en la cavidad obliterada.

Tratamiento.— Si el tumor existe en la vagina, será fácil incindirle ó puncionarle con las precauciones ya indicadas.

Si en el útero, se introducirá el trócar hasta cerca del cuello.

En los casos de cuerno rudimentario pediculado, la eleccion del procedimiento operatorio es algun tanto difícil. Se ha aconsejado dividir la operacion en dos tiempos, mediando entre ambos dos meses próximamente.

El primero consiste en destruir las adherencias por medio de la potasa cáustica, y el segundo en practicar la puncion. Los casos de curacion obtenida ha sido empleando este procedimiento. (Hégar.)

Como puede observarse, es el método de Récamier para los quistes, aplicado á esta forma de hematómetra.

Evacuado el líquido, cualquiera que sea la especie de que se trate, se presenta una segunda indicacion, cual es la de impedir las estrecheces secundarias manteniendo dilatado el orificio. Cuando se practique la puncion, es útil evitar toda presion del abdómen, lo contrario de lo que se acostumbra á hacer cuando se evacua la vejiga: hay que dejar salir el líquido con lentitud, y, si el tumor es voluminoso, será prudente no extraer de una vez todo el contenido.

HIPERTROFIAS DEL ÚTERO (2)

Para terminar la historia de las anomalías del útero y de los accidentes á que pueden dar lugar, réstanos estudiar los casos en los cuales el órgano uterino adulto excede de las dimensiones normales, total ó parcialmente.

(1) Hemos visto que en el hematómetra ordinario el himen imperforado es la causa más frecuente de la retencion del flujo menstrual.

(2) No expondremos lo que hemos dicho ya relativamente á la hipertrofia congénita del útero.

HIPERTROFIA GENERAL DEL ÚTERO

La hipertrofia general de toda la pared del órgano uterino es un fenómeno casi siempre secundario. Las más veces, este estado anatómico es consecutivo á una metritis. Se presenta tambien en la retencion del flujo menstrual, que, cuando es completa la distension de la cavidad, origina el aumento de sus capas. Cuando la retencion es incompleta y el líquido se derrama, aunque con gran dificultad, el útero se distiende ménos y sus paredes adquieren mayor espesor.

Los cuerpos fibrosos y los diversos pólipos son causas de hipertrofia del útero. Estas modificaciones se producen en tales casos por un mecanismo análogo al del embarazo, verdadera hipertrofia transitoria.

A consecuencia del parto, el órgano de la gestacion puede no volver á su estado normal, quedando la involucion incompleta (1), fenómeno que recibe el nombre de hipertrofias pasivas, en contraposicion á los ántes expuestos, que se titulan hipertrofias activas. Como veremos despues, esta falta de involucion tiene gran importancia en la etiología de la metritis crónica, por ser muchas veces su punto de partida.

Exceptuando todas estas causas, la mayor parte de los autores admite una hipertrofia esencial del útero. No conocemos observacion alguna que corrobore este género de afeccion, susceptible de interpretaciones várias (2). La diferencia anatómica que se ha pretendido establecer, está basada en el aumento del tejido muscular en la hipertrofia verdadera, y del tejido conjuntivo en la metritis crónica. No creemos demostrada esta diferencia, segun expondrémos al tratar de la Anatomía patológica de las inflamaciones uterinas.

Si existe una forma primitiva y esencial de hipertrofia general del útero, es poco comun y mal conocida, por lo cual no establecerémos ni su sintomatología, ni su tratamiento. Los autores que la exponen se fundan, sin duda alguna, en las analogías é ideas teóricas, y no en los hechos de observacion.

HIPERTROFIAS PARCIALES DEL ÚTERO

Cuanto hemos dicho acerca de la existencia problemática de la hipertrofia primitiva general del útero, no puede aplicarse en manera alguna á las hipertrofias parciales, por ser éstas muy frecuentes. Desde luégo, pudieran incluirse en tal categoría los cuerpos fibrosos, cuya idea, admisible

(1) Véase Chenet, tesis de doctorado, París, 1870.

(2) Véase la observacion de Tillaux, *Société de Chirurgie*, 1868, citado por Courty, *loc. cit.*, pág. 707.

bajo el punto de vista anatómico, no lo sería en la clínica. Así, pues, la historia de estos neoplasmas, muchas veces susceptibles de enucleacion, encuentra mejor lugar en la descripcion de los tumores uterinos.

Las observaciones de hipertrofia parcial del cuello no son de época reciente, pues hace más de dos siglos que Morgagni describió detalladamente un caso de semejante afeccion. Dichos hechos, aislados y confundidos casi siempre con el prolapso del útero, quedaron en el olvido. En una Memoria de Huguier, leida en la Academia de Medicina en 1859 y publicada en 1860, fué donde primero se expuso la frecuencia relativa de esta afeccion y la gran importancia que reviste el distinguir este estado anatómico del verdadero prolapso.

Se puede tachar á Huguier por haber exagerado la frecuencia de la hipertrofia y expuesto que el verdadero prolapso se presenta pocas veces.

Hasta estos últimos años, los diversos autores de Ginecología contienen pocos datos sobre dicha afeccion; han añadido poco á las nociones expuestas por Huguier en su Memoria.

Segun dicho autor, hay dos formas principales de prolongacion: la que corresponde á la porcion infra-vaginal, es decir, de la parte situada por debajo de la insercion de la vagina, y la sub-vaginal, ó sea por encima de esta insercion.

Sin embargo, estudiando atentamente las relaciones anatómicas del útero y de la vagina, se ve que toma ésta su insercion en un punto más inferior, tanto por su parte anterior como por la posterior, de tal modo que resulta una porcion de cuello que, siendo sub-vaginal por detras, es infra-vaginal por delante (*fig. II, b. b.*). Puede existir la hipertrofia en este punto solamente, resultando una forma y relaciones especiales (1).

El aumento de volúmen puede tener lugar aisladamente en cada uno de los segmentos, por lo cual debemos admitir tres formas de prolongacion del cuello:

- 1.^a Hipertrofia del segmento vaginal;
- 2.^a Hipertrofia del segmento supra-vaginal;
- 3.^a Hipertrofia del segmento medio.

1.^a HIPERTROFIA DEL SEGMENTO VAGINAL

Anatomía patológica. — Lo que caracteriza esta forma es su regularidad.

Los tejidos profundos quedan en estado normal, lo mismo que la mucosa. La region hipertrofiada, de consistencia tambien normal, es notable por su longitud y su forma cónica. Algunas veces, en los casos de poco

(2) Véase Crevet, *Thèse d'Erlangen*, 1878.

desarrollo, queda el cuello en el interior de la vagina, y otras traspasa el anillo vulvar.

El orificio externo está tan cerrado, que no deja pasar un histerómetro. Las observaciones en las cuales se ha descrito una separación de los labios del hocico de tenca deben considerarse como casos de hipertrofia debidos á un embarazo.

Diversas lesiones pueden complicar la prolongación del cuello: las úlceras, la obliteración del orificio externo y la atrofia del cuerpo del útero. Generalmente, ésta sólo se halla representada por la exagerada longitud del cuello, que mide de seis á ocho centímetros. Algunas desviaciones se unen al aumento de volumen del hocico de tenca. La pelvi-peritonitis y los abscesos pelvianos se presentan muchas veces á consecuencia de esta afección.

Segun que la hipertrofia interese más unos ú otros elementos, se han descrito formas distintas, como la hipertrofia quística, debida á un excesivo

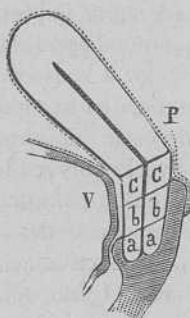


Figura 11. — Figura esquemática mostrando los tres segmentos del cuello.

a. a. Segmento vaginal. — b. b. Segmento medio. — C. C. Segmento supra-vaginal.
V. Vejiga. — P. Peritoneo, cuyo trayecto está indicado por una línea punteada.

desarrollo de las glándulas, y la hipertrofia vascular, cuando los vasos sanguíneos son más numerosos que en el estado normal.

Síntomas. — Los síntomas se confunden mucho con los del prolapso, pero, sin embargo, hay más dolor en una que en otra afección. Se presenta en esta hipertrofia una sensación de tirantez en la región lumbar ó en el abdomen y peso en la pelvis. El coito se realiza con gran dificultad. Las enfermas experimentan un dolor muy intenso en la región vulvar, y más aún en el abdomen si comen con exceso.

La presencia del tumor en la proximidad de la vulva, unido á un derrame más ó menos abundante, produce prurito y escoriaciones como en el prolapso.

Diagnóstico. — Es fácil. La presencia del cuello prolongado en el orificio vulvar, á pesar de la situación normal del fondo del útero, conservándose la profundidad del fondo de saco, y la falta de cistocele, son caracteres que no permiten confundir la prolongación del segmento vaginal con la de la parte supra-vaginal. La posición del cuerpo uterino es suficiente para distinguir esta enfermedad y el prolapso.

Pronóstico. — Esta forma de hipertrofia del cuello no tiene tendencia á modificarse espontáneamente; por el contrario, cada vez se acentúa más. Puede ser causa de grandes sufrimientos, y también de esterilidad. Sin embargo, no constituye un verdadero obstáculo para la fecundación, pues hemos visto mujeres embarazadas á pesar de ofrecer semejante disposición anatómica (1). Entre las tres variedades, la que nos ocupa es la ménos grave, sobre todo por la benignidad relativa de las operaciones necesarias para su curación.

Etiología. — Esta variedad se desarrolla bajo la influencia de causas completamente desconocidas. Se presenta en las mujeres nulíparas y en las vírgenes, y todos los autores admiten una forma congénita.

Muchos ginecólogos conceden gran importancia al embarazo en la producción de esta deformidad, confundiendo algunos dos afecciones distintas y de origen diverso. En efecto; á consecuencia del parto, conserva el cuello un volúmen exagerado, bien en su totalidad, ó en uno de sus puntos solamente. Trataremos de estas hipertrofias parciales al estudiar la metritis crónica. Son muchas veces consecutivas á las desgarraduras profundas producidas por el parto en un punto cualquiera del orificio externo. Estas hipertrofias parciales, muy considerables, cuyo cuello es irregular y recubierto de nudosidades, no tienen semejanza en la variedad que nos ocupa, en la cual el cuello es delgado, regular y notable por su longitud (2).

Tratamiento. — Consiste en incindir la porción hipertrofiada, que, por estar separada del peritoneo y de la vejiga, hace la operación ménos peligrosa que en las otras dos variedades.

Tenemos á nuestra disposición los diversos procedimientos empleados para la amputación del cuello uterino: las tijeras, el bisturí, el termocauterio, el estrangulador y el asa galvano-cáustica.

La presencia del cuello en la proximidad de la vulva impedirá ó no hacer diversas tracciones para practicar la operación.

Si se emplean las tijeras, se introducirán los dedos índice y medio de la mano izquierda, que servirán de guía para introducir la pinza de Mu-

(1) Véase el trabajo de Dupuy, *Progrès médical*, 1875 y 1876.

(2) Guéniot ha descrito una forma de hipertrofia edematosa del cuello, especial á las mujeres embarazadas, que no hay que confundir con el edema resultante de la presión de la cabeza del feto.

seux para fijar el útero. Sostenida ésta con los mismos dedos que han servido de conductores, se practicará la seccion con lentitud, haciendo pequeños cortes con objeto de evitar en todo lo posible los peligros de la hemorragia. Para obviar este inconveniente, preconiza el Dr. Clark sus tijeras de bordes dentados.

El bisturí expone á accidentes hemorrágicos, mucho mayores que los que pudieran presentarse empleando las tijeras, por cuya razon aventaja el termo-cauterio á estos dos instrumentos.

El estrangulador evita tambien toda hemorragia, procurando cortar los tejidos con lentitud. Este instrumento, aplicado á dicha region, presenta un gran inconveniente, la dificultad de limitar su accion, pues ha sucedido, áun á cirujanos hábiles, penetrar involuntariamente en la cavidad peritoneal. Si bien este accidente no es fatalmente mortal, es muy peligroso y debe evitarse en lo posible, sobre todo cuando se trata de una afeccion que en nada compromete la vida. Se ha aconsejado atravesar los tejidos con dos agujas puestas en cruz, formando así un puente que impida avanzar profundamente la cadena del estrangulador. Con tal objeto hay que ejercer diversas tracciones sobre el útero, áun cuando la extremidad del hocico de tenca esté fuera de la vulva, lo cual pudiera originar funestas consecuencias (1).

El más seguro de todos los procedimientos operatorios para amputar el cuello, en los casos de hipertrofia infra-vaginal, es, en nuestro concepto, el asa galvano-cáustica. Es más fácil de manejar que la cadena del estrangulador, y, calentada al rojo oscuro, corta los tejidos sin dar lugar á hemorragia alguna. El hilo de platino, en forma de asa, se lleva con los índices de ambas manos á lo largo de la pared vaginal anterior hasta el fondo de saco correspondiente. Se pasa el hilo por el cuello, reuniendo las extremidades del asa en el fondo de saco posterior. Puesta así, se cierra por medio de un pequeño vástago ó cilindro, sobre el cual se arrollan ambas extremidades. Muchas veces se hace difícil deslizar el hilo, á causa de la forma cónica del cuello. El instrumento del Dr. Chéron (*fig. 12*) nos parece presenta numerosas ventajas, acerca de este punto, en los casos que acabamos de exponer.

Puestas en relacion con los reóforos las dos extremidades del hilo de platino, se hace pasar por ellos la corriente de una pila de bicromato de potasa, teniendo la precaucion de no calentarlos sino hasta el rojo oscuro. Estrechando el asa, se cortan los tejidos comprendidos en ella.

Terminada la operacion, se examina la superficie de seccion y, practi-

(1) Según Chassaignac, se circunscribe el tumor pasando por su parte anterior y posterior un trócar curvo, alrededor del cual se sujeta la cadena del estrangulador, evitando así comprender el peritoneo. Pozzi, *De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus*, París, 1875, pág. 111.

cando una inyección de agua fría, se cauterizan los puntos que presenten alguna hemorragia.

Algunos ginecólogos han propuesto colocar una ligadura en la parte superior del hocico de tenca, amputando despues el cuello por la parte inferior á este punto (1).

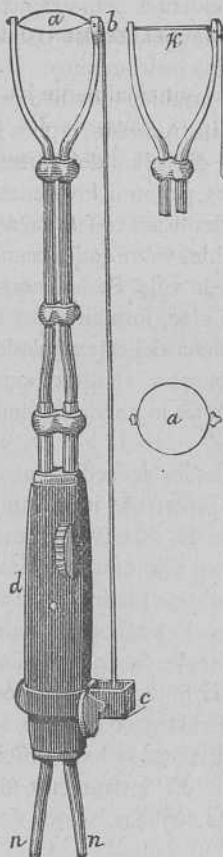


Figura 12. — Galvano-cauterio del Dr. Chéron.

a. Asa formada por el hilo de platina. — *b.* Disco vertical con un orificio en el centro, á través del cual pasa el hilo. — *n. n.* Vástagos destinados á ser puestos en relacion con los réforos. — *k.* Los dos hilos puestos en relacion.

No hemos tenido ocasion de practicar este método, cuya concepcion nos parece lógica.

Si la seccion se ha practicado con un instrumento cortante, se debe cubrir la superficie de la mucosa, bien aproximandó por cuatro puntos de

(1) Schroeder, *loc. cit.*, pág. 74.

sutura los labios de la herida (*fig. 13*), y teniendo cuidado de dejar una abertura correspondiente al orificio externo (*fig. 14*), ó reuniendo la mucosa cérvico-vaginal á la que reviste el conducto cervical. Este segundo procedimiento nos parece preferible, tanto bajo el punto de vista de las hemorragias secundarias como de las estrecheces consecutivas.

2.^a HIPERTROFIA DEL SEGMENTO SUPRA-VAGINAL.

Esta variedad es la que principalmente ha llamado la atención de Huguier. Es la más importante, á causa de los accidentes que origina y de las dificultades operatorias por los órganos que la circundan (vejiga y peritoneo).

Anatomía patológica. — Segun hemos expuesto (*fig. 12, c. c.*), la hipertrofia corresponde al segmento del cuello situado por encima de la

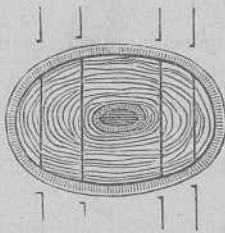


Figura 13. — Procedimiento de Sims: hilos destinados á cubrir los bordes de la herida.

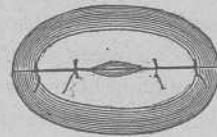


Figura 14. — Procedimiento de Sims: los hilos están ligados.

insercion vaginal, comprendiendo algunas veces una pequeña porcion del cuerpo uterino en un punto próximo al istmo (1).

El hocio de tenca forma eminencia fuera de la vulva, como en el prolapso, mientras el fondo del útero conserva su situacion normal. Únicamente llega á descender algun tanto por el trascurso del tiempo.

Cualquiera que sea el origen de esta prolongacion, la vagina acompaña siempre á la porcion herniada.

Vemos, pues, establecida una notable diferencia entre esta variedad y la anterior.

En efecto, encontramos en el caso que ahora nos ocupa, en el orificio vulvar, un tumor, formado anteriormente por la vejiga, posteriormente por

(1) En los casos de esta naturaleza en que hemos hecho el exámen histológico de los cuellos hipertrofiados y amputados, existía una hiperplasia de todos los tejidos que entran en la estructura del útero, músculos, glándulas y tejido conjuntivo, sin que sus relaciones recíprocas quedaran modificadas de una notable manera.

el fondo de saco peritoneal posterior, y algunas veces por asas intestinales, y en el centro por el cuello hipertrofiado.

Síntomas.— Los síntomas de esta variedad se confunden igualmente con los del prolapso.

Las enfermas acusan dolores lumbares, una sensación de peso en la pelvis y como un deseo constante de expulsar un cuerpo extraño. Los líquidos que se escapan del útero y de la vagina producen escoriaciones y ulceraciones en la region vulvar ó en la region interna de los muslos.

Virchow describe esta afeccion con el nombre de prolapso sin desviacion del fondo del útero.

La menstruacion es algunas veces normal, pero con frecuencia está trastornada.

La modificacion más frecuente es un aumento en la cantidad del flujo catamenial. En muchos casos son atacadas las mujeres de hipertrofia de la region supra-vaginal del cuello, y en las cuales se presentan las reglas aún despues de la época ordinaria de la menopausia.

Las complicaciones por parte de la vejiga, que con tanta frecuencia se observan en el prolapso, son poco comunes en la hipertrofia que nos ocupa. Muchas veces sucede que el aumento de volúmen del cuello comprime la porcion herniada de la vejiga, lo que origina la expulsion de la orina de dicho fondo de saco. Al practicar el cateterismo, tambien se observa que la sonda penetra con suma dificultad.

Por la autopsia se ha visto esta porcion de la vejiga absolutamente vacía.

Cuando el cuello hipertrofiado da lugar á la retencion de orina ó impide la defecacion, es por la presion directa que ejerce sobre la uretra y el recto.

Diagnóstico.— Se debe reconocer primero si la prolongacion es primitiva ó secundaria. En ocasiones, la situacion de la vagina con relacion al útero puede deslindar la cuestion. Pero, en la inmensa mayoría de casos, es esta cuestion muy difícil de resolver, aunque no presenta gran interes bajo el punto de vista práctico.

Esta variedad de hipertrofia es la que más se confunde con el prolapso, error que se evita fácilmente por un exámen atento.

En primer lugar, el histerómetro nos indica que el útero, en vez de 6, 7 y 8 centímetros que mide en el estado normal, ó cuando se halla dilatada su cavidad, como en los casos de metritis, tiene en los casos de hipertrofia 12, 15 y aún 20 centímetros.

Las diferencias en el modo de reduccion suministran tambien signos característicos. En el prolapso, el primer tiempo de la reduccion es difícil, y aún imposible en ciertas circunstancias, sobre todo en la época de las reglas. Por el contrario, el segundo tiempo es fácil, y una vez franqueado el anillo vulvar, casi él mismo se pone en su situacion normal. Además,

encuentran las mujeres alivio y puede contenerse el órgano por medio de un pesario. Por el contrario, en la hipertrofia que nos ocupa se hace con facilidad la reduccion hasta conseguir hacer penetrar el hocico de tenca en la vagina. Pero, para conseguir colocarlo en su situacion normal, se experimenta una resistencia considerable, percibiendo el útero por encima del púbis estando aún su extremidad inferior en la vulva. Al mismo tiempo acusan las enfermas cierto malestar, y muchas veces verdaderos dolores.

Pronóstico. — Segun hemos ya expuesto, la prolongacion del segmento supra-vaginal es la forma más grave, aunque raras veces compromete la vida de las enfermas. Sin embargo, la persistencia de esta afeccion, no solamente origina tristes modificaciones, sino que tambien presentan aspectos peligrosos las operaciones que pueden practicarse para obtener su curacion.

Etiología. — Desarrollándose esta hipertrofia, como la precedente, bajo influencias poco conocidas, es en algunos casos consecutiva á un prolapso de la vagina. Esta causa, ya señalada por Cruveilhier, ha sido expuesta últimamente por Spiegelberg.

Dirigiéndose la vagina hácia el orificio vulvar, ejerce traccion en todos sentidos sobre el cuello en su punto de insercion. Si el útero no está sólidamente fijo ni los ligamentos distendidos ó reblándecidos, esta traccion prolongada y continua origina el prolapso. Si, por el contrario, los ligamentos están sanos y el órgano se halla sólidamente fijo en su region, no solamente hay prolongacion, sino que tambien aumento de volúmen. Esta última modificacion es casi siempre secundaria.

En otros casos, la prolongacion es el fenómeno inicial, y, á medida que se acentúa, conduce la vagina hácia la region vulvar, siendo entónces cuando las paredes vaginales quedan tensas y van directamente del orificio uterino á sus inserciones pelvianas. Desaparecen los fondos de saco y la prominencia del hocico de tenca, encontrándose el cuello hipertrofiado, delgado, fusiforme y prolongado por encima de esta especie de diafragma y dando á los dedos que le aprisionen una sensacion de resistencia.

Esta variedad de prolongacion se observa con mayor frecuencia en las mujeres que han tenido muchos hijos, habiéndose considerado como causa predisponente los partos repetidos y laboriosos. Se ha dicho de igual manera, bajo este punto de vista, que el temperamento linfático, la robustez exagerada y las profesiones que obligan á trabajar mucho tiempo en pié, pudieran ser otras tantas causas. Sin embargo, la etiología de esta afeccion es muy poco conocida.

Tratamiento. — La imposibilidad de reducir el útero y de mantenerle reducido trasforma esta variedad de hipertrofia en una grave afeccion.

Si el aumento de volúmen no es muy considerable, se podrán evitar

los principales accidentes por medio de una reduccion incompleta sostenida por pesarios planos, tomando su punto de apoyo en las partes laterales de la vagina y de la pélvis, sin comprimir el recto y vejiga.

Se ha obtenido tambien la reduccion produciendo una anteflexion completa. Este buen resultado debe considerarse como excepcional.

Por último, en los casos extremos no queda más medio de tratamiento que la amputacion conoidea del cuello, descrita por Huguier; pero la relacion de la vejiga por delante y del peritoneo por detrás hace que dicha operacion sea difícil y peligrosa.

En esta operacion se incinde, no solamente la porcion vaginal, sino tambien una parte del segmento supra-vaginal (*fig. 15*).

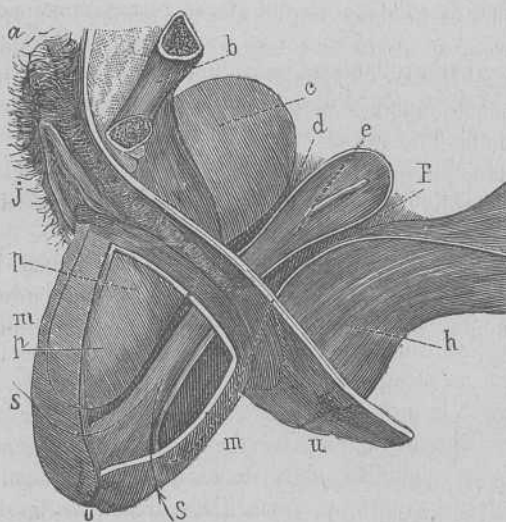


Figura 14. — Amputacion conoidea (segun Huguier). La figura indica las relaciones del útero con la vejiga y el peritoneo, habiendo sido separado un colgajo del tumor.

a. Monte de Venus. — b. Sífnisis pubiana. — j. Grandes labios. — c. Parte superior de la vejiga. — p. p. Parte inferior de la vejiga. — e. Utero. — Fondo de saco peritoneal anterior. — r. Fondo de saco peritoneal posterior. — h. Recto. — u. Ano. — m. m. Paredes de la vagina. — o. Orificio del cuello. — s. s. Línea que indica la marcha seguida por el bisturí en el espesor del tejido uterino.

(Las líneas de puntos indican el límite de la vejiga por delante, y del fondo de saco peritoneal por detrás.)

Colocada la mujer en decúbito dorsal y en flexión, con las extremidades inferiores separadas una de otra, como para practicar una cura con el espéculo, se sujeta el cuello con las pinzas de Museux, que se confian á un ayudante. Introducido el índice izquierdo en el recto, encorvándolo hácia

adelante, viene á formar eminencia en la superficie del tumor, constituyendo un punto que evita herir el fondo de saco peritoneal. Por delante de este punto se practica una incision curva, de concavidad posterior y de tres á cuatro milímetros de profundidad, que comprenda la mitad posterior del cuello uterino, y despues, por medio de pequeñas incisiones dirigidas oblicuamente, se llega poco á poco hasta la cavidad cervical. Se introduce en seguida en la vejiga una sonda de hombre, cuyo pico viene á percibirse en la parte más declive del divertículo formado por el reservorio urinario. A un centímetro por debajo de este punto se practica una segunda incision semilunar, de concavidad anterior, que va á reunirse á la primera (*fig. 15, s. s.*). La parte separada presenta la forma de un cono cuya base corresponde á la extremidad inferior del cuello.

Si, durante la operacion, los vasos dieran sangre, como es difícil practicar una ligadura en un tejido tan consistente como el del útero, aconseja Huguier atravesar el punto de donde procede la hemorragia con un alfiler, sobre el cual se atan los tejidos como en las ligaduras practicadas con ayuda del tenáculo. Quitándole la punta al alfiler, se deja clavado hasta que se desprenda él de por sí.

Terminada la operacion, hay que reducir lo restante del tumor introduciendo una mecha de hilas en la vagina y manteniendo el todo con un vendaje en T.

Kehrer (1) ha modificado el procedimiento de Huguier, formando dos colgajos laterales que se reunen despues por algunos puntos de sutura. Aconseja tambien las inyecciones cotidianas con una disolucion fenicada al 2 por 100.

3.^a HIPERTROFIA DEL SEGMENTO MEDIO

Hemos visto que la parte média del cuello es intra-vaginal por detras y supra-vaginal por delante. Esta porcion puede hipertrofiarse aisladamente, y, si bien se ha llamado raras veces la atencion sobre ella, no deja de ser frecuente, segun algunos autores.

Anatomía patológica.— El útero ha llegado á tener en tales casos hasta 15 centímetros de longitud. En los que se ha hecho el exámen histológico, se ha observado que la porcion prolongada del cuello estaba formada casi por tejido conjuntivo y algunas fibras musculares. (Crevet.) Las relaciones con los demas órganos difieren de las anteriores variedades. La vejiga desciende más por la parte anterior del tumor, y el fondo de saco peritoneal anterior casi desaparece, miéntras que, por la parte posterior, tanto la vagina como el peritoneo conservan su situacion normal.

(1) *Arch. f. Gyn.*, 1876, t. X, pág. 31.

Síntomas. — Los síntomas subjetivos de esta variedad de hipertrofia en nada difieren de los que caracterizan á las otras dos, por lo cual no insistimos acerca de ellos.

Diagnóstico. — El diagnóstico es fácil, pues se comprueba el prolapso completo de la parte anterior de la vagina y se ve que el fondo de saco posterior conserva sus dimensiones y profundidad ordinarias.

Pronóstico. — La gravedad del pronóstico ocupa un término medio entre las dos variedades precedentes. Más grave que en la hipertrofia del segmento vaginal y ménos que en la forma supra-vaginal, siendo ménos peligrosas las operaciones que exige para su curacion.

Etiología. — Ordinariamente, la afeccion que nos ocupa es consecutiva á un descenso de la pared anterior de la vagina, que produce la prolongacion del labio correspondiente, y poco á poco la del labio posterior. Esta variedad hipertrófica no va acompañada de prolapso uterino, mientras que las dos anteriores se complican fácilmente con esta última afeccion. En siete casos observados por Schröder, en tres el útero estaba fijo, en dos casos por las adherencias peritoneales, y en uno por un cuerpo fibroso de bastante volúmen.

Tratamiento. — La situacion de los diversos órganos y sus relaciones recíprocas originan modificaciones en el manual operatorio.

La posibilidad de poder encontrar fácilmente la vejiga, y por otra parte la falta del peritoneo en el tumor, hacen la operacion ménos grave y más fácil que en el caso anterior (1).

Hé aquí, en resúmen, el procedimiento indicado por Schröder (2): Cloroformizada la enferma, y puesta en situacion conveniente, se sujeta el cuello con las pinzas de Museux y se practican dos incisiones laterales, hasta la altura donde la seccion haya de alcanzar el labio superior, separando el cuello por medio de dos cortes que vengán á formar un ángulo, de tal suerte que la porcion separada forme un cono; se reúnen los dos labios de la herida por medio de algunos puntos de sutura, cuyos hilos deben penetrar profundamente en el tejido uterino, sacándolos por el vértice del ángulo é introduciéndolos de nuevo por el punto opuesto para darles salida por la superficie posterior. Sólo resta practicar las ligaduras.

Para seccionar el labio anterior, se comienza la incision á un centímetro por debajo del divertículo vesical, donde se fija con exactitud la situacion por medio de una sonda de hombre introducida en el reservorio urinario; se dirige la seccion oblicuamente de abajo hácia arriba y de adelante hácia atras, hasta el nivel del punto donde se ha dirigido la amputacion del labio posterior.

(1) Spiegelberg, *Arch. f. Gyn.*, t V, pág. 9.

(2) *Loc. cit.*, pág. 84.

Se aplican igualmente puntos de sutura, con la única diferencia de dar salida á la aguja por la parte média de la superficie de seccion, introduciéndola de nuevo hácia atras y sacándola por encima del borde de la mucosa seccionada. Unidos así los dos labios, se reúnen los ángulos de la herida con otros puntos.

Muchos cirujanos han propuesto, para ver mejor las relaciones de la vejiga con el cuello, dilatar préviamente la uretra con la laminaria, hasta poder introducir el dedo. Esta práctica no nos parece necesaria, siendo suficientes las indicaciones suministradas por la extremidad de la sonda. Para evitar las hemorragias á que expone el procedimiento operatorio, Schroeder aconseja la colocacion de una ligadura, fuertemente comprimida, por encima del punto que se ha de operar. El método de las suturas profundas disminuye mucho los peligros de una hemorragia secundaria.

DE LA METRÍTIS

DE LA METRÍTIS EN GENERAL

La metritis se ha dividido de diversos modos. Unos autores, basándose en hechos de orden clínico, admiten metritis aguda, crónica, hemorrágica y purulenta. Otros, invocando consideraciones etiológicas, han descrito una metritis blenorragica y otra puerperal. Por último, algunos, fundándose en la anatomía para establecer caracteres diferenciales, han expuesto las metritis del cuerpo y del cuello, la poliposa, ulcerosa, granulosa, y otra serie numerosa de epítetos que fuera inútil enumerar.

De todas estas especies, sólo debe conservarse un pequeño número.

Primeramente, cuando se trata de clasificacion, no debemos jamás olvidar que ésta no existe en la Naturaleza. La clasificacion es un acto intelectual que nos presenta como separados objetos que no lo están en realidad. Éste es un medio necesario que proporcionan á la inteligencia ciertos puntos de partida para describir los objetos con mayor exactitud y comprender mejor los fenómenos que observamos.

Dichos puntos de partida sólo pueden ser útiles cuando son precisos y se encuentran con facilidad, pues nada oscurece más un asunto que el abuso de la clasificacion y la multiplicidad de especies mal definidas.

Podemos decir tambien que el presente capítulo es uno de los más confusos de la patología de los órganos genitales de la mujer. Tal oscuridad se debe á una serie de causas, consistiendo la principal en que la metritis raras veces produce la muerte, por cuyo motivo se han estudiado poco las lesiones que la constituyen.

Esta falta de conocimiento de la anatomía patológica ha hecho, sin duda, á los autores distinguir muchas especies de inflamaciones uterinas,

cuyas alteraciones son idénticas y susceptibles de encontrarse reunidas en un mismo órgano.

Las metritis catarral, hemorrágica, granulosa, poliposa, y otras tantas formas descritas por diversos ginecólogos, no son afecciones distintas, sino más bien varias manifestaciones de una misma enfermedad. Muchos autores han separado de la metritis, y descrito como estados patológicos diversos, la mayor parte de sus síntomas característicos.

Así, han expuesto en distintos capítulos la fluxion, congestión é infarto del útero. Observando atentamente los caracteres que parece permitan separar estos estados morbosos, se ve que corresponden á una misma afección. No podemos considerar como enfermedad «el aumento de volúmen del cuello que se manifiesta en la metritis y en la congestión,» ó «la presencia de ulceraciones crónicas» (1).

No confundiremos, pues, la congestión y la inflamación que representan dos procesos patológicos diversos.

En el estado actual de la ciencia creemos imposible, tratándose del útero, establecer una distinción anatómica ó sintomática entre la congestión y la inflamación, por lo que las uniremos en una descripción común, con tanta más razón cuanto la primera es muchas veces la primer fase de la segunda.

Los antiguos habían comprobado estos hechos, que han sido demostrados de una manera más clara y precisa por los modernos. Cuando se estudia la inflamación provocada en el mesenterio de una rana ó en el pulmón del mismo animal por medio del ingenioso aparato de Holmgren, se ve que, á consecuencia de la irritación, la circulación se hace más lenta, deteniéndose la sangre en los capilares y saliendo después los glóbulos blancos á través de los vasos, depositándose en los tejidos más próximos.

Si cesa la irritación, la circulación toma su curso, quedando todo en estado normal. Si, por el contrario, la excitación continúa, se acentúa la inflamación cada vez más; los elementos infiltrados, muy numerosos, sufren la degeneración grasosa y llegan á formar pus.

Bajo la influencia del proceso inflamatorio se observan otros fenómenos vasculares propiamente dichos; una participación de los elementos extra-vasculares preexistentes, que se hinchan y suelen presentar movimientos amiboideos y prolíferos (2).

Los argumentos que nos han inducido á estudiar en conjunto la congestión y la inflamación pudieran referirse igualmente á lo que algunos autores han descrito con el nombre de infarto (3).

(1) Aran, *loc. cit.*, pág. 399.

(2) Véase, para la patogenia de la inflamación, las lecciones del Sr. Charcot en el *Progrès médical*, 1877, pág. 800.

(3) Véase, á propósito del infarto, *Les lymphatiques utérins et leur rôle dans*.

No hablamos más acerca de este asunto, por ser del dominio de la Patología general. Expondremos tan sólo, por creerlas de absoluta necesidad, las razones que hemos tenido para no describir como afecciones distintas una serie de manifestaciones morbosas cuyo conjunto constituye el estado patológico que designamos con el nombre de *metritis*.

Cuando el útero es invadido por una metritis, todo el órgano se altera, tanto la mucosa como los tejidos que ésta cubre, lo mismo el cuerpo que el cuello, y aún, á veces, la capa peritoneal. Sin embargo, está fuera de duda que las lesiones pueden en ciertos casos, sin limitarse, en el sentido estricto de la palabra, á la mucosa ó al parénquima, á la cavidad del cuerpo ó á la del cuello, predominar sobre uno de dichos puntos; segun este predominio, es indudable que los síntomas clínicos han de diferir.

Ademas, aunque no se haya comprobado anatómicamente, es posible, sobre todo en las formas crónicas, que la inflamacion invada únicamente los elementos epiteliales, como se observa en otros órganos (1).

Tal hipótesis no la hemos confirmado hasta hoy por el resultado de nuestras investigaciones en los casos donde hemos tenido ocasion de estudiar las alteraciones *histológicas* de la metritis.

Dividiremos primeramente esta afeccion en *aguda y crónica*.

DE LA METRÍTIS AGUDA

La metritis aguda, independiente del estado puerperal, es una afeccion rara, hasta el punto de que algunos autores han puesto en duda su existencia (2). Esta duda carece de verdadero fundamento en la actualidad, pues creemos haber observado casos de metritis aguda, si bien su terminacion favorable nos ha impedido comprobar el diagnóstico clínico por un examen necroscópico.

En muchos tratados de Ginecología se divide la metritis en interna ó mucosa y parenquimatosa. Si bien esta clasificacion puede incluirse en la forma crónica, segun expondremos despues, no solamente la creemos inútil, sino completamente ilusoria tratándose de la metritis aguda.

¿Cómo admitir que una mucosa tan delgada como la uterina pueda presentar lesiones consecutivas á un estado agudo sin que los tejidos que la sostienen no participen de la misma afeccion? ¿Cómo admitir que las glándulas se alteren sin que se observe al mismo tiempo una alteracion en

la pathologie utérine, por Lucas Championnière. (*Arch. de Tocologie*, 1875, t. II, página 529.)

(1) Véanse, con este objeto, las lecciones del Sr. Charcot, *Progrès médical*, 1878, página 83.

(2) El Dr. A. Guérin considera la metritis aguda como una afeccion frecuente fuera del estado puerperal, principalmente en las mujeres que no han tenido hijos. (*Ann. de Gynécologie*, 1874, t. II, pág. 9.)

las vainas linfáticas del parénquima, según nos ha demostrado la anatomía normal?

Anatomía patológica. — La metritis aguda interesa generalmente el cuerpo y cuello del útero, más al primero que al segundo.

El órgano adquiere mayor volumen. El tejido se halla reblandecido y tiene un color más rojo y oscuro que en el estado normal, viéndose esparcidos de un modo irregular diversos puntos de color amarillo. Los vasos están más dilatados y llenos de glóbulos sanguíneos. Todos los demás tejidos están infiltrados de elementos embrionarios.

La mucosa ofrece una rubicundez más ó ménos intensa, unas veces uniforme, y otras, con mayor frecuencia, constituida por arborizaciones vasculares muy finas ó por verdaderos equimosis. El epitelio normal desaparece, y las glándulas dilatadas están rodeadas de un tejido embrionario. Se encuentra también en el útero, generalmente dilatado (1), cierta cantidad de líquido amarillo, purulento á veces, y mezclado con sangre. El orificio de comunicación de los dos segmentos está bastante abierto y permite pasar al cuello el moco que existe en el cuerpo.

La cavidad cervical puede participar de la inflamación del cuerpo uterino. Este hecho no es constante, pues algunas veces las lesiones inflamatorias se detienen en el orificio interno sin traspasar sus límites, de donde resulta que el parénquima del cuello presenta lesiones ménos acentuadas que las del cuerpo, lo cual se observa perfectamente en las vírgenes.

Muchas veces, en la metritis aguda, la superficie externa del hocio de tenca presenta rubicundez y erosiones, sobre las cuales se observa un notable desarrollo de las papilas.

Los abscesos del útero son poco frecuentes. Algunos casos, sin embargo, se han observado, particularmente uno descrito por Scanzoni (2). En cuanto á los llamados abscesos uterinos, diagnosticados durante la vida y abiertos espontáneamente en el recto ó la vagina, es mucho más lógico admitir la existencia de colecciones purulentas extra-uterinas, tan frecuentes en las linfangitis, y que expondremos al tratar de la pelvi-peritonitis.

La poca frecuencia con que se presentan las colecciones purulentas en el útero no debe sorprendernos, pues los abscesos son excepcionales en los músculos (3), por ser su tejido conjuntivo muy denso y pobre en elementos celulares. Se comprende que este órgano, esencialmente contráctil, arroje el pus contenido de sus lagunas y surcos, por medio del sistema linfático, á su cavidad ó al peritoneo.

(1) Esta dilatación, admitida por Aran, ha sido negada por el Sr. Guérin, que tiene la creencia de que la cavidad uterina disminuye en la metritis aguda. (Guérin, *Ann. de Gynécologie*, loc. cit., pág. 6.)

(2) Scanzoni, loc. cit., pág. 148.

(3) Salvo los abscesos metastásicos, en la infección purulenta por ejemplo.

Pueden presentarse como complicaciones de la metritis aguda lesiones de una vaginitis, de una cistitis, de una inflamacion del recto, del peritoneo ó de las trompas.

Las más comunes son las de la vagina, que en gran número de casos preceden á la metritis, habiendo sido su punto de partida.

Este órgano presenta entonces un color rojo oscuro, siendo más marcados sus repliegues que en el estado normal. Su superficie adquiere un aspecto papiliforme, y por el tacto se percibe una sensacion que puede compararse á la producida por la lengua de un gato. Esta disposicion se aprecia ménos con el espéculo.

Síntomas. — La metritis aguda comienza á menudo por un escalofrío. Este síntoma es ménos intenso en la forma aguda simple que en la metroperitonitis puerperal, de la cual no nos ocuparemos por ser del dominio de los tratados de Obstetricia.

Las enfermas de metritis aguda presentan una temperatura elevada, pulso frecuente, ó, lo que es lo mismo, un estado febril bastante intenso. Acusan un dolor hipogástrico que se irradia hasta la region lumbar, y una sensacion de calor en el hipogastrio que se propaga hasta la vagina y la vulva, sensacion que el Sr. Courty considera como característica.

Pocas veces se presentan vómitos, á no ser que se halle complicado el peritoneo. En ocasiones se observa estreñimiento, y casi siempre diarrea. Las evacuaciones son dolorosas y van seguidas de un tenesmo rectal muy penoso. Lo mismo sucede con la emision de la orina.

La menstruacion sufre tambien cambios notables: casi siempre va acompañada de fenómenos dolorosos. Unas veces se suprimen las reglas, otras, el derrame sanguíneo es excesivo, hasta el punto de constituir verdaderas metrorragias, y en algunos casos el flujo es poco abundante, prolongándose más de su duracion ordinaria.

Ademas de estas hemorragias variables, existe un derrame moco-purulento ó purulento, producido en cantidad notable, que constituye uno de los principales caracteres de la metritis.

El abdómen presenta cierto grado de abultamiento, debido á la timpanitis intestinal. La palpacion superficial de sus paredes es soportada fácilmente.

Asociando la palpacion al tacto, se puede comprobar si el útero es sensible á la presion ó que haya aumentado de volúmen, sin que su fondo se eleve mucho por encima del púbis. El tejido de este órgano parece reblandecido, pudiendo apreciarse perfectamente sus dimensiones por medio del tacto rectal.

El cuello es grueso, prominente y edematoso, estando su orificio entreabierto.

Introduciendo el dedo en la vagina se nota un aumento de temperatura, acompañado unas veces de sequedad y otras de un derrame abundante.

Si la introduccion del espéculo no es muy dolorosa y se aplica, se ven rubicundas todas las partes. El cuello es más voluminoso y violáceo; el orificio externo da paso á un líquido puriforme ó completamente purulento. Suelen existir erosiones y aún ulceraciones de superficie lisa ó granulada que sangran al menor contacto.

Por lo general, en la metritis aguda hay que abstenerse de practicar el exámen con el espéculo, por ser más ó ménos penosa su aplicacion.

Segun Aran, la intensidad de los dolores es menor cuando las lesiones son más acentuadas en la mucosa, aumentando segun van invadiendo el parénquima.

Esta opinion de Aran, que no está basada en ningun exámen necrótico, exige nuevas observaciones.

Diagnóstico. — Combinando la palpacion y el tacto, podremos comprobar el aumento de volúmen y el grado de sensibilidad del útero. Estos signos, unidos á la profundidad y consistencia normal del fondo de saco vaginal, distinguen la metritis aguda de la pelvi-peritonitis, siempre que no vayan unidas ambas afecciones.

Los cuerpos fibrosos y los quistes del ovario pudieran al principio confundirse con la metritis crónica. Despues de describir los caracteres de esta última, expondrémos el diagnóstico diferencial.

El empleo del histerómetro debe desecharse en absoluto como medio de exploracion en el período agudo.

Pronóstico. — La metritis aguda no puerperal se cura generalmente en un período de tiempo que varía entre dos y cuatro semanas.

Presenta, sin embargo, algunos peligros por la posibilidad de propagarse al peritoneo. Otras veces pasa al estado crónico.

Etiología. — Esta afeccion es casi siempre consecutiva al parto ó al aborto. Las imprudencias en el estado puerperal, las fatigas y las relaciones sexuales en estas mismas condiciones, tienen suma importancia en la etiología de la afeccion que nos ocupa. La supresion brusca de las reglas por la accion del frío se ha considerado como una causa frecuente de la metritis aguda.

Puede igualmente ser consecutiva á una dismenorrea. En tal caso, es indispensable presente la mujer una predisposicion especial, vista la frecuencia de las diversas formas de dismenorrea y la poca frecuencia de la metritis aguda (1). Los instrumentos introducidos en la cavidad uterina, como los pesarios intra-uterinos, suelen ser tambien su punto de origen.

Se ha dicho que pueden producirla tambien los excesos del coito y la masturbacion.

En algunas circunstancias, la blenorragia vaginal se propaga hasta la

(1) Ya hemos dicho que el Sr. A. Guérin considera la metritis aguda como una afeccion mucho más frecuente que lo que se cree en general.

cavidad uterina y produce además alteraciones del peritoneo. Se han descrito observaciones de este género en las cuales se encontraron en la autopsia las trompas sanas, lo cual demuestra la facilidad con que puede propagarse la inflamación á la serosa, hecho que no debe sorprendernos en la actualidad, dadas las nociones precisas que poseemos del sistema linfático.

Tratamiento.— El tratamiento de la metritis aguda difiere según el período en que se encuentra. Al principio, si la fiebre y los dolores son intensos, se pueden prescribir las emisiones sanguíneas, 15 á 20 sanguijuelas en el abdomen. La sangría general, tan aconsejada, debe rehusarse en absoluto.

Los baños generales tibios, prolongados durante dos ó tres horas, producen con gran facilidad la sedación, siendo preferibles á los de asiento. La aplicación continuada del hielo es también de gran utilidad.

El saco donde se introduce el hielo, que puede ser de goma ó simplemente una vejiga, debe suspenderse, á fin de que no grave sobre las paredes abdominales. Además, se interpondrá entre el saco y la piel una compresa humedecida. Sin esta precaución podría producirse una escara por congelación, como se ha observado con gran frecuencia.

Pueden asociarse á estos medios las fricciones con diversas pomadas (1) y la administración al interior de opio en píldora ó en inyecciones hipodérmicas (2).

Si existe estreñimiento, se podrá reemplazar el opio por el cloral, prescribiendo el uso de algunos purgantes (3). Si, por el contrario, hubiera diarrea, los preparados de opio llenarán una doble indicación.

(1) Fricciones durante 10 minutos con 15 á 20 gramos de la pomada siguiente:

Ungüento mercurial.	30 gramos.
Extracto de belladona.	} añ 3
Extracto de opio.	

ó con el linimento siguiente:

Cloroformo.	8 gramos.
Aceite de almendras dulces.	30 —

añádase:

Tintura de opio.	4 gramos.
--------------------------	-----------

Agítese.

(2) Empleamos generalmente para las inyecciones hipodérmicas la siguiente fórmula:

Clorhidrato de morfina.	0,50 centígramos.
---------------------------------	-------------------

disuélvase en

Agua destilada.	20 gramos.
-------------------------	------------

añádase:

Glicerina pura.	5 gramos.
-------------------------	-----------

Se comienza por experimentar la sensibilidad del enfermo, inyectando 10 gotas de la disolución, es decir, 1 centígramo de principio activo.

(3) El aceite de ricino á la dosis de 20 á 30 gramos, ó los purgantes salinos, tales como el agua de Sedlitz, de Birmenstorf, de Pulna, de Hunyadi, y el sulfato de sosa y de magnesia (15 gramos de cada uno), se emplearán con preferencia al álcali y al rui-

Ademas del medicamento al interior, por la boca ó por el método sub-cutáneo, se recomendarán las enemas laudanizadas (1).

Se procurará combinar estas dosis para evitar los accidentes de intoxicacion, no olvidando que la absorcion por el recto, aunque menor que por las otras vías, es, sin embargo, notable (2).

Sólo hemos expuesto, al tratar de las emisiones sanguíneas, las sanguijuelas aplicadas al abdómen, y es porque, en los primeros períodos de la enfermedad, hay que evitar todo lo posible la introduccion del espéculo, pues aumenta los dolores. Cuando la metritis pasa del estado agudo al sub-agudo, se harán las sangrías locales, no en el abdómen, sino en el mismo útero.

Dos medios existen para obtener este resultado: las sanguijuelas y las escarificaciones en el hocio de tenca.

Si el médico elige las sanguijuelas, debe aplicarlas él mismo, empleando el espéculo sin valvas para proteger las paredes vaginales. Puesto el cuello al descubierto, se ejercerá sobre él una fuerte presion por medio del instrumento, con objeto de que sólo quede comprendido el hocio de tenca. Se limpian las mucosidades con una torunda de hilas, haciendo despues una inyeccion con agua caliente. Se obturará despues el orificio externo con un pequeño tapon de algodón ó de hilas para impedir que penetren las sanguijuelas en la cavidad uterina. Introduciendo, por último, las sanguijuelas en el espéculo, se procura que se pongan en contacto con la mucosa cervical.

Ya llenas las sanguijuelas, se retirará un poco el espéculo, no separándolo por completo hasta tanto no se hayan desprendido.

Todas estas precauciones son necesarias para evitar los accidentes que pudieran resultar: por ejemplo, si, en vez de producir estas pequeñas heridas en la mucosa cervical, se hicieran en la vaginal, se expondría á la enferma á una linfangitis consecutiva. Estas emisiones sanguíneas locales han sido preconizadas por gran número de ginecólogos, y presentan algunas ventajas.

barbo, que congestionan los órganos pelvianos, y están, por consiguiente, contraindicados en la metritis aguda.

(1) Cinco á seis gotas de tintura de opio, ó 10 gotas de láudano de Sydenham para cada enema, dando dos por día.

(2) Con este objeto nos permitiremos hacer una advertencia, aplicable á todos los medicamentos algun tanto activos empleados á dosis elevadas. Es necesario examinar si el riñón funciona y elimina el medicamento, cuya acumulacion en el organismo produciría fatales consecuencias.

Los fisiólogos han demostrado que, á pequeñas dosis, algunas sustancias activas no ejercen accion peligrosa en el estado normal, mientras que pueden producir la muerte si se ligan los uréteres. Todo hombre que tenga enfermos los riñones se encuentra en condiciones semejantes á las del animal cuyos uréteres se han ligado. Nos impondremos, pues, siempre como regla general examinar las orinas de un enfermo ántes de someterle á dosis repetidas de un medicamento tóxico.

Nosotros preferimos las escarificaciones, porque jamás hemos observado accidentes consecutivos, siendo su aplicacion más fácil y rápida. Las escarificaciones consisten en una serie de punciones ó incisiones superficiales alrededor del orificio externo.

Se pueden emplear diversos instrumentos, un largo bisturí ó un escarificador especial (1).

Para practicar esta operacion se descubre el cuello por medio de un espéculo cualquiera, cuidando no le cubra un repliegue vaginal que forma una hernia muchas veces en el fondo del instrumento. El hocico de tenca es casi insensible, y la mujer no manifiesta ningun dolor al practicarle la escarificacion, cosa que no sucedería si se escarificara la vagina, por estar ésta dotada de una sensibilidad muy exquisita.

Se deja derramar una cantidad de sangre, que varía segun los individuos, sacando despues el espéculo.

Este procedimiento reemplaza ventajosamente á las sanguijuelas y no exige ningun cuidado consecutivo.

Las emisiones sanguíneas locales se practican á veces con un intervalo de tres ó cuatro días, impidiendo con sólo su empleo el que una metritis aguda pase al estado crónico.

Las épocas menstruales suelen producir nuevos accidentes en enfermas que aparentaban estar curadas. Los períodos catameniales se vigilarán durante algun tiempo.

DE LA METRÍTIS CRÓNICA

Nos hemos visto precisados á describir la metritis aguda (sobre todo su anatomía patológica), segun los autores que han tratado semejante cuestion, sin que jamás hayamos practicado la autopsia en un caso de ese género. En la forma crónica, por el contrario, hemos estudiado las lesiones histológicas del útero en enfermas asistidas por nosotros, relacionando los síntomas clínicos con las alteraciones anatómicas observadas despues de la muerte, por cuya razon insistiremos algo más en este capítulo acerca de la cuestion histológica.

Hemos visto, en la metritis aguda, que la division en mucosa y parenquimatosa parece algo ilusoria, y, sin embargo, la conservamos en las formas crónicas, en las cuales, más que en las agudas, no se encuentran lesiones de la mucosa estando normal el parénquima, y, viceversa, lesiones del parénquima con una mucosa fisiológica. Los exámenes necroscópicos que hemos hecho nos han demostrado, en estos casos al ménos, hallarse afecta la mucosa y el tejido subyacente.

(1) Hay instrumentos que reunen la doble ventaja de servir de escarificador y de ventosa á la vez.



Sin embargo, según que las lesiones predominen en la mucosa ó en el tejido fibro-muscular, se observa un tipo clínico diverso en sus manifestaciones, que exige también diverso tratamiento.

Tales son las razones que nos han obligado á conservar, para las formas crónicas de la metritis, estas antiguas divisiones, que creemos de poca utilidad en la forma aguda.

DE LA METRÍTIS INTERNA Ó MUCOSA CRÓNICA

Nos ocuparemos primero de la metritis interna crónica, designada por algunos autores con el nombre de metritis catarral.

Anatomía patológica. — En la metritis interna crónica, aún cuando el tejido uterino presente pocas alteraciones, el órgano está aumentado de volumen, no por el engrosamiento de sus paredes, sino por una dilatación excéntrica, que puede producir el adelgazamiento de dichas paredes.

Los tejidos están reblandecidos, y se pueden dividir con más facilidad que los de un útero normal. Incindiendo el órgano en sentido longitudinal, se ve que la dilatación corresponde más al cuerpo que al cuello. Las cavidades están llenas de un líquido puriforme ó sanguinolento, diverso algunas veces el del cuerpo al del cuello. Esta diferencia consiste en la mayor ó menor cantidad de pus que pueda contener. Algunas veces se encuentra sangre, pura ó mezclada con mucosidades.

La mucosa del cuerpo uterino, bastante engrosada, presenta un color rojo oscuro en algunos puntos, y equimótico en otros. Rara vez es lisa, presentándose generalmente con vellosidades, granulaciones y fungosidades que varían desde el volumen de un garbanzo al de una frambuesa. Estas vegetaciones tienen su asiento en la pared posterior y llegan á formar masas fungosas, que se dividen formando verdaderos pólipos (1).

La existencia de estas granulaciones en la metritis interna crónica fué ya expuesta por los antiguos. Aran insiste en la disposición que presentan, y contra las cuales preconizó Récamier el uso de la cucharilla que lleva su nombre.

En el cuello son más salientes los pliegues que forman el árbol de la vida y un gran número de glándulas mucosas trasformadas en quistes de volumen variable, conocidos con el nombre de óvulos de Naboth.

Estas aglomeraciones quísticas suelen obliterar la cavidad cervical, formando eminencia en el orificio externo.

En las ancianas se presenta una metritis crónica, con obliteración de uno de los dos orificios, que con mayor frecuencia es el interno. Esta dis-

(1) El Sr. Slawianski ha hecho de esta alteración una forma particular de *metritis vellosa*. (*Arch. de Physiologie*, 1874, pág. 86.) Estas alteraciones han sido igualmente descritas como formas particulares de metritis: *metritis granulosa*, *metritis poliposa*.

posicion permite estudiar con mayor facilidad la naturaleza de los líquidos contenidos en el cuerpo y en el cuello. En las mujeres de edad avanzada se observa un enorme desarrollo de los óvulos de Naboth, por lo cual ha recibido el nombre de metritis quística del cuello (1).

La obliteracion de los orificios reconoce causas diversas. Pueden establecerse adherencias entre las paredes, á consecuencia de una inflamacion crónica ó de repetidas cauterizaciones. Un pólipo puede producir el mismo resultado, habiéndose observado casos de pequeños pólipos pediculados formando una válvula, teniéndolos que empujar de abajo hácia arriba para introducir el histerómetro.

No debe olvidarse que en la atrofia senil pueden estar obliterados los orificios sin la intervencion de ninguna causa patológica.

La mucosa que reviste la cavidad cervical se hipertrofia hasta el punto de formar una hernia hácia afuera del hocico de tenca, constituyendo un rodete mucoso que, segun hemos expuesto, se designa tambien con el nombre de *ectropion*. En este caso se encuentran los óvulos de Naboth en la superficie externa de la parte vaginal del cuello.

Las lesiones más importantes sólo se descubren por el exámen microscópico, cuyo estudio reviste gran interes, por darnos explicacion de la mayor parte de los síntomas observados durante la vida.

Casi todos los que han tratado de las lesiones histológicas de la metritis han admitido que existe en ella epitelio cilíndrico que reviste el útero, trasformándose en epitelio pavimentoso. En todos los casos hemos visto el epitelio cilíndrico desaparecer de la superficie y no subsistir más que en algunas glándulas. En las partes superficiales está formado el tejido por elementos embrionarios, y en las partes profundas existen células aplanadas de tejido conjuntivo. Estos últimos elementos, obtenidos raspando el tejido, quizás sean los que algunos autores han tomado por epitelio de la superficie alterada.

Hemos tratado esta cuestion con todos sus detalles, por los cambios que sufre la mucosa uterina bajo la influencia del embarazo (2). Creemos más útil exponer la parte histológica en aquellos casos que revisten un notable interes clínico. No insiendiendo más sobre este punto, pasemos al estudio de las vegetaciones, que revisten tres formas principales.

1.^a En algunos casos se observa una hipertrofia de las glándulas que, á pesar de estar dilatadas y flexuosas, conservan su epitelio.

2.^a En otros, las vegetaciones están solamente constituidas por tejido embrionario, teniendo pocos vasos. Sólo quedan indicios de glándulas y

(1) Howitz, *Om Cystendvickling i collum utéri*. Hosp. Tid., R. 2, 1875, pág. 129. Analizado en *Fahresbericht*, 1875, t. II, pág. 577.

(2) De Sinéty, *Étude histologique sur la cavité utérine après la parturition*. (*Archives de Physiologie*, 1876, pág. 342.)

algunos restos de epitelio más ó ménos degenerado. Se encuentra un verdadero tejido inflamatorio, semejante al que existe en la superficie de una herida inflamada. En diversos puntos hay elementos degenerados, que permanecen incoloros por la accion de los reactivos, siendo análogos á los que se presentan en los mamelones en estado de supuracion. Esta degeneracion de los elementos embrionarios nos explica la abundancia del derrame moco-purulento durante la vida.

3.^a Por último, algunas de estas fungosidades se hallan compuestas casi en su totalidad por vasos, presentando otras un diámetro considerable, lo cual nos da la explicacion anatómica de las hemorragias tan frecuentes en la metritis interna.

Las tres clases de granulaciones, cuyo estudio no se ha hecho hasta estos últimos tiempos, nos dan la explicacion de los principales síntomas de la metritis crónica.

Segun que predominen unos ú otros, resultarán síntomas diversos. Se presentará un derrame mucoso si predominan las glándulas; purulento, si son los mamelones poco vasculares y degenerados; hemorrágico, si son los vasos. Pueden tambien presentarse á la vez en un mismo útero las tres clases de síntomas.

Algunas veces no presenta la mucosa ninguna eminencia, y aún en estos casos nos demuestra el exámen histológico las mismas lesiones difusas que invaden casi toda la mucosa. Resumirémos brevemente la observacion de una mujer de unos 30 años que padecía una metritis interna con hemorragias, la cual sucumbió en pocas horas á consecuencia de accidentes urémicos. La enferma presentó todos los síntomas de una metritis interna crónica. Por la autopsia encontramos las cavidades dilatadas y llenas de una mezcla de sangre y de moco-pus, las paredes adelgazadas y el tejido friable. Endurecido y coloreado con el picro-carminato, se pudo comprobar en dicho tejido lo siguiente: La capa mucosa tenía bastante consistencia, y las glándulas, muy dilatadas en algunos puntos, se reconocían perfectamente por su capa epitelial, teniendo el conducto obliterado por la aglomeracion de pequeñas células redondas. En vez de hallarse próximas unas á otras, como en el estado normal, estaban separadas únicamente por elementos embrionarios, entre los cuales existían vasos que terminaban en la superficie libre de la cavidad uterina. Éstos, llenos aún de glóbulos sanguíneos, explicaban las hemorragias que en la enferma se presentaron. La capa epitelial había desaparecido por completo, excepto en las glándulas. En algunos puntos de la capa del tejido embrionario que sustituía á la mucosa se veían islotes de elementos degenerados que presentaban el aspecto de pequeñas masas caseosas.

No se limitaban las lesiones á la superficie de la cavidad uterina, sino que existían tambien en el espesor de sus paredes. Las fibras musculares estaban conservadas; pero entre los haces de fibras, y variando de uno

á otro punto, se veían grupos de pequeñas células redondas, muy numerosas alrededor de los vasos de pequeño diámetro y formando en algunos puntos islotes que, por la acción del picro-carminato de amoniaco, adquirirían un intenso color rojo que hacía fácil su reconocimiento aún con poco aumento. Las alteraciones eran más pronunciadas en la mucosa que en el estroma. Diferían también de las observadas en las mujeres muertas durante las reglas, pues en ellas las glándulas conservan sus respectivas relaciones y constituyen la mayor parte de la mucosa, mientras que en la metritis están separadas y sumergidas en un verdadero estroma embrionario que constituye las cuatro quintas partes. En ambos casos hay transformación de los tejidos. Durante la menstruación no hemos encontrado jamás esos islotes de elementos degenerados y caseosos, ni la infiltración de todo el parénquima por pequeñas células redondeadas. Por último, en la época de las reglas todos los vasos están dilatados y llenos de sangre: en la metritis, sólo lo están los de la superficie de la cavidad uterina. Observamos que este caso, tanto bajo el punto de vista clínico como el de la anatomía macroscópica, constituye un verdadero tipo de metritis interna crónica, y, sin embargo, el examen histológico nos ha demostrado que los tejidos profundos presentaban ya lesiones del primer período de la metritis llamada parenquimatosa.

Este caso y otros cuya descripción harémos más adelante, vienen en apoyo de las ideas expuestas por nosotros.

Nos ocuparemos después de la anatomía patológica de las ulceraciones del cuello uterino, tan frecuentes en las enfermas de metritis crónicas.

Síntomas. — Pasemos ahora al estudio de los síntomas que permiten reconocer clínicamente la metritis crónica. Lo que, ante todo, la caracteriza es el derrame, sobre el cual insistiremos después de exponer el conjunto de síntomas subjetivos.

Las mujeres que padecen esta afección presentan, como síntomas constantes, debilidad general, tanto más acentuada cuanto más extensa es la enfermedad. Las metritis en las cuales predominan las lesiones del cuello suelen pasar desapercibidas y no dan lugar á alteraciones tangibles sino por el transcurso del tiempo.

Las enfermas tienen palpitaciones, disnea y se fatigan al hacer el menor ejercicio.

El rostro pálido, terroso y los ojos hundidos dan á la fisonomía ese aspecto especial llamado *facies uterina*.

Al propio tiempo se presentan algunos fenómenos psíquicos. El carácter también se modifica, volviéndose las mujeres tristes, disposición que se observa lo mismo en el hombre como en la mujer, pues es propia de todas las afecciones de los órganos genitales.

En el aparato digestivo se observan igualmente diversas alteraciones. Unas veces hay pérdida del apetito, y otras grandes deseos de comer, que

van seguidos de digestiones difíciles. Se presenta también una estreñimiento pertinaz, y después diarrea.

El dolor es un fenómeno casi constante. Tiene su asiento principalmente en la región hipogástrica ó en la sacra, y se irradia hacia el púbis, la región inguinal y á lo largo del muslo.

Acusan las enfermas una sensación de plenitud y de peso en la pelvis, que llega hasta producir dolores intensos y deseos de expulsión. Se presenta igualmente el tenesmo rectal y vesical, y una sensación de quemadura al paso de la orina. La cefalalgia acompaña muchas veces á la metritis crónica.

Estos diversos síntomas de la metritis están en relación con el estado anémico que la complica casi siempre.

También sufre alteraciones la menstruación. La dismenorrea, tan frecuente en las formas agudas, tarda más en presentarse en las crónicas; probablemente no se manifiesta hasta hallarse la mucosa completamente trasformada en tejido inflamatorio y haber perdido sus caracteres fisiológicos.

Algunas veces, el derrame moco-purulento alterna con las metrorragias.

En la forma hemorrágica (admitida por Duparcque como una metritis especial) duran las reglas al principio más tiempo que de ordinario. Poco á poco, la época menstrual se va prolongando hasta el punto de unirse los períodos unos á otros, constituyendo una hemorragia continua, sin que las enfermas reconozcan más sus períodos catameniales, quejándose, siguiendo su expresión, de *estar siempre con la sangre*.

Los síntomas objetivos que nos restan exponer tienen mucha mayor importancia.

Al tacto se percibe el útero móvil y los fondos de saco libres é indolores, si no existe ninguna complicación. Por el contrario, comprimiendo el cuello se provoca el dolor.

En algunos casos es éste tan intenso que Routh (1) ha creído constituía una metritis especial, que afectaba principalmente el fondo del útero, y caracterizada, además del exceso de sensibilidad, por trastornos psíquicos que revisten la forma histerica ó cataléptica. Se han designado también los casos de este género con el nombre de *útero irritable*.

Es necesario no olvidar que en la neuralgia lumbo-abdominal se encuentran algunas veces puntos dolorosos á la presión, en particular en la unión del cuello con el cuerpo, sin que haya, sin embargo, fenómenos de metritis (2).

(1) *Obst. tr.*, t. XII, pág. 136.

(2) Según las descripciones dadas por los autores ingleses, deben ser hechos de este orden los que se han confundido bajo la denominación de úteros irritables.

Por el exámen directo se ve á menudo que la vulva y la vagina participan de la inflamacion. El cuello está rojo, á menudo ulcerado. Unas veces sale por su orificio un líquido moco-purulento, en ocasiones completamente purulento; otras se ven mucosidades teñidas de sangre, y áun sangre pura.

En muchos casos se puede distinguir la procedencia del flujo: el del cuerpo, poco denso, filamentosos; el del cuello, espeso, resistente, gelatiniforme; el de la vagina, más blanco, lechoso, como coagulado. Por otro lado, la secrecion uterina es alcalina, y la de la vagina es ácida.

Cuanto más purulentos son estos diferentes líquidos, mucho más difícil es juzgar su origen.

Las ulceraciones del cuello presentan un aspecto variable, acerca del cual no insistiremos en estos momentos.

En otro tiempo se atribuía una importancia muy exagerada á estas ulceraciones, que, en concepto de ciertos médicos, constituían toda la enfermedad; pero despues se ha podido confirmar cuán errónea era semejante opinion.

Cuando, en el curso de la metritis crónica, se practica el cateterismo de la cavidad uterina, existe algunas veces dificultad para franquear el orificio interno si dominan las lesiones del cuello. Pero, si han interesado el cuerpo de una manera algo marcada, la penetracion del instrumento á través del istmo se verifica con la mayor facilidad y la sonda se mueve muy bien en todos sentidos.

Se observa igualmente, por este medio de exploracion, que el útero, en vez de 5 á 6 $1/2$ centímetros (estado normal), puede llegar hasta 8 y áun 8 $1/2$ centímetros de profundidad.

Es preciso tomar siempre las mayores precauciones al practicar el cateterismo de un útero así alterado, porque su tejido está reblandecido y se dejaría atravesar fácilmente.

No podemos terminar la historia de la metritis interna crónica sin citar una variedad que se observa en las mujeres viejas. En éstas, podrían inducir á error los fenómenos debidos solamente á la retencion de los productos de secrecion despues de la obliteracion de los orificios. Se quejan de todas las sensaciones dolorosas que ordinariamente acompañan á esta afeccion. El útero se halla distendido, aumentado de volúmen. A menudo, ora espontáneamente, ora á consecuencia de un cateterismo, sale un chorro de líquido, las enfermas experimentan un repentino alivio y todo entra en su órden natural.

Pero no siempre es así, y debemos estar prevenidos contra la existencia posible de la metritis interna crónica en los periodos más avanzados de la vida.

Hemos tenido ocasion de observar un caso, en una mujer de 78 años que presentaba todos los signos clásicos de la forma hemorrágica. Esta

enferma murió casi repentinamente de accidentes cerebrales, y al hacer la autopsia se pudieron encontrar las lesiones de la metritis crónica, generalizadas al cuerpo y al cuello. En ella predominaban las alteraciones de la mucosa, pero el parénquima había sufrido igualmente modificaciones patológicas.

Curso. — La metritis interna crónica es una enfermedad de curso largo, y casi siempre rebelde. Su duración puede contarse por meses y años. Algunas veces cura espontáneamente en el momento de la menopausia, á consecuencia de la atrofia del útero. Pero puede también existir durante la vejez, según lo demuestran ciertas observaciones.

Con todo, nosotros no iremos tan lejos como Scanzoni, que la considera casi incurable. Es lo cierto que gran número de enfermas recobran más ó menos tarde su salud.

Diagnóstico. — Esta afección puede confundirse con el cáncer, los pólipos, los cuerpos fibrosos, la blenorragia, la neuralgia lumbo-abdominal. En la forma crónica, llamada parenquimatosa, es en la que principalmente presenta grandes dificultades el diagnóstico entre el cáncer y la metritis: de este asunto volveremos á ocuparnos en otro capítulo.

La metritis interna podría confundirse con un cáncer del cuerpo uterino. Pero, en este último, la matriz adquiere dimensiones mucho más considerables que en la metritis. Además, en la metritis se observan á menudo intermitencias en la naturaleza del flujo, ora moco-purulento, ora sanguíneo. En el cáncer, estas intermitencias no existen por lo general. El olor fétido de los líquidos no constituye un carácter distintivo absoluto. Aunque mucho más frecuente en el cáncer, se puede encontrar también en la metritis.

En los pólipos y los cuerpos fibrosos, el cateterismo proporciona datos preciosos, que se podrán completar por la dilatación del cuello.

Cuando la blenorragia es de fecha reciente, la uretritis, la rubicundez limitada á la vagina, la transparencia del moco uterino, que destaca sobre los líquidos purulentos que la rodean, no pueden dejar duda alguna sobre la naturaleza de la afección. La vaginitis, que á veces acompaña á la metritis crónica, no adquiere nunca la intensidad de la vaginitis blenorragica en su primer período.

En los casos en que una blenorragia antigua se ha propagado hasta la cavidad uterina, el diagnóstico es casi imposible, y apenas puede apoyarse más que en los conmemorativos. Por lo demás, existe entonces una verdadera metritis de origen hemorrágico.

La neuralgia lumbo-abdominal se confunde en ocasiones con una metritis si no se practica un exámen suficiente. El conocimiento del error impedirá incurrir en él si se examina atentamente á las enfermas.

Pronóstico. — La metritis interna crónica es una afección común y que se encuentra á cada paso en la práctica. Por lo general no ocasiona

la muerte por sí sola; pero el estado de debilidad en que caen las enfermas facilita el desarrollo de otras afecciones, entre ellas la tuberculosis.

Sin embargo, hay ciertos casos en los cuales la metritis crónica es excesivamente grave, á causa de las metrorragias que provoca y que pueden por sí solas ocasionar una terminacion fatal.

Si no hay hemorragia, la abundancia del flujo mucoso ó moco-purulento no es la causa única de la debilidad rápida de las enfermas. Tal estado se halla bajo la dependencia de una accion más general ejercida sobre el conjunto del organismo.

Vemos, en efecto, que ciertas leucorreas vaginales muy considerables, y aún más abundantes que los flujos uterinos, coinciden durante algun tiempo con una salud perfecta.

La metritis crónica produce á menudo la esterilidad. Ciertos autores dicen que, cuando no es causa de esterilidad, predispone á las inserciones viciosas de la placenta. (Schröder.) Esto no pasa de ser una simple hipótesis, todavía no demostrada por los hechos.

Etiología. — La metritis crónica sucede á la forma aguda. Otras veces es crónica desde luégo y se desarrolla poco á poco y lentamente.

Hay un sin número de causas consideradas como capaces de producir la metritis crónica: malas condiciones higiénicas, temperamento linfático, fatigas exageradas, disgustos, etc. En nuestro concepto, sería preferible no repetir, con motivo de cada enfermedad, esa etiología dudosa que, pudiendo aplicarse á todas, no caracteriza á ninguna en particular.

La blenorragia produce á veces la metritis interna. Se ha exagerado, sobre todo en estos últimos años, la importancia de semejante causa, que, sin embargo, se halla demostrada por gran número de observaciones. Tambien se ha dicho, recordando la frecuencia de la afeccion que nos ocupa en las prostitutas, que los excesos del coito pueden desarrollar la metritis. Pero estas mujeres se hallan expuestas á expulsar prematuramente productos de concepcion que pasan desapercibidos, hecho mencionado hace mucho tiempo por Parent du Châtelet. Además, en muchas circunstancias se toman por reglas dolorosas los abortos poco avanzados, como lo demuestra el exámen histológico de algunas pretendidas dismenorreas membranosas, que no son más que restos de vellosidades coriales (1).

En suma, la puerperalidad y las imprudencias cometidas despues de un parto ó de un aborto son, las más veces, el punto de partida de la metritis crónica.

Esta afeccion se encuentra en todas las clases de la sociedad y con todos los temperamentos.

(1) Véase de Sinéty, *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, 1876, página 140.

Se observa igualmente en las enfermedades del corazón, ó acompañando al cáncer, los pólipos y los cuerpos fibrosos.

Pero en estos últimos casos no es más que una complicación, y su interés es muy secundario.

Tratamiento. — El de la metritis interna crónica presenta indicaciones generales y locales que varían según los síntomas predominantes.

Tratamiento general. — La metritis, cualquiera que sea su forma, va acompañada siempre de un estado anémico. Así, el uso del hierro se halla indicado en la mayor parte de los casos, asociándole á los amargos, y sobre todo á la quina (1).

Con este motivo, debemos prevenir á las enfermas contra el abuso del vino de quina. Es un medicamento que se ordena á cada instante en afecciones muy distintas. Creemos que, sobre todo en las mujeres, el vino es un mal modo de administración de la quina. En primer lugar, la cantidad de sustancia activa contenida en un vasito de vino es excesivamente pequeña. Además, entra en la fabricación de este medicamento una cantidad considerable de alcohol que perjudica notablemente á las enfermas atacadas de dispepsia. Sólo estará indicado cuando se crea útil dar, al mismo tiempo que la quina, una pequeña dosis de alcohol. Aun en estos casos, se debe recomendar hacer uso del vino de quina al fin de las comidas, y no al principio, como se hace generalmente. Hemos tenido ocasión de ver mujeres que se hicieron dispépticas bajo la influencia de un vaso de vino de quina en ayunas por espacio de muchas semanas, y en las cuales la cesación del medicamento bastó para hacer desaparecer todos los desórdenes digestivos.

Las preparaciones químicas se administrarán, pues, principalmente bajo la forma de polvos ó de extracto.

Hay casos en que el hierro, solo ó combinado con estos últimos, aumenta los dolores y agrava el estado de las enfermas. El médico debe, pues, vigilar el efecto producido por las sustancias que ordena.

Contra los desórdenes digestivos se emplearán los alcalinos, la pepsina y los amargos, según las circunstancias, y las enfermas harán uso en las comidas de un agua mineral, como el agua de Bussang, de Condillac, de Spa, ó de las fuentes de Vichy, Cusset, Vals.

Los baños simples ó alcalinos son un medio útil en el tratamiento de la metritis crónica. La introducción de un pequeño espéculo, permitirá que el agua penetre en la vagina hasta el cuello del útero.

(1)	Ruibarbo pulverizado	5 gramos.
	Carbonato de hierro	} añ 10.
	Quina amarilla en polvo	

para 20 papeles, de los cuales se tomarán dos al día, uno á cada comida.

Según el estado de las deyecciones, se hará variar la cantidad de ruibarbo; y, si existe diarrea, se reemplazará el ruibarbo por el subnitrito de bismuto.

La hidroterapia, por su accion reconstituyente y sedante, presta asimismo grandes servicios. Dejamos á un lado, por ahora, la cuestion de las curas termales, de las cuales nos ocuparémos en el capítulo siguiente, al hablar del tratamiento de la metritis parenquimatosa.

Cuando el flujo es purulento ó moco-purulento, se han recomendado los balsámicos, y sobre todo la copaiba. La accion de esta sustancia nos parece bastante problemática contra la leucorrea uterina y vaginal. Además, la copaiba suele ser mal tolerada por el estómago: así, sólo aconsejamos su uso en los casos en que existe metritis, pues entónces se halla realmente indicada.

Las lavativas de áloe, preconizadas por Aran, se usan muy poco en el día.

Tratamiento local.— Como tratamiento local se ordenan á menudo las inyecciones astringentes, con tanino, alumbre y con cocimiento de hojas de nogal. Estas inyecciones sólo obran sobre la vagina, y algo sobre la superficie del hocico de tenca. Su principal utilidad consiste en arrastrar los productos del flujo uterino y en impedir su estancacion en el conducto vaginal.

Las cauterizaciones de la cavidad cervical darán buenos resultados si esta region es la principalmente enferma (1).

El cilindro de nitrato de plata se emplea las más veces con tal objeto, equivocadamente en nuestro concepto, dada la disposicion anatómica de la mucosa. Es imposible que un cáustico sólido penetre en las anfractuosidades y repliegues que dicha region presenta, y las partes de nitrato de plata disueltas pierden inmediatamente toda accion al mezclarse con el moco, que las trasforma en cloruro argéntico, completamente inactivo.

Los cilindros de tanino se hallan más indicados, en nuestro concepto. Nosotros empleamos á veces una mezcla de tanino y de ácido fénico, con la cual se hacen pequeños cilindros de tres centímetros de largo próximamente, que se introducen en el conducto cervical, donde no tardan en disolverse (2).

A estos diversos medios preferimos la accion de los cáusticos líquidos, y en particular el ácido crómico.

Adoptando las precauciones que más adelante indicarémos, este ácido

(1) No hablamos aquí del tratamiento de las ulceraciones, de las cuales nos ocuparémos en un capítulo aparte.

(2) Cilindros cáusticos:

Acido fénico cristalizado.	0,50 centigramos.
Glicerina.	5 gotas.
Tanino	4 gramos.
Goma tragacanto.	c. s.

para cilindros de 5 centímetros de largo y 3 á 4 milímetros de diámetro.

presenta grandes ventajas para el tratamiento de las afecciones uterinas (1).

Cuando las lesiones existen por encima del orificio interno, debe llevarse el agente modificador á la cavidad del cuerpo del útero. Otro tanto dirémos de los cilindros de nitrato argéntico.

Esta cuestion nos induce á estudiar la línea de conducta que debe seguir el práctico en la metritis de forma hemorrágica.

La importancia de esta parte del tratamiento es tanto mayor cuanto que, como hemos visto, las metrorragias presentan por sí solas un verdadero peligro.

Algunas veces, la permanencia en la cama basta para hacer que cesen las pérdidas. Pero los casos tan favorables no son constantes, por lo cual es preciso recurrir á agentes terapéuticos, cuyo número es bastante considerable. Los baños calientes (35° durante 20 minutos), empleados con éxito por el Dr. Tarnier contra las hemorragias secundarias de las mujeres recién-paridas, pueden dar tambien buenos resultados en las hemorragias consecutivas á una metritis. Las aplicaciones calientes (sal de Chapman) á la region lumbar son igualmente útiles, segun hemos podido ver, hace algunos años, en la Clínica del Dr. Guéneau de Mussy.

La digital, la quinina y el cornezuelo de centeno han sido aconsejados por varios autores.

Este último medicamento no suele tener, en tales condiciones, la misma accion que en los casos de metrorragias resultantes de cuerpos fibrosos. Semejante diferencia se halla en relacion con lo que nos enseña la Anatomía patológica. Es muy sencillo comprender, en efecto, que el cornezuelo, obrando sobre las fibras musculares lisas, no tiene gran influencia sobre los vasos y los tejidos, casi únicamente formados de elementos embrionarios, como los que hemos observado en la metritis interna crónica.

Contra las vegetaciones vasculares se ha preconizado el uso de la cu-

(1) Empleamos la disolucion á partes iguales de ácido crómico cristalizado y de agua destilada. En el intervalo de las cauterizaciones se aconsejarán las curas cotidianas con torundas de hilas empapadas en la mezcla siguiente:

Acido fénico cristalizado.	0,30 gramos.
Alcohol.	10 gotas.
Glicerina.	10 gramos.
Tanino.	2 —

Las disoluciones concentradas de ácido fénico, llevadas con un pincel á la cavidad cervical, se usan á menudo contra el catarro uterino. No debemos olvidar que este ácido es un poderoso cáustico, y que ofrece una gran tendencia á extenderse en superficie. Se puede recurrir á la fórmula siguiente:

DISOLUCION CÁUSTICA

Acido fénico.	2 gramos.
Alcohol.	1 —
Agua destilada.	} 10 —
Glicerina.	

charilla. Esta operacion, tal como la practicaba Récamier, dió algunos buenos resultados, cuyo número no se hallaba en relacion con los peligros á que exponía. En la actualidad, la dilatacion del cuello ha entrado en la práctica ginecológica; por lo tanto, la abrasion de la cavidad uterina ofrece ménos peligros y se hace mucho ménos difícil. Por esta dilatacion es más fácil el exámen de la superficie interna del órgano, y se obra con más seguridad.

Cuando el cuerpo del útero se ha hecho ya accesible á nuestros medios de diagnóstico y tratamiento, se pueden usar ciertos cáusticos enérgicos, como el ácido fénico, el ácido nítrico fumante, etc. Este último ha sido aconsejado por muchos ginecólogos. (Atthil, Churchill, Liebman) (1).

Cuando se empleen, es necesario aplicar préviamente un espéculo vaginal, y ademias un espéculo uterino para proteger los labios del hocico de tenca contra la accion del cáustico. Éste se pondrá en contacto con la superficie de la mucosa por medio de una pequeña cantidad de algodón en rama arrollado alrededor de un tallo de madera ó de un aparato especial como el de Woodbury.

Se ha propuesto cauterizar la superficie interna del útero con el galvanocauterio (Spiegelberg), cuya disposicion permite introducirle frío, y calentarle sólo cuando ha penetrado en la cavidad.

Nosotros no hemos tenido ocasion de ensayar estos últimos medios. El que empleamos principalmente contra la metrorragia dependiente de la metritis interna consiste en hacer penetrar en el útero una sonda préviamente untada, en una extension de seis á siete centímetros, con una capa de nitrato de plata fundido (2).

Con este método no es necesaria la dilatacion prévia. Se debe introducir el instrumento sin vacilar despues de averiguar la direccion y la profundidad del útero. El órgano se contrae sobre la sonda, cuya curvadura se dirige en diferentes sentidos.

El cáustico sólido, completamente ilusorio para la cavidad del cuello, nos parece, por el contrario, muy lógico para el cuerpo de la matriz, cuya superficie interna no presenta ningun repliegue.

No necesitamos añadir que ántes de practicar esta cauterizacion, lo mismo que ántes de cualquier otra operacion uterina, por pequeña que sea, debe examinarse el estado de integridad de los anejos.

La falta de ésta precaucion ha sido á menudo causa de accidentes que han comprometido algunos métodos de tratamiento, muy útiles si se hubieran aplicado con prudencia.

Despues de las cauterizaciones, las enfermas deben guardar cama du-

(1) Véase, con este objeto, *Arch. de Tocologie*, t. IV, pág. 207.

(2) Este procedimiento, empleado por el Dr. Siredey, ha sido descrito en la tesis de uno de sus alumnos. Devins, *Thèse de doctorat*, Paris, 1876.

rante uno ó dos días. Nosotros nunca las practicamos más que á domicilio: algunos ginecólogos no ven inconveniente en que las enfermas anden inmediatamente despues (1), lo cual nos parece arriesgado.

Este método nos ha dado buenos resultados, y no ofrece más desventaja que causar algunos cólicos, rara vez muy agudos.

Pasarémos en silencio una multitud de sustancias que se introducen en el útero bajo la forma de polvos ó de pomada, y que han tenido sus partidarios, para llegar á un medio poderoso, pero no sin peligro: nos referimos á las inyecciones intra-uterinas.

Los autores se hallan muy divididos respecto á su utilidad. Nosotros creemos que deben reservarse para los casos en que todas las demas medicaciones han fracasado; pero la gravedad que presentan en ocasiones las hemorragias repetidas y prolongadas nos autoriza á emplear todos los medios de que podemos disponer (2).

Los partidarios de las inyecciones, para probar su inocuidad, se han fundado en la imposibilidad que existe, despues de la muerte, para hacer penetrar un líquido, á través de las trompas, hasta la cavidad peritoneal. Por nuestra parte, no creemos que puede compensarse por completo lo que se observa en el cadáver á lo que ocurre en la mujer viva. Además, algunas veces se encuentran las trompas dilatadas, y, en tales casos, ningún obstáculo se opone al paso del líquido al peritoneo. De cualquier modo, es positivo que ciertos accidentes graves, algunas veces mortales, han seguido á la introduccion de un líquido cáustico en el útero. Estos hechos bastan para justificar nuestra reserva, no admitiendo las inyecciones intra-uterinas mas que como último recurso.

Para practicarlas se emplean diversas especies de jeringas. Unas son simples, otras de doble corriente. Las cánulas, l'enas en su extremidad de pequeños agujeros (Sims, Courty) ó de aberturas más considerables (Braun), son de metal ó de goma (3).

Debe emplearse el líquido tibio y tener cuidado de hacer una inyeccion de agua para medir la capacidad de la cavidad uterina y desembarazarla de los diversos productos que puede contener, ántes de introducir el elemento medicinal, que deberá penetrar lentamente.

Es importante, miéntras dure la operacion, asegurarse de que el líquido puede refluir fácilmente á la vagina.

Las sustancias que más á menudo se emplean con tal objeto son las di-

(1) Liebman, *Arch. de Tocologie, loc. cit.*, pág. 207.

(2) Véase, entre otras obras, respecto á las inyecciones intra-uterinas, la *Clinica de Gallard y Guichard, tesis de París, 1870.*

(3) El Sr. Gallard emplea las más veces sondas de goma del núm. 10 de la serie de Charrière.

soluciones de nitrato de plata, la tintura de iodo y el percloruro de hierro (1).

En los casos más marcados, clínicamente, de metritis intensas hemos visto que existían también lesiones en todo el espesor de las paredes uterinas. Estas observaciones nos inducen á recurrir á las emisiones sanguíneas locales, al principio del tratamiento de esta forma de metritis crónica. Las metrorragias, lejos de ser una contraindicación, ceden algunas veces bajo esta sola influencia. Se ha llegado á aconsejar las sangrías del cuello en los casos de embarazo complicado con metritis, si los dolores uterinos hacen temer un aborto (2).

Todo lo que acabamos de decir acerca de la terapéutica de las hemorragias se aplica sobre todo á los casos en que éstas tienen una regular abundancia. En ocasiones son tan considerables, que la vida de la enferma se halla seriamente amenazada.

En tales circunstancias debe recurrirse al taponamiento, es decir, al taponamiento verdadero, y no á la introducción de algunas torundas de hi-las en la vagina, como se hace muy á menudo. Además, la aplicación del hielo sobre el vientre y la ingestión del alcohol al interior encuentran igualmente su aplicación.

Finalmente, en los casos extremos se podrá practicar la trasfusión.

DE LA METRÍTIS CRÓNICA PARENQUIMATOSA

No volveremos á exponer las razones que nos han obligado á conservar para la metritis crónica las antiguas divisiones en metritis interna ó mucosa y parenquimatosa. Debemos añadir, sin embargo, que, si adoptamos el epíteto de parenquimatosa, es para no designar con una nueva palabra una afección descrita hace mucho tiempo con un nombre ya clásico. La expresión de *metritis intersticial* nos parecería preferible y más en relación con las denominaciones anatómo-patológicas aplicadas á otros órganos. En el riñón, por ejemplo, se llama nefritis parenquimatosa la que interesa los elementos epiteliales, é intersticial aquella en la cual las lesiones residen principalmente en el estroma conjuntivo. Recordando la diferente significación de esta palabra, según que se aplique á tal ó cual órgano, no hay inconveniente en emplearla para el útero.

Anatomía patológica. — Se admiten dos períodos distintos en el desarrollo de la metritis parenquimatosa crónica:

Un primer período, llamado de infiltración, y el segundo de inducción.

(1) Estas últimas sustancias pueden emplearse al 4.º, al 5.º ó al 10.º, disueltas en agua ó en glicerina.

(2) Véase *Gas. des Hôp.*, pág. 190.

El primer período ha sido descrito por muchos autores con el nombre de congestión.

Ya nos hemos extendido bastante acerca de este punto, al hablar de la metritis en general, para que creamos necesario exponer nuevas ideas en este sentido.

El carácter macroscópico que llama desde luego la atención, si se examina un útero atacado de esta variedad de metritis crónica, es el aumento de volumen de todo el órgano. Sin embargo, rara vez pasan sus dimensiones del grosor del puño de un adulto.

Los casos en que el útero atacado de inflamación crónica simple se remontaba hasta el ombligo (1), deben ser considerados como tan extraordinarios que, sin un examen histológico, sólo pueden admitirse con la mayor reserva.

El órgano es ordinariamente regular, y la hiperplasia se manifiesta casi igualmente en todos los puntos.

Debemos exceptuar, sin embargo, ciertas hipertrofias parciales que se presentan en todo el cuello ó sólo en uno de sus labios. El hocico de tenca adquiere entónces una vaga semejanza con una trompa de tapiro, y de aquí el nombre de *cuello tapiroide* que se ha dado á esta forma.

Ya hemos consignado estos hechos al hablar de las diversas variedades de anomalías uterinas.

El aumento de volumen del órgano es debido á un engrosamiento de sus paredes, que pueden llegar á tener en el fondo hasta dos ó tres centímetros de espesor.

Esta hipertrofia es generalmente excéntrica; es decir, que, á pesar del espesor de los tejidos, la cavidad está dilatada y sus diámetros pasan de las dimensiones normales. Ocurre, sin embargo, algunas veces, aunque muy excepcionales, que la hipertrofia es concéntrica, y entónces la cavidad uterina puede tener una capacidad menor que de ordinario: esto no es, repetimos, más que una excepcion. El aumento de la cavidad, á pesar del engrosamiento notable de sus paredes, es la regla.

Si se practica un corte del útero, los caracteres cambian según la época de la enfermedad en que ha sucumbido la mujer de una afección intercurrente, porque, como veremos bien pronto, la metritis parenquimatosa crónica no suele producir la muerte por sí sola.

En los primeros períodos, el tejido uterino es blando, lleno de jugos, rojizo, y deja fluir una cantidad considerable de sangre. La mucosa está engrosada y ofrece el mismo aspecto que en la metritis interna, porque, según hemos dicho, nunca hemos visto las dos formas, parenquimatosa y mucosa, absolutamente aisladas una de otra.

(1) Veit, citado por Schroeder, *loc. cit.*, pág. 99.

El cuello está grueso, hinchado, á menudo irregular; el orificio interno dilatado.

Ademas, se encuentran casi siempre en el hocico de tenca ulceraciones de forma y de aspecto variados. Consideraciones múltiples nos obligan á hablar de ellas por separado, despues de la descripción de las principales variedades de metritis crónica.

Si el proceso patológico es más avanzado, es decir, si ha llegado al período llamado de induración, el parénquima uterino se torna más duro, resistente, y recuerda los caracteres del tejido cicatricial. Bajo la influencia de estas trasformaciones, el útero puede á la larga atrofiarse, adquirir una consistencia casi cartilaginosa. Los tejidos crepitan bajo el escalpelo, y el color blanco del corte indica su poca riqueza vascular.

El estudio histológico de estas diferentes lesiones presenta un grandísimo interes. Vamos á hacerlo, con tanto más gusto cuanto que podemos citar algunas observaciones personales. De suerte que nuestras ideas relativamente á la metritis crónica se apoyan en hechos anatomo-patológicos, únicos que, en nuestro concepto, tienen un valor bastante científico para servir de base al estudio de una enfermedad.

Histología. —¿A expensas de qué elementos se verifica esta hipertrofia general del útero bajo la influencia de la metritis parenquimatosa crónica?

En el primer período, que hemos designado con el nombre de período de infiltración, se observa la hiperhemia. Los vasos están distendidos y llenos por los glóbulos sanguíneos. Algunas veces se encuentran en ciertos puntos hemorragias intersticiales. Pero la lesion dominante de este período es la presencia, en gran número, de elementos embrionarios en todo el espesor de la pared. Estos elementos se observan principalmente alrededor de los vasos, formando islotes de dimensiones variables, y más ó ménos distintos. Hemos descrito este proceso en su principio, en un caso de metritis mucosa en que no había aún engrosamiento de las paredes uterinas, y en el que, por consiguiente, la metritis parenquimatosa sólo podía comprobarse por un exámen histológico.

¿Qué se hacen más tarde estos elementos embrionarios, no especificados todavía? ¿Dan lugar en el segundo período, ó período de induración, á la formacion de tejido fibroso ó á la produccion de tejido muscular? Es una cuestion difícil, acerca de la cual no se hallan todavía de acuerdo los autores.

No siempre es fácil distinguir, en un órgano como el útero, lo que pertenece á las fibras conjuntivas y á las fibras musculares lisas. Este diagnóstico anatómico es casi siempre difícil, sobre todo si los elementos son poco numerosos. Si los músculos lisos están agrupados en haces, la distincion se hace más fácil (1).

(1) Principalmente desde que Ranvier ha indicado la propiedad que tiene la pur-

De cualquier modo, segun ciertos histólogos, la hipertrofia de las paredes uterinas, en la metritis, depende de una proliferacion de todos los elementos constituyentes.

Virchow describe la metritis parenquimatosa bajo el nombre de hiperplasia del tejido fibro-muscular uterino, con los miomas, en un mismo capítulo de la patología de los tumores.

Segun Foerster, todos los elementos toman parte en la hipertrofia del útero, y su estructura es próximamente la misma. Es, pues, segun él, una hipertrofia simple. El mismo autor añade que, en ciertos casos, las células musculares están aumentadas de volúmen.

Tuin (1), en un trabajo publicado en 1868, admite que la hiperplasia existe casi únicamente en el tejido muscular. Schroeder pretende que, cuando existe, sólo se encuentra en el fondo del órgano.

Otros histólogos, sobre todo Rokitsanski y Kiwisch, sostienen que se debe únicamente á la produccion de tejido conjuntivo.

Ésta es tambien la opinion admitida por Gallard, que dice que las fibras musculares desaparecen bajo la influencia de la proliferacion conjuntiva (2).

Nægerrath (de Nueva-York), en su trabajo de 1869, propuso, bajo la influencia de esta idea de Anatomía patológica, sustituir á la denominacion de metritis crónica la de metritis intersticial difusa. En una palabra, la idea de la proliferacion conjuntiva es la más generalizada actualmente entre los ginecólogos.

¿De dónde procede esa divergencia de opiniones que existe entre tantos observadores? ¿Se debe á que la distincion entre los músculos lisos y el tejido conjuntivo es á menudo difícil, ó á que las alteraciones anatómicas varían segun los casos? Ambas hipótesis son posibles.

Pero veamos lo que dicen los hechos, siempre más elocuentes que las

purina de colorear los músculos y de dejar incoloras las fibras conjuntivas. Ya hemos tenido ocasion de mencionar la utilidad de esta técnica al hablar de la direccion de los haces musculares en el útero normal.

(1) *Ueber die Veränderungen des Muskel und Bindegewebes bei chronischer Metritis.* (Von N. Finn, San Petersburgo, *Centralblatt*, 1868, pág. 564.) Hé aquí las conclusiones de la Memoria de Finn:

- 1.^a En la metritis crónica, la situacion regular, lo mismo de las fibras musculares aisladas que de los haces musculares, no presenta ningun cambio.
- 2.^a Los haces musculares no sufren modificaciones cualitativas, y su degeneracion grasosa no es en manera alguna constante en esta enfermedad.
- 3.^a Los haces musculares están siempre aumentados de volúmen en longitud y latitud.
- 4.^a El número de los haces está constantemente aumentado.
- 5.^a La cantidad de tejido conjuntivo en los últimos estadios de la enfermedad está relativamente disminuida, y hasta de una manera absoluta. De suerte que la hipertrofia del útero es debida á la hiperplasia muscular, y el tejido conjuntivo apenas participa.

(2) Gallard, *loc. cit.*, pág. 276.

discusiones de las hipótesis. Hemos estudiado preparaciones histológicas procedentes de un útero recogido al hacer la autopsia de una mujer de 34 años que había presentado, durante su vida, todos los síntomas de la metrítis parenquimatosa crónica.

Las paredes estaban muy engrosadas, duras, resistentes, de aspecto blanquecino; en una palabra, poseían todos los signos que se han descrito como característicos, á simple vista, del útero atacado de metrítis crónica en el segundo período.

En los cortes coloreados con la purpurina se distinguían dos caracteres muy notables (*fig. 16*):

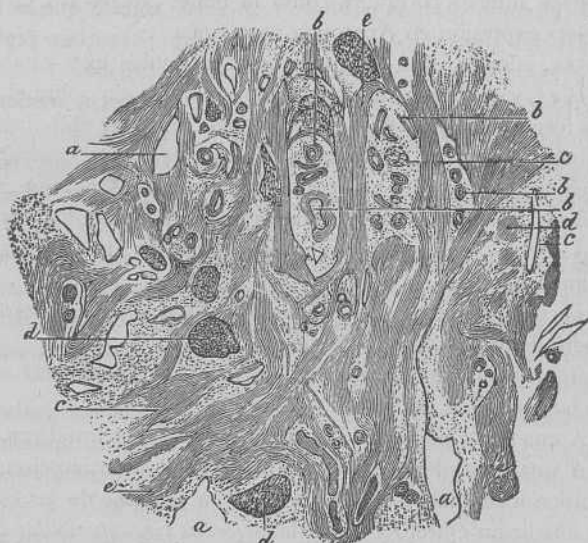


Fig. 16. — Corte del tejido uterino en un caso de metrítis parenquimatosa crónica (aumento 40 diámetros).

a. Espacios linfáticos dilatados. — *b.* Vasos. — *c.* Tejido conjuntivo circumvascular. — *d.* Corte transversal de los haces musculares. — *e.* Corte longitudinal de los haces musculares.

1.º Gran número de cavidades tapizadas por un endotelio. Estas cavidades tenían en ciertos puntos proporciones considerables y comunicaban unas con otras por espacios estrechos. Éstos aparecían en algunos puntos bajo la forma de una línea roja, debida á la coloracion de los núcleos de los elementos endoteliales con que los revestían igualmente.

Esta lesion se produjo á expensas de los espacios linfáticos que hemos descrito al tratar de la anatomía del útero. En tal caso estaban notable-

mente dilatados, habiendo adquirido dimensiones muy superiores á las que se presentan en un órgano sano.

2.º El segundo carácter consiste en una hiperplasia del tejido conjuntivo (*c*) que circunda los vasos (*b*), hiperplasia que disminuye su calibre hasta el punto de obliterarles casi por completo en algunas regiones. Dicho tejido conjuntivo era un verdadero tejido fibroso, pobre en elementos celulares.

Esta alteracion difería de la llamada esclerósis en el hígado, el riñon y otros órganos, en que aquí la produccion conjuntiva, aunque muy abundante, estaba localizada alrededor de los vasos. No se trataba, pues, de una metritis intersticial difusa, como la llama Nægerrath, en el sentido dado á esta expresion en Anatomía patológica.

Se veía, ademas, que los manojos de músculos lisos estaban conservados (*d, e*), y se destacaban por su color sonrosado sobre el fondo casi incoloro formado por el tejido conjuntivo. Era muy difícil decir, en tal caso, si había ó no una disminucion de su número, áun comparando estas preparaciones con las que procedían de un órgano sano. Sin embargo, se podía afirmar que los haces musculares existían en cantidad notable y que las fibras que los componían no estaban alteradas, ni en su estructura ni en su dimension.

La mucosa presentaba las lesiones ya descritas en la metritis interna en un período avanzado de la enfermedad.

Segun los resultados de nuestro exámen histológico, las alteraciones se reducían, pues, en este caso:

1.ª A una dilatacion considerable de los espacios linfáticos.

2.ª A una hiperplasia localizada al tejido conjuntivo circumvascular. Si se quisieran colocar estas alteraciones en la clase de las esclerósis, se debería añadir un epíteto y llamarla *esclerósis circumvascular* (1).

Esta lesion es muy diferente del engrosamiento con ateroma, que se encuentra casi constantemente en los vasos sanguíneos, en una edad avanzada.

Aquí no existe una modificacion de las paredes vasculares, sino del tejido conjuntivo que rodea los vasos.

Síntomas. — Dividirémos los síntomas de la metritis crónica parenquimatosa en subjetivos y objetivos.

Síntomas subjetivos. — Encontramos en la metritis parenquimatosa la

(1) Muchos autores han hablado de la produccion de tejido mucoso circumvascular en la metritis. Quizás este tejido mucoso sea un intermedio entre la infiltracion embriónica y la formacion de tejido fibroso. Véase, respecto á esta cuestion, Slawianski, *Archives de physiol.*, 1874, pág. 58; Olshausen, *Ueber chronische hyperplasirende Endometritis*, *Arch. f. Gyn.*, 1875, t. VIII, pág. 97; Wyder, *Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, página 38.

mayor parte de los desórdenes generales que hemos mencionado en la metritis mucosa. Así, los enumeraremos rápidamente.

Las enfermas presentan palpitaciones, se fatigan al menor ejercicio. Acusan un dolor sordo y tanto más penoso cuanto que es casi continuo. Unas veces este dolor se halla localizado al bajo vientre, sobre todo en la fosas ilíacas, y más á menudo en la fosa ilíaca izquierda; otras se siente principalmente en la region lumbo-sacra, se irradia al muslo, á lo largo del trayecto del nervio crural. Estos sufrimientos van acompañados de una sensacion de peso, de plenitud, de incomodidad en la pélvis.

Ordinariamente disminuyen estos fenómenos dolorosos, sin desaparecer por completo en el decúbito dorsal. Ciertas mujeres experimentan la sensacion de un cuerpo voluminoso que tiende á salir por la vulva, sensacion que se halla en relacion con un grado variable de prolapso, que se observa en gran número de casos de metritis crónica.

La intensidad del dolor varía con las enfermas. Muy poco desarrollado en unas, sobre todo al principio, no se manifiesta más que á consecuencia de una fatiga cualquiera, mientras que en otras es muy intenso y toma el carácter lancinante.

Los desórdenes del aparato digestivo son próximamente los mismos que en la metritis interna. Pérdida de apetito, digestiones difíciles, meteorismo, dolores en la defecacion y casi constantemente un estreñimiento pertinaz.

La miccion, igualmente dolorosa, va acompañada, á veces, de tenesmo vesical.

Las orinas son turbias, espesas, cargadas de uratos. Las enfermas se quejan de comezon, sensacion de escozor, de quemadura en la vulva y en la parte interna de los muslos.

La menstruacion está generalmente trastornada.

Las reglas son ménos abundantes y duran ménos tiempo que en estado normal. Más tarde, sólo se presentan en períodos lejanos. En algunos casos llegan á suspenderse por espacio de varios meses y áun años.

En el intervalo se observa un flujo moco-purulento de color blanco-verdoso.

Más rara vez se observan metrorragias; y en tal caso debemos admitir que las lesiones de la mucosa dominan á las del parénquima. Este último carácter es importante para diferenciar las dos formas clínicas que hemos admitido.

Síntomas objetivos. — Combinando la palpacion y el tacto, se observá el aumento de volúmen del útero. La presion sobre el cuello del dedo introducido en la vagina produce dolor. El órgano es igualmente más pesado que en estado normal.

En gran número de casos, sobre todo si se practica el tacto estando la mujer de pié, se encuentra un grado más ó ménos considerable de prolapso, asociado á menudo á una desviacion hácia adelante ó hácia atrás.

El cuello está grueso, reblandecido, en los primeros períodos de la enfermedad. Duro, abollado, irregular, presenta á menudo una disposicion lobulada, mamelonada, en los períodos más avanzados.

En ciertos casos reviste la forma de un cono de base inferior, contrariamente á lo que se observa en un útero normal. Los labios del hocico de tenca están separados uno de otro, hasta el punto de permitir la introduccion de la yema del dedo. Más tarde pueden cerrarse, contraerse y hasta obliterar el orificio.

El espéculo viene á confirmar las nociones suministradas por el tacto. El cuello está grueso, rojo, violáceo, en el período de infiltracion. En la fase de induracion está pálido, anémico, y adquiere á veces tales dimensiones que apenas puede rodearse con un espéculo grueso.

Se ve salir del hocico de tenca un líquido, por lo general puriforme, en relacion con las alteraciones de la mucosa que hemos encontrado en los casos más marcados, clínicamente, de metritis parenquimatosa.

En todos los períodos de la enfermedad se observan con gran frecuencia ulceraciones variadas, que estudiaremos con detenimiento en el capítulo siguiente.

Curso. — La metritis parenquimatosa crónica tiene, como su nombre lo indica, un curso lento. Su duracion puede prolongarse algunos años.

A veces se observan exacerbaciones despues de un reposo relativo. Estas nuevas invasiones coinciden, en muchos casos, con el período menstrual. Pueden no presentarse más que en épocas lejanas, considerándose entónces como verdaderas recidivas.

La menopausia produce algunas veces la curacion de la metritis; casi siempre la mejora. No debemos, sin embargo, contar con ella en absoluto. Esta afeccion no es rara en la vejez: nosotros hemos recordado ya un caso, seguido de autopsia, en una mujer de 78 años.

Complicaciones. — La metritis crónica se complica á menudo con lesiones de los anejos del útero. En muchas autopsias se encuentran antiguas adherencias, indicios de perimetritis ó de pelvi-peritonítis.

Aran consideraba la litíasis biliar y renal como complicaciones frecuentes de la metritis parenquimatosa.

Diagnóstico. — La afeccion que nos ocupa puede confundirse con los cuerpos fibrosos, los pólipos fibrosos ó mucosos, el cáncer y el embarazo, al principio. Volveremos á ocuparnos del diagnóstico diferencial, cuando tratemos de cada uno de dichos estados morbosos.

Por lo que concierne al embarazo, cuando se encuentra un útero sensible á la presion, un cuello blando en toda su extension, ó duro y abollado, existen grandes probabilidades á favor de una metritis. El útero grávido es insensible, y al principio su cuello se reblandece tan sólo en su parte inferior. Por lo demás, el desarrollo rápido del abdomen y todos los signos del embarazo que se acentúan más y más, no permitirán una larga vacilacion.

Se comprende muy bien que, en casos dudosos, será preciso abstenerse en absoluto del cateterismo uterino.

Pronóstico.— La metritis parenquimatosa crónica no produce casi nunca la muerte por sí sola. Sin embargo, no por eso deja de ser una enfermedad grave, dada su larga duración y los sufrimientos de toda índole á que están sometidas las mujeres que la padecen.

Algunos autores la consideran como casi incurable, opinion que, en nuestro concepto, es demasiado absoluta: estamos convencidos de que la metritis crónica puede curar en todos sus períodos, pero sobre todo, y sin duda alguna, cuando no ha pasado del período de infiltracion.

Cuando el tejido fibroso se ha organizado completamente y ha adquirido una consistencia semi-cartilaginosa, es cierto que no podrá volver á su estado normal. Pero se consigue, aún en dicho período, colocar á las enfermas en tal estado que se puede casi considerar como una curacion.

En otro tiempo se admitía que la metritis crónica degeneraba en cáncer. En el día, las investigaciones anatomo-patológicas han destruido semejante opinion.

Es evidente que una mujer enferma de metritis no se halla al abrigo de un cáncer. Sin embargo, segun Schröder, esta afeccion es rara en los casos de metritis crónica.

Ya verémos, al hablar del cáncer, cuán difícil es á menudo el diagnóstico entre ambas afecciones, aunque su analogía es tan sólo aparente: en efecto, la una no mata casi nunca, mientras que la otra produce la muerte despues de una duración generalmente poco larga.

Por lo demas, á pesar de la semejanza que puede existir á simple vista, las lesiones histológicas no tienen ninguna relacion entre sí.

Se ha dicho que la gestacion, por la excitacion que produce en la vitalidad de los elementos constitutivos del útero, podrá dar lugar á la curacion de la metritis crónica. Por nuestra parte, no conocemos ningun hecho en apoyo de semejante opinion. De cualquier modo no es ilógico suponerlo así, porque hemos visto algunos tumores fibrosos que desaparecieron á consecuencia de un embarazo, y la estructura de estos tumores difiere poco de la del tejido uterino, hipertrofiado á consecuencia de un proceso inflamatorio.

Se ha dicho tambien que la metritis crónica causa el aborto y produce la esterilidad. Sin que neguemos en absoluto esta influencia, creemos que la esterilidad es debida las más veces á complicaciones por parte del peritoneo.

Etiología.— La metritis crónica parenquimatosa puede suceder á la forma aguda. Hemos visto que esta última es rara fuera de la puerperalidad. El parto ó el aborto son, pues, los que dan lugar, las más veces, al desarrollo de las formas crónicas.

Se ha hecho jugar un papel etiológico considerable á la involucion in-

completa del útero después del embarazo. Simpson atribuye una gran importancia á las modificaciones de las fibras musculares durante el embarazo y después de él, relativamente á las hipertrofias y á las atrofiás generales y parciales del útero.

En el primer caso, las fibras lisas, hipertrofiadas durante la gestacion, permanecen en tal estado, ó cuando ménos su involucion se detiene.

En el segundo, esta involucion fisiológica pasa del término y se continúa hasta dar lugar á una hipertrofia parcial ó total.

West, por el contrario, considera la produccion exuberante del tejido uterino, en particular de los miomas, como un resultado de la actividad del útero, cuando este órgano se halla privado de su funcionamiento normal, que es el embarazo.

Falta á todas estas hipótesis la prueba anatómica. Nosotros hemos hecho algunas investigaciones acerca de la histología del útero durante el período de involucion post-puerperal. Nuestros resultados no han sido bastante concluyentes para que podamos formular una opinion sobre su proceso (1).

Sea lo que quiera de estas diversas etiologías es lo cierto que el aborto y el parto son el punto de partida más frecuente de las diferentes variedades clínicas de metritis crónicas. No es ménos cierto, sin embargo, que pueden existir en mujeres que no han tenido hijos (2).

Se han hecho intervenir igualmente los excesos del cóito. Ya hemos dicho, al hablar de la metritis crónica, cuán dudosa nos parece esta etiología.

Tambien se ha hablado de la costumbre de viajar inmediatamente después del matrimonio.

El médico no puede hacer nada para combatir esta causa, que es muy frecuente origen de enfermedades de las jóvenes esposas.

Pero en tales circunstancias se trata quizás más á menudo de abortos de algunas semanas y pelvi-peritonitis consecutivas á abortos desapercibidos y mal cuidados que de una verdadera metritis.

Estos hechos entran, pues, en el cuadro de la etiología que nosotros consideramos más frecuente: el embarazo y sus consecuencias.

La influencia de las diferentes diátesis ha sido objeto de numerosos trabajos, cuyos autores distan mucho de hallarse de acuerdo. Tambien se ha invocado (3) el linfatismo, ó, en grado acentuado, la escrófula, el artrismo, el herpetismo y la sífilis.

(1) Véase Chenet, *loc. cit.*

(2) En una observacion publicada por nosotros en union con Siredey existía una metritis parenquimatosa crónica en una mujer de 30 años que nunca había tenido hijos, ni siquiera había menstruado, gracias al estado infantil que presentó su útero. (*Annales de Gynécologie*, 1877, t. VIII, pág. 29.)

(3) Véase, con este objeto, Tillot, *La lésion et la maladie dans leurs rapports avec*

Es cierto que las mujeres linfáticas presentan á menudo un ligero grado de metritis poco dolorosa, caracterizada sobre todo por la abundancia del flujo moco-purulento. La riqueza del sistema linfático del útero se halla quizás en relacion con la frecuencia de estos accidentes en las escrofulosas.

El artrismo ha sido considerado igualmente como causa de metritis. Se ha admitido un reumatismo uterino, especie de reumatismo muscular, fijo en el músculo uterino mismo (1). Nunca hemos tenido ocasion de observar hechos de este género, y su existencia no nos parece completamente demostrada.

Se ha llamado la atencion en estos últimos tiempos acerca de una forma de hipertrofia del cuello, las más veces acompañada de ulceraciones, relacionada con la sífilis, y que desaparece con las demas manifestaciones específicas bajo la influencia de un tratamiento general (2).

Todas estas cuestiones, relacionadas con las diátesis, no se hallan todavía completamente dilucidadas.

Es indudable que en las afecciones uterinas, lo mismo que en las de los demás órganos, el terreno en que se manifiestan tiene gran importancia y puede imprimirlas una fisonomía particular. Pero estos caracteres son hasta ahora imposible de precisar, y nosotros no encontramos diferencias notables entre las manifestaciones de la metritis en las escrofulosas, las artríticas, las herpéticas ó las venéreas (3).

La coincidencia frecuente de la clorosis con los flujos leucorreicos se ha hecho considerar como una de las causas de la metritis. Creemos que la primera de ambas afecciones es más veces consecuencia que punto de partida de la segunda.

Tratamiento. — En la metritis crónica parenquimatosa, como en la forma mucosa, dividiremos los medios terapéuticos en modificadores generales y locales. Esta division, útil para facilitar el estudio, no es, sin em-

les affections utérines. (Ann. de Gyn., 1874.) — Guéneau de Mussy, *De l'herpétisme utérin ou affections herpétiformes de l'utérus.* (Arch. générales de médecine, 1871, y Clinique médicale, 1875, t. II, pág. 258.) — Martineau, *Affections des organes génitaux et sexuels de la femme.* (Ann. de Gyn., 1877, t. VII, pág. 363, y su Tratado en vías de publicacion.)

(1) Respecto al reumatismo uterino, véase: Dézeimeris, en el periódico *L'Expérience*, 1839, y el párrafo *Rhumatisme utérin*, pág. 759, en el artículo *Rhumatisme* de M. Besnier. (*Dictionnaire encyclop. des sciences médicales.*) — Consúltese tambien, respecto á la influencia de los cambios bruscos de temperatura sobre el reumatismo uterino, *Gaz. des Hôpit.*, 1869, pág. 45.

(2) A. Martin, *Ann. de Gyn.*, 1877, t. VIII, pág. 321 — Fourcault, *Étude sur l'hypertrophie exulcerative du col de l'utérus dans la syphilis secondaire*, tesis de doctorado, París, 1877. El autor compara este aumento de volumen del cuello uterino á la hipertrofia secundaria de las amígdalas, observadas igualmente en la sífilis.

(3) Relativamente á la diátesis en general, véase la leccion del Dr. Parrot, *L'affection et la maladie.* (*Progrès médical*, 1878, pág. 815.)

bargo, precisa, porque ciertos agentes tienen al mismo tiempo una acción general y local.

La mayor parte de las mujeres enfermas de metritis, cualquiera que sea la variedad y el período de la afección, presentan un estado anémico, al cual debe dirigirse desde luego el tratamiento.

Como en la metritis interna, el hierro y la quina constituirán principalmente el recurso terapéutico.

Se han ensayado los medicamentos llamados fundentes, como el mercurio y el ioduro de potasio. Por nuestra parte, no hemos obtenido ningún resultado asombroso con el empleo de dichas sustancias al interior. Sin embargo, el ioduro de potasio se halla indicado con frecuencia, no contra la metritis misma, sino contra el estado general de las enfermas que la padecen.

El sulfato de quinina á la dosis de 50 á 75 centigramos por día tiene también sus partidarios.

Harémos, respecto á él, la misma observación que para el ioduro de potasio, es decir, que sólo lo creemos útil en ciertas complicaciones, como, por ejemplo, las neuralgias que á veces acompañan á la metritis crónica.

El cornezuelo de centeno se halla indicado, sobre todo, en los casos que resultan de una sub-involución á consecuencia de un parto.

Se puede emplear el cornezuelo ó la ergotina por las vías urinarias, ó haciendo uso de inyecciones hipodérmicas (1).

(1) En las metrorragias graves se pueden dar hasta 3 ó 4 gramos de cornezuelo de centeno en las 24 horas, bajo la forma de extracto ó de ergotina.

Extracto de cornezuelo (ó ergotina Bonjean)	4 gramos.
Jarabe de ratania	30 —
Tintura de canela	15 —
Agua destilada de tila	100 —

para tomar á cucharadas en las 24 horas.

Si debe continuarse mucho tiempo el uso del medicamento, se dará bajo la forma pilular, asociándolo á la quina:

Cornezuelo de centeno recién pulverizado	2 gramos.
Extracto blanco de quina	1 —
Quina pulverizada	c. s.

para 20 píldoras; de 4 á 6 por día. A los 15 días, intervalo de reposo durante una semana. Vigilar la aparición de los síntomas de ergotismo.

Para las inyecciones hipodérmicas usamos la disolución siguiente, empleada hace mucho tiempo:

Ergotina Bonjean	2 gramos;
Agua destilada	15 —
Glicerina pura	15 —

20 gotas al día ó cada dos ó tres días.

Léopold, en un trabajo recién publicado acerca de esta cuestión, dice haber obtenido buenos resultados con dicho tratamiento en cierto número de mujeres, pues otras no experimentaron ninguna mejoría (1).

La hidroterapia prestará también grandes servicios, siempre que se aplique con las necesarias precauciones.

Los baños simples prolongados durante una hora, y renovados cada dos ó tres días, se aconsejarán con ventaja (2).

Los baños de mar se hallan indicados, sobre todo en los períodos avanzados de la enfermedad. Conviene desconfiar de su acción en las mujeres excitables y muy nerviosas.

Las curas termales producen generalmente buenos efectos en el tratamiento de la metritis parenquimatosa crónica. Pero es difícil la elección de las fuentes á que debe darse la preferencia.

Ciertos ginecólogos hacen intervenir como indicación principal el período á que ha llegado la enfermedad. En las primeras fases aconsejan sobre todo las aguas indiferentes ó indeterminadas: Plombières, Nérís, Luxeuil. Más tarde, las bicarbonatadas sódicas, Vals, Vichy, Cusset. Por último, en los períodos más avanzados, las cloruradas sódicas, Bourbonne, Balaruc, Salins.

Otros autores han buscado en las diferentes diátesis la indicación del tratamiento termal.

Si la enferma es herpética, se la recomendarán las aguas arsenicales; si artrítica, las aguas alcalinas; si se halla bajo la influencia de la escrófula, las fuentes sulfurosas.

En nuestro concepto, las aguas termales serán principalmente útiles para terminar el tratamiento de las afecciones uterinas: cuando las ulceraciones están curadas y el útero ha disminuido de volumen, pero quedan todavía dolores.

El tratamiento termo-mineral debe dirigirse siempre con gran pruden-

(1) Léopold, *Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, pág. 183. *Ueber den Werth des subcutanen Ergotinjectionen bei Fribromyomen und chronischer Hypertrophie des Uterus.*

Dicho autor ha visto que las inyecciones de ergotina dan resultado en los casos de metritis crónica, y el útero disminuye mucho en algunas semanas; los casos de sub-involucion son los que mejor se modifican. Otras enfermas fueron tratadas durante meses enteros (60 á 80 inyecciones) sin obtener ninguna mejoría.

(2) En el siglo último, esta práctica de los baños prolongados, á la cual se añadía un poco de caldo de gallina como bebida, hizo la reputación del Dr. Pomme en el tratamiento de las enfermedades de las mujeres, cuyo diagnóstico era todavía bastante vago.

Se comprende cuán perjudicial debía ser, sobre todo en un medio ya debilitado por el abuso de los placeres de todo género, la medicación oficial de la época: las sangrías generales, los purgantes drásticos, la dieta.

Así se deduce que, la supresión del tratamiento clásico, unido á un elemento de sedación muy útil, el baño prolongado debió producir efectos maravillosos. Así se comprenden los triunfos del Dr. Pomme. Véase *Traité des affections vaporeuses des deux sexes*, por Pedro Pomme, tres tomos, París, año VII.

cia. Deben evitarse las duchas uterinas ó vaginales, y preferir las duchas generales á las locales. Las irrigaciones, ó la introducción de un espéculo en la vagina durante el baño, permiten que el agua llegue hasta el hocico de tenca.

En las metritis poco dolorosas podrán recomendarse casi todas las aguas minerales. Las sulfurosas cálcicas, Enghien, Allevard; ó las sulfurosas sódicas, Saint-Sauveur, los de Eaux Chaudes, Cauterets, Luchon, Aix, Challes. Las sulfuradas y cloruradas sódicas mixtas, como Uriage, ó cloruradas sódicas y bromo-ioduradas, Kreuznach, Kissingen, Nauheim, Salins, Salies de Bearn, Bourbonne, Bourbon-l'Archambault, Gréouxls. Las bicarbonatadas sódicas, Vichy, Cusset, Vals. Las aguas llamadas indeterminadas ó débiles, Nérís, Luxeuil, Aix (en Provenza), Lamalou, Dax, Tœplitz (Bohemia), Gastein (Austria), Évian, Bagnères-de-Bigorre, Bagnols (Orne).

Tenemos también las aguas bicarbonatadas y cloruradas sódicas mixtas, como Ems, Royal, y arsenicales, La Bourboule, Le Mont Dore.

Cuando la metritis es dolorosa, cuando las enfermas presentan cierto grado de histericismo, debe el médico ser muy circunspecto en la administración de las aguas. Las sulfurosas son á menudo demasiado activas en tales casos, aunque ha habido algunos éxitos en mujeres enfermas de metritis irritable con dismenorrea. Por lo general, vale más aconsejar á las enfermas muy nerviosas las aguas débiles ó indeterminadas.

En las formas que se han designado con el nombre de tórpidas, es decir, en aquellas en que, á pesar de un catarro abundante y un órgano muy aumentado de volúmen, los sufrimientos son poco intensos, se puede recurrir á las fuentes sulfurosas y á las cloruradas y bicarbonatadas sódicas, sobre todo si dominan los fenómenos dispépticos. En estos últimos casos, si las enfermas no pueden viajar, ó en el intervalo de dos curas, se aconsejan las aguas de Saint-Galmier, Condillac, Bussang, Orezza y Alet para tomar en las comidas, mezcladas con vino ó puras, porque ciertas dispépticas no pueden soportar el vino. Contra el estreñimiento ligero, son útiles las aguas de Carlsbad. Si es muy rebelde, se usarán las aguas de Pülna (Bohemia), de Birmenstorff (Suiza), de Hunyadi Janos (Hungria).

Ciertas complicaciones presentan indicaciones especiales. Vichy, en la litíasis biliar; Contrexéville ó Vittel, en la litíasis úrica.

Las cloróticas deben emplear las que contienen hierro: Passy, Auteuil, Forges, la Galerie, Luchon y Spa.

No queriendo nosotros extendernos más acerca de esta cuestión del tratamiento termal, dejaremos necesariamente á un lado gran número de estaciones balnearias, igualmente recomendables. Nos hemos contentado con mencionar las principales.

De una manera general, en el grupo de las aguas llamadas indeterminadas ó débiles, se encontrarán las indicaciones más numerosas para la terapéutica de las afecciones de la matriz.

Las duchas uterinas de ácido carbónico, planteadas en algunos establecimientos, son un buen medio de sedacion. Este procedimiento debe más bien figurar en el *tratamiento local*, del cual nos resta hablar.

Este varía según el grado de antigüedad de la metritis.

En los primeros períodos, cuando el órgano está blando, rojo, aumentado de volumen, deben emplearse las emisiones sanguíneas poco abundantes y con frecuencia repetidas. Nosotros damos la preferencia á las escarificaciones del cuello. Es necesario, al principio, practicarlas cada 4 ó 5 días. Cuando se ha obtenido una mejoría, se emplean con mayor intervalo. En ciertas mujeres de buen color, que presentan ese aspecto que en otro tiempo se designaba con el nombre de *pletórico*, conviene continuar durante algún tiempo el uso de las escarificaciones, una ó dos veces por mes, algunos días ántes de la época presunta de las reglas. En estas primeras fases de la metritis crónica es donde son más perjudiciales las cauterizaciones frecuentes con el nitrato de plata.

Si las emisiones sanguíneas locales no bastan para mejorar el estado de las enfermas y disminuir notablemente el volumen del cuello, se puede emplear el cauterio actual, haciendo de 4 á 6 cauterizaciones de 5 á 8 milímetros de profundidad (1).

Cuando el órgano uterino, en vez de ser rojo, violáceo, reblandecido, se torna pálido, duro, resistente, las escarificaciones pierden su eficacia. Esto no debe sorprendernos, porque sólo dan lugar á la salida de algunas gotas de sangre.

Entónces es, sobre todo, cuando se obtienen buenos resultados de la cauterizacion con el cauteiro actual.

Hay pocos métodos de tratamiento de los cuales se haya abusado tanto y se siga abusando todavía. Con todo, no podemos menos de confesar que es un excelente método en los períodos avanzados de la metritis crónica, en los cuales presta servicios considerables, sin ofrecer peligro, si se toman las precauciones necesarias. Estas precauciones son las mismas, ora se emplee el hierro candente, ora el galvano-cauterio, ó el termo-cauterio (2).

Antes de practicar semejante operacion debemos asegurarnos de que no existen lesiones en las inmediaciones del útero, ni tampoco pelvi-peritonitis más ó menos antigua. Además se elegirá un período intermenstrual.

Dadas dichas condiciones, y colocada la enferma en una posición con-

(1) Véase, con este objeto, la tesis de M. Boda, 1875. *Traitement de la métrite parenchimateuse chronique.*

(2) El termo-cauterio del Dr. Paquelin, que empleamos con frecuencia, es de un uso fácil y comodo para este género de cauterizacion. (Véase Nélaton, *Patol. quirúrg.*)

veniente, se descubre el cuello por medio de un espéculo de madera, teniendo cuidado de comprender sólo el cuello y de evitar toda porcion de mucosa vaginal, que pudiera formar hernia en un punto cualquiera de la circunferencia del hocico de tenca. Se limpia la region con algodón en rama, colocado en la pinza de curar, y se lleva enseguida al cuello el cauterio, que debe permanecer más ó ménos tiempo en contacto con los tejidos, segun que queramos obtener una escara superficial ó profunda.

Inmediatamente despues se hace una abundante inyeccion de agua fría.

Esta operacion no es muy dolorosa: el único tiempo algo penoso es el de la introduccion del espéculo. Este debe tener, en efecto, un diámetro bastante grande para poder rodear todo el cuello, á menudo muy hipertrofiado (1).

Despues de la cauterizacion, las enfermas guardarán reposo en la cama, precaucion que creemos indispensable y que siempre recomendamos.

Una mejoría notable del estado general y una disminucion de volumen del útero resultan las más veces del empleo del cauterio actual en estas condiciones.

En el intervalo de las cauterizaciones se harán curas con torundas de hilas ó algodón en rama que contengan un gramo de ioduro de potasio, ó empapadas de un líquido igualmente iodurado (2).

La dilatacion de la cavidad uterina ha sido propuesta como método de tratamiento (Schultze). Aquí no se hace esto, como en la metritis interna, para explorar la mucosa ó llevar á su superficie agentes modificadores, sino más bien con el objeto de excitar la contractilidad del órgano y devolver la vitalidad á sus tejidos. En realidad, en esta misma idea teórica se fundan todas las medicaciones aconsejadas en los períodos avanzados de la metritis parenquimatosa crónica.

Esto es igualmente lo que ha dado lugar al método por amasamiento del útero, empleado sobre todo en Suecia los últimos años. Dicho procedimiento ha sido vivamente combatido y generalmente rechazado, aún en el mismo país en que tuvo su origen.

Muchas complicaciones presentan indicaciones especiales.

Las hemorragias serán tratadas por los medios que hemos indicado en el capítulo de la metritis interna.

El prurito vulvar debe ser combatido con los agentes mencionados al hablar de esta manifestacion morbosa.

(1) Nada hemos dicho acerca de los cilindros, compuestos de nitrato de plata y de carbon, que algunos autores han aconsejado para cauterizar el cuello. Creemos que el empleo del cauterio metálico, calentado al rojo, es de un uso preferible.

(2) Glicerolado de almidón 30 gramos.
Ioduro de potasio 4 —

Contra la cistítis, tenemos los balsámicos, los baños alcalinos y el bromuro de potasio.

Los desórdenes digestivos, los dolores neurálgicos, reclaman modificaciones en el tratamiento; pero esta terapéutica no tiene nada de particular en la metritis, y se aplica lo mismo que á los accidentes dispépticos y nerviosos desarrollados bajo otra influencia.

Así, en las dispepsias ácidas ó flatulentas, los alcalinos, los polvos absorbentes unidos al uso de ciertas aguas minerales, en las comidas, responden á las indicaciones principales. El bromuro de potasio, pequeñas dosis de los narcóticos, las inyecciones sub-cutáneas de morfina ó de cloroformo, combatirán las manifestaciones dolorosas y los fenómenos nerviosos en general.

La higiene de las mujeres que padezcan afecciones uterinas reclama una atención especial.

Se debe evitar el reposo en la cama, ó un sillón á propósito, durante meses enteros, como lo aconsejaba Lisfranc.

Excepto en los casos de hemorragia, las cuales cesan á menudo con sólo el reposo, las enfermas deben hacer un ejercicio moderado, sin fatiga.

Las relaciones sexuales deben evitarse en lo posible en los primeros períodos. Despues, es ménos necesaria la continencia. Con todo, debemos advertir que, bajo este punto de vista, rara vez siguen las mujeres las prescripciones del médico. Cuando ménos, se procurará obtener el reposo del órgano al aproximarse las épocas menstruales. La disposicion que tiene la metritis para recidivar despues de los períodos de mejoría prolongados, debe procurar vigilar el estado de las enfermas durante un tiempo bastante largo, á pesar de una curacion aparente.

DE LAS ULCERACIONES DEL CUELLO DEL ÚTERO

Hemos tenido frecuente ocasion, al describir las principales formas clínicas de la metritis, de señalar la presencia de ulceraciones en el cuello del útero.

La frecuencia de estas ulceraciones y las numerosas discusiones á que han dado lugar nos han inducido á hacer de ellas un capítulo separado.

La importancia que se las ha atribuido ha variado mucho segun las épocas.

Antes de Récamier y del empleo del espéculo eran casi desconocidas. Los accidentes causados por las afecciones uterinas eran referidos á la caída, al descenso del órgano.

Para Récamier, por el contrario, lo mismo que para Lisfranc y sus alumnos, todas las manifestaciones morbosas dependientes de este grupo de afecciones deberían atribuirse á las ulceraciones. De aquí la conse-

cuencia, bastante conservada en nuestros días, de tratar únicamente tal lesión.

Más tarde, otra escuela, de la cual fué Velpeau uno de los principales defensores, reconoció que se había exagerado mucho la importancia de los descensos y de las alteraciones del cuello.

Se vió, en efecto, que el descenso sólo causa accidentes cuando es muy pronunciado.

Se observó, además, que las ulceraciones no eran toda la enfermedad, sino que sólo constituían uno de los numerosos síntomas. Para esta escuela, lo que dominaba la patología uterina era la flexión del cuerpo sobre el cuello.

Finalmente, llegamos al período actual, que se señala por la Memoria del Dr. Gosselin, en 1843. Beau, Valleix, Aran y una multitud de observadores, en Francia y en los demás países, comenzaron á dar á la metritis el papel primordial que tiene derecho á ocupar en la historia patológica del útero.

Por esta rápida ojeada retrospectiva hemos recordado las diferentes fases que ha atravesado en nuestros días la historia de las ulceraciones uterinas. Tendremos ocasión de volver á ocuparnos de gran número de estas cuestiones, principalmente cuando hablemos del prolapso y de las desviaciones.

Pero podemos desde luego considerar como demostrado que las ulceraciones sólo tienen un interés de segundo orden en la patogenia de la metritis. Son tan interesantes como dignas de estudio, y pueden presentar, en ciertos casos, indicaciones especiales.

La metritis no es la única causa de las lesiones ulcerativas del hocico de tenca. Encontramos en ellas, como en las diversas formas de inflamación uterina, un sinnúmero de especies, más bien admitidas teóricamente que demostradas anatómicamente, y cuyos caracteres clínicos suelen ser completamente ilusorios (1).

Dividiremos las ulceraciones del cuello uterino en tres grupos principales:

1.º El primero comprende las lesiones esencialmente benignas, las más veces asociadas á la metritis.

2.º El segundo las alteraciones igualmente benignas, como afección local, pero de naturaleza contagiosa: el chancro blando y las diversas manifestaciones de la sífilis.

3.º Las que constituyen el tercero son graves de todos modos: tienen

(1) Courty insiste en las diferencias que hay entre la ulceración, la úlcera y la exulceración. Nosotros creemos preferible emplear principalmente la expresión general de *ulceración*.

una doble tendencia á destruir localmente los tejidos y á generalizarse hácia otros órganos. Son las ulceraciones cancerosas.

Sólo nos ocuparemos en este capítulo de las dos primeras categorías, pues la tercera se refiere á la descripción del cáncer uterino (1).

PRIMER GRUPO. — ULCERACIONES BENIGNAS

Las ulceraciones benignas que se observan en el hocico de tenca son de dos especies.

Unas dependen de la metritis, y otras de erupciones diversas.

ULCERACIONES DEPENDIENTES DE LA METRÍTIS

Debemos colocar en esta categoría las lesiones cervicales, tan frecuentes durante el embarazo. Tal estado fisiológico, en efecto, coloca el útero en condiciones de actividad y de hiperemia, que le semejan al que existe en los primeros períodos de la metritis.

Recordando la anatomía del hocico de tenca, comprenderemos mejor la estructura de las diversas variedades de ulceraciones.

Hemos visto que, en el estado normal, la mucosa se halla constituida por papilas conjuntivas y vasculares, comparables á las de la piel. Dichas papilas están cubiertas de una capa espesa de epitelio pavimentoso estratificado.

1.º Si el epitelio se descama, tendremos la erosion simple.

2.º Si las papilas se hipertrofian despues de su denudacion, tendremos ese aspecto aterciopelado que presentan algunas de estas lesiones. Sobre un fondo rojo amarillento existe un sinnúmero de pequeños puntos de color rojo intenso. Cuando se frota ligeramente la superficie ulcerada se ve salir de cada uno de los puntos rojos una gotita de sangre. Estos puntos representan la extremidad de las asas vasculares que, en estado normal, ocupan el centro de las papilas.

3.º Si la inflamacion se extiende al campo pupilar y se acentúa todavía más, la produccion de tejido embrionario llega á constituir verdaderos mamelones inflamatorios, análogos á los que se desarrollan en la superficie de las heridas expuestas al aire.

Segun la exuberancia y las formas variadas de estos mamelones, tendremos las ulceraciones granulosas, fungosas y vegetantes.

(1) El Sr. Desprès admite cuatro formas de úlceras del cuello: la úlcera eritematosa, la glandular, la chancrosa y la placa mucosa. (*Traité iconographique des ulcérations utérines*. 1870, pág. 35.)

En cuanto á las lesiones procedentes de la inflamacion de las glándulas, sólo pueden existir en las inmediaciones del orificio cervical, pues fuera de dicho punto, en el estado normal, no se han encontrado nunca elementos glandulares en la mucosa que reviste la superficie externa del hocico de tenca.

Por el contrario, alrededor del orificio se ven á menudo pequeños quistes ó pequeños abscesos, procedentes de las glándulas de epitelio calciforme. La naturaleza del producto que de ellos sale cuando se les incide no puede dejar duda alguna sobre su origen. Y es muy sencillo admitir que éste sea el punto de partida de ciertas ulceraciones.

No hablaremos aquí del diagnóstico diferencial, á veces tan difícil, entre la lesion dependiente de la metritis crónica y la maligna ó cancerosa. Esta discusion será más oportuna cuando tengamos que hacer la historia del cáncer. Diremos, como de paso, que, por lo general, una ulceracion de color rojo vivo, exuberante, que dé verdadero pus, no es una lesion cancerosa.

ULCERACIONES DEPENDIENTES DE ULCERACIONES DIVERSAS

Tambien en este punto encontramos las opiniones más opuestas emitidas por los ginecólogos. Así, hablando tan sólo de los autores franceses, Courty admite en el cuello uterino el eritema, el herpes, el eczema, el pénfigo, el acné, el impétigo, el ectima y las erupciones sifilíticas (1). El Sr. Gallard, por el contrario, considera todas las ulceraciones como dependientes de la metritis (2), excepto las de la sífilis y el cáncer. Niega en absoluto la existencia de las lesiones de naturaleza herpética, á las cuales otros observadores atribuyen una importancia primordial (3). Careciendo de anatomía patológica, que, por desgracia, es muy incompleta, es muy difícil formular una opinion fundada en medio de estas aserciones contradictorias (4).

Sin embargo, la clínica nos enseña que existen en el hocico de tenca ulceraciones superficiales, fugaces, que no se complican con metritis. Su aspecto y su marcha, su coincidencia con manifestaciones cutáneas, al parecer de la misma naturaleza, nos autorizan á considerarlas como dependientes de erupciones diversas, desarrolladas en la mucosa del cuello uterino.

(1) Courty, *loc. cit.*, pág. 779.

(2) Gallard, *loc. cit.*, pág. 352.

(3) Véase Guéneau de Mussy, *loc. cit.*

(4) El examen histológico, practicado por Lebert y citado por el Sr. Guéneau de Mussy, es bastante incompleto para aclarar la cuestion.—Véase Guéneau de Mussy, *loc. cit.*, t. II, pág. 298.

Pasarémos en silencio la descripción de las *ulceraciones tuberculosas* de la región cervical. Los caracteres anatómicos atribuidos á estas lesiones por los autores que las han indicado, no tienen ninguna significacion propia que permita reconocerlas.

SEGUNDO GRUPO. — ULCERACIONES DE NATURALEZA CONTAGIOSA

En esta categoría encontramos en primer lugar el *chancro blando*. Este se presenta en el hocico de tenca con los mismos caracteres que lo hemos descrito en otras regiones: bordes cortados á bisel, fondo grisáceo.

El *chancro sífilítico*, ó *chancro infectante*, se observa en la mucosa cervical con un aspecto que permite ordinariamente reconocerle. Sus dimensiones varían entre las de una lenteja y una almendra.

Liso y compacto en su superficie, ofrece un color gris uniforme ó con puntos rojos, gris azulado en el centro y rojo vivo en los bordes. Su secrecion es poco abundante y es absolutamente indolente. La induracion es á menudo imposible de percibir.

El chancro sífilítico del cuello se modifica áun espontáneamente; se repara y se cicatriza con una rapidez que ha llamado la atencion de todos los autores que se han ocupado de su historia (1). Esto indica la frecuencia de los casos en que debe pasar desapercibido.

Se puede admitir, respecto á las sífilides del cuello uterino, las mismas formas que para las de la vulva (2). El diagnóstico de estas lesiones es á menudo muy difícil de afirmar. Su color grisáceo y la facilidad con que desaparecen y se modifican en algunos dias servirán algunas veces para reconocerlas.

Tratamiento. — Las ulceraciones dependientes de la metritis son las que principalmente deben ocuparnos bajo el punto de vista del tratamiento. Estas curan algunas veces sin el empleo de sustancias medicinales. Así, se ven esas vastas lesiones ulcerativas mamelonadas, tan frecuentes en los primeros períodos, que desaparecen bajo la influencia de las escarificaciones.

Sin embargo, puede ser conveniente aplicar un tratamiento tópico.

Se han aconsejado los agentes más diversos; en la eleccion de los medios deberá tenerse en cuenta la fase de la enfermedad.

Durante el período congestivo, las cauterizaciones con el nitrato de plata tienen una accion más bien perjudicial que útil. Bajo su influen-

(1) El Sr. Schwartz ha reunido 25 casos de chancros simples y 19 de chancros sífilíticos del cuello uterino. (Tesis de agregacion, París, 1873.)

(2) Ya hemos hablado de la hipertrofia del cuello con ulceracion, que el Sr. A. Martin considera como una manifestacion de la sífilis secundaria.

cia, la superficie ulcerada se cubre más y más de mamelones. Dicho medicamento puede emplearse en las metritis de fecha antigua; pero nosotros preferimos otros muchos cáusticos, principalmente el ácido crómico (1).

Se ha preconizado y combatido mucho, según los diferentes autores, el empleo de dicho ácido contra las ulceraciones uterinas. Se ha dicho, sobre todo, que puede producir accidentes de intoxicación. El hecho sería quizás verdadero si la cauterización se verificara en una gran superficie. Pero nada semejante se observa en el cuello del útero á causa de las dimensiones poco extensas de la lesión. En tales condiciones nosotros hemos empleado el ácido crómico gran número de veces sin tener que deplorar nunca el más leve accidente (2), teniendo en cuenta ciertas condiciones indispensables, sin las cuales dicho cáustico puede llegar á ser peligroso.

Conviene llevar el ácido al punto que hay que cauterizar por medio de una corta cantidad de algodón arrollado en la extremidad de un tallo de madera; tener cuidado de que la cantidad de líquido sea tal que no obre más allá de la región que queremos cauterizar, y hacer inmediatamente una inyección de agua en abundancia que arrastre el líquido que pudiera quedar.

Hemos visto, á consecuencia de cauterizaciones mal hechas, vastas escaras de la vagina, cuyas consecuencias hubieran podido ser graves.

Con las precauciones necesarias, nunca tenemos que arrepentirnos de la acción de este cáustico contra las ulceraciones del cuello del útero. Por eso le damos la preferencia.

Los ácidos acético, piroleñoso y fénico se emplean también. Con el ácido fénico es difícil limitar el punto en que se detiene la acción escarótica, mientras que nada es más fácil con el ácido crómico.

El percloruro de hierro, la tintura de iodo, el iodoformo, el tanino, el alumbre, el cloral (3), la creosota (4), el colodion simple ó iodado, son igualmente tópicos muy útiles.

Las curas repetidas con torundas empapadas en una mezcla de glicerina, de tanino, de ácido fénico, en las proporciones que en otro lugar hemos indicado, nos dan buenos resultados.

(1) Nosotros empleamos una disolución de partes iguales de ácido crómico cristalizado y de agua.

(2) Véase, con este objeto, Sims, *loc. cit.*, pág. 47. — Kruehl, tesis de Estrasburgo, 1870.

(3)	Cloral.	1 gramo.
	Agua.	25 —
(4)	Glicerina.	20 gramos.
	Alcohol.	10 —
	Creosota (pura).	1 —

Algunas veces se ha hecho uso de saquitos de muselina llenos de diversas sustancias entre sí: quina, tanino, harina de linaza, polvos de almidón, son verdaderas cataplasmas del útero (1).

TUMORES DEL ÚTERO

De todos los órganos de la economía, el útero es uno de los más pre-dispuestos al desarrollo de los diversos neoplasmas. La variedad de elementos que entran en su estructura, y, sobre todo, la actividad funcional á que se halla sometido durante una gran parte de la vida de la mujer, nos explican esta frecuencia. Los cambios fisiológicos que resultan de la menstruacion y del embarazo juegan indudablemente un papel considerable, respecto á la etiología de los tumores uterinos. De ello tenemos una prueba en la rareza de tales producciones en las niñas y en los primeros años que siguen á la aparicion de las reglas.

Entre dichos neoplasmas, unos están formados de tejido conjuntivo ó muscular, como los fibro-miomas, los mixomas y los sarcomas. Otros se desarrollan á expensas de los elementos glandulares ó epiteliales, como los pólipos mucosos, las diferentes formas de epitelomas.

Se podrían igualmente agrupar, bajo el punto de vista clínico, en tumores *benignos* y *malignos* (2). Sin atenernos á una clasificacion precisa, comenzaremos por la descripcion de los que entran en la primera categoría.

Los neoplasmas de este género que se observan con más frecuencia son los cuerpos fibrosos ó fibro-miomas y las diferentes especies de pólipos.

CUERPOS FIBROSOS Ó FIBRO-MIOMAS DEL ÚTERO (3)

Anatomía patológica. — Estas producciones se observan con tanta frecuencia que Bayle cree existen en la quinta parte de las mujeres mayores de 35 años.

Unas veces son únicas, otras dobles. Se han llegado á encontrar hasta 40 en un mismo útero (4).

(1) Empleamos sacos así compuestos:

Linaza	10 gramos.
Tanino	50 centigramos.

(2) Llamamos *benignos* los que no tienden á la generalizacion ni recidivan despues de su ablacion.

Por el contrario, los *malignos* recidivan casi siempre, ora en el mismo punto, ora en otros más ó ménos lejanos.

(3) Se han designado igualmente estos tumores con los nombres de fibromas, miomas, fibroides é histeromas.

(4) Fœrster, *Specielle Patologische Anatomie*, t. II, pág. 425.

Sus dimensiones varían desde las de un guisante á una cabeza de adulto. Pueden adquirir proporciones suficientes para llegar á pesar hasta 40 kilogramos.

Virchow, segun hemos dicho al hablar de la metrítis crónica, considera el fibroide uterino y la hipertrofia de la matriz como de la misma naturaleza (1).

En efecto, la estructura de dichos tumores, constituidos por fibras musculares lisas y tejido conjuntivo fibroso, es absolutamente comparable á la del útero mismo.

Cuando el tejido conjuntivo permanece laxo y blando, los haces musculares conservan una disposicion regular y á menudo paralela. Por el contrario, en los tumores fibro-musculares duros, en que el tejido intersticial adquiere una mayor densidad, su direccion es tortuosa, hasta el punto de que no pueden desarrollarse en cierta longitud.

En este momento, el corte de dichos haces presenta, á simple vista, un aspecto que tiene la mayor analogía con el corte de los tendones y de los fibro-cartílagos. Se ven, unas al lado de otras, mallas fibrosas de direcciones longitudinal y trasversal. Las líneas que forman no son paralelas, sino sinuosas y entrecruzadas.

Como el tejido muscular de células lisas es por sí mismo incoloro y apenas toma de los vasos sanguíneos que en él se distribuyen un color débilmente sonrosado, el color de estos tumores varía desde el blanco al rosáceo, ó al gris rojizo más ó menos marcado.

Si existe gran cantidad de tejido intersticial denso, la superficie de seccion puede ofrecer un aspecto blanco brillante muy característico.

Algunos fibro-miomas (porque esta es la mejor denominacion histológica que puede dárseles) parecen formados de diferentes lóbulos, resultantes de que muchos pequeños tumores se han fundido en uno solo. Otras veces, el neoplasma es globular, de superficie lisa, más ó menos regularmente esférica (2).

Las relaciones que existen entre la cantidad de fibras musculares y de tejido conjuntivo varían hasta el infinito.

Clarke y muchos autores contemporáneos niegan la vascularizacion de los fibro-miomas. Virchow dice, por el contrario, «que son siempre vascularizados, aunque débilmente por lo general.» Algunas veces, el elemento vascular adquiere tal desarrollo que dichos tumores constituyen entonces lo que se ha llamado miomas telangiectásicos ó cavernosos. Estas últimas formas son raras.

En todos los que nosotros hemos estudiado existían siempre vasos si-

(1) *Loc. cit.*, t. III, pág. 343.

(2) Virchow, *Traité des tumeurs*, t. III, pág. 404.

tuados en el tejido conjuntivo que separa los haces musculares. El número y la disposición de estos vasos, más bien venosos que arteriales, es muy variable en los diferentes casos, pero nunca hemos encontrado tumores que estuvieran completamente privados de ellos. En los puntos que rodean al neoplasma es donde se observa un desarrollo vascular considerable. Se han observado nervios en los fibro-miomas.

El útero se halla por lo general engrosado y aumentado de volúmen. Ocurre, sin embargo, sobre todo en los casos de fibromas subperitoneales, que está dirigido hacia arriba, sus paredes se adelgazan y concluyen por atrofiarse, de suerte que el tumor se halla inmediatamente en relación con el peritoneo. Otras veces está, por el contrario, en descenso, ó sufre las desviaciones más diversas.

Los fibro-miomas se hallan á menudo situados como cuerpos extraños, libres, en el parénquima uterino. En tales casos están rodeados de una verdadera cápsula de tejido fibroso y se enuclean con la mayor facilidad.

Algunas veces se confunden en gran parte con el tejido uterino mismo.

Se observan en estos neoplasmas grandes lagunas linfáticas, parecidas á las que hemos observado en la metritis parenquimatosa crónica, lo mismo que islotes de elementos embrionarios, como en los primeros períodos de esta afección.

Estos dos últimos hechos, dilatación de los espacios linfáticos y formación de tejido embrionario localizado, confirman la semejanza anatómica admitida por Virchow entre la metritis crónica y los fibro-miomas.

Los tumores que nos ocupan pueden sufrir una serie de transformaciones, cuyo estudio es muy interesante.

1.^a *Reblandecimiento*. — El reblandecimiento se verifica siguiendo tres procesos diferentes.

a) *Edema*. — El edema es algunas veces bastante notable para presentar una pseudo-fluctuación, que podría hacer creer en un quiste. Si se practica una punción, no sale nada ó apenas fluyen algunas gotas de serosidad. Bajo la influencia del edema, los haces musculares pueden atrofiarse.

b) *Degeneración grasosa*. — Los fibro-miomas sufren igualmente la degeneración grasosa, y las fibras musculares se reabsorben, gracias á un proceso que se ha comparado al de la involución puerperal. Volveremos á ocuparnos de estos hechos al tratar del curso de la enfermedad.

c) *Degeneración mixomatosa*. — Se ha admitido que los fibro-miomas pueden transformarse en tejido mucoso. Nosotros nunca hemos comprobado semejante estructura anatómica en este género de tumor.

2.^a *Induración*. — Muchos autores han dicho que, bajo la influencia de la retracción del tejido fibroso, producida quizás por las inflamaciones intersticiales, las fibras musculares desaparecen y la masa morbosa disminuye de volúmen, haciéndose cada vez más dura. Los hechos de este género son más frecuentes en el momento de la menopausia.

3.^a *Calcificación.* — La transformación calcárea se observa con bastante frecuencia. Los tumores intersticiales ó subperitoneales son los que principalmente sufren esta calcificación (1). El depósito de sales calcáreas se verifica ordinariamente desde el centro á la periferia. Los casos en que existía solamente una capa calcificada en el exterior son excepcionales. Los tumores así modificados pueden adquirir tal dureza que los cortes obtenidos con la sierra tienen el aspecto del marfil. Se ha creído durante mucho tiempo que, en tales casos, había producción de tejido óseo, y Virchow lo admite sin haberlo visto nunca, según dice (2). Nosotros no conocemos una sola observación histológica concluyente en favor de esta opinión. Todos los tumores que hemos examinado, por más que tenían á simple vista grandísima semejanza con el tejido óseo, no presentaban nunca su estructura histológica (3).

Algunas veces, los cuerpos fibrosos calcificados se desprenden poco á poco de los tejidos que les rodean, penetran en la vejiga, ó son expulsados espontáneamente. A estas producciones se ha dado el nombre de *pedras uterinas*, de *cálculos uterinos*. Su existencia ha sido conocida desde la más remota antigüedad, como lo demuestra la historia de la *Tesaliana* de Hipócrates.

Los tumores fibro-calcáreos pueden adquirir dimensiones suficientes para pesar hasta 10 kilogramos.

Se encuentran igualmente muchos núcleos de calcificación diseminados en diferentes puntos.

4.^a *Supuración y gangrena.* — Los cuerpos fibrosos del útero tienen poca predisposición á inflamarse. Sin embargo, se han publicado algunas observaciones de fibro-miomas supurados, y nosotros podríamos citar algunos ejemplos.

La degeneración gangrenosa invade á veces estos tumores. El esfacelo sobreviene, las más veces, á consecuencia de la inflamación de la cápsula que los rodea. Se comprende, en efecto, toda vez que allí reside la mayor parte de los vasos, que se desarrollan trombosis, ocasionando desórdenes nutritivos en el neoplasma.

Ciertos tumores están en parte calcificados y en parte gangrenados.

5.^a *Transformación cancerosa.* — La transformación cancerosa de los cuerpos fibrosos ha sido admitida por algunos autores en una época en que la histología estaba poco adelantada. No existen, en nuestro concepto, casos bien demostrados, y la observación de Klob (4), citada en la

(1) El análisis químico ha demostrado que tales depósitos calcáreos se hallaban compuestos de fosfato, de carbonato y de sulfato de cal.

(2) *Loc. cit.*, pág. 308.

(3) En un caso, Freund dice haber encontrado una verdadera producción ósea. *Beiträge zur Gynäkologie*, t. III, pág. 152, citado por Gussérow, *Die Neubildungen des Uterus*, Stuttgart, 1878, pág. 32.

(4) Klob, *loc. cit.*, pág. 163.

mayor parte de los tratados de anatomía patológica, no nos parece muy concluyente.

Pero se puede ver que la inflamacion cancerosa invada consecutivamente un cuerpo fibroso, lo cual es muy distinto.

6.^a *Degeneracion quística.*— Se encuentran amenudo en los cuerpos fibrosos cavidades quísticas, á las cuales Cruveilhier dió el nombre de *geodos* (1).

Estas cavidades, ora únicas, ora múltiples, adquieren á veces grandes dimensiones, llegan á formar esos vastos tumores fibro-císticos, tan difíciles de distinguir de los quistes del ovario. El interés clínico y anatomo-patológico que se atribuye á esta variedad de fibro-miomas nos ha obligado á dedicarles un capítulo distinto.

Los tumores fibrosos del útero se desarrollan siempre en las paredes mismas del órgano. Bajo la influencia de causas más ó ménos desconocidas, algunas veces el neoplasma se dirige hácia la superficie y se torna subperitoneal. Otras veces forma elevacion por debajo de la mucosa, y se designa con el nombre de *submucoso* (un grado más avanzado de estos tumores submucosos es el que forma los pólipos fibrosos pediculados, de los cuales nos ocuparemos más tarde). Puede igualmente quedar incluido en las paredes uterinas, y entónces se llama *intersticial*.

Finalmente, tambien se ven cuerpos fibrosos que se desarrollan á expensas del cuello.

Vamos á estudiar los principales caractéres de estas diversas variedades.

Los *tumores subserosos* están reunidos al útero por una ancha base, ó, por el contrario, por un delgado pedículo. Este puede desaparecer, y entónces existe una separacion completa entre el útero y el tumor, flotando éste libremente en la cavidad abdominal.

A menudo contraen adherencias con los órganos inmediatos, y encuentran de este modo nuevos centros de nutricion.

Los fibro-miomas subserosos, elevándose por encima de la pélvis menor, pueden arrastrar con ellos y alargar el útero, hasta el punto de que el dedo introducido en la vagina no alcanza el hocico de tenca. Tambien se han observado casos de separacion entre el cuerpo y el cuello; no están unidos los dos segmentos más que por una estrecha malla fibrosa.

No es vano que empujen el órgano de arriba abajo y den lugar al prolapso.

Estos mismos tumores han sido causa de estrangulacion interna.

A veces se desarrollan lateralmente entre las dos hojas del ligamento ancho. De esta disposicion resultan grandes dificultades de diagnóstico.

(1) Se designan en mineralogía con el nombre de geodos ciertas piedras huecas que presentan una cavidad tapizada de masas cristalinas ó de materias minerales concretas.

Los *fibro-miomas submucosos* pueden, como los subserosos, adherirse al tejido uterino por una ancha base ó por un punto estrechado. Entónces son más ó menos pediculados y se convierten en verdaderos pólipos. Aunque no hay límite muy marcado entre ciertos cuerpos fibrosos subcutáneos y los pólipos, reservaremos este último nombre para aquellos cuyo pedículo, perfectamente marcado, posee ya una notable longitud.

Los tumores así prominentes en la cavidad, se hallan las más veces cubiertos de una capa de tejido uterino de medio á uno centímetro de grosor. Se ven algunos, sin embargo, que no están cubiertos ni por la mucosa ni por la capa muscular. En tal caso, el pedículo es únicamente conjuntivo, y bajo la influencia de la enucleación espontánea las capas mucosa y muscular han desaparecido. En la proximidad del neoplasma, la mucosa misma está generalmente hinchada, engrosada, hiperemiada.

El útero sufre en su conjunto un grado de hipertrofia mayor ó menor, principalmente si el cuerpo fibroso pasa al estado de pólipo.

Los *tumores intersticiales*, cuando son poco voluminosos, no forman á veces ninguna elevación, ni por parte de la serosa, ni por parte del peritoneo y sólo son reconocibles al hacer un corte.

Pero á medida que sus dimensiones aumentan, se hacen perceptibles en una ú otra de las superficies uterinas.

Casi siempre rodeados por cierto espesor de tejido conjuntivo laxo que les forma una especie de cápsula, son generalmente más ricos en músculos que las demás variedades, y los elementos musculares están hipertrofiados como en el útero grávido.

Su diferencia de estructura presenta gran interés clínico. Si el fibro-mioma es blando, contiene más músculos, más vasos y forma cuerpo con el útero, del cual es difícil separarle. Por el contrario, cuanto más duro es, menos músculos y vasos contiene, hay más tejido conjuntivo y es más enucleable. Esta segunda variedad se observa con más frecuencia que la primera.

Dichos tumores poseen generalmente pocos vasos de pequeño calibre y difíciles de inyectar. En los tejidos que los rodean se encuentran á menudo gruesas venas dilatadas, comparables á los senos venosos de un útero que contiene el producto de la concepción. Esta disposición explica los accidentes embólicos que se observan á veces en los casos de cuerpos fibrosos.

El número de estas producciones es muy variable. A veces únicas, cuando son voluminosas; otras, se ven hasta 40 ó 50. Su sitio más habitual es la pared posterior ó el fondo del útero. Rara vez se insertan en la pared anterior y casi nunca en las laterales.

En ocasiones progresan poco á poco en el tejido uterino sin pediculizarse, y van á salir á la vagina como verdaderos pólipos.

En una misma enferma pueden observarse todas las variedades.

Los *fibro-miomas del cuello* son más raros que los del cuerpo (1). Pueden ser igualmente *subserosos, intersticiales y submucosos*: estos últimos son los más frecuentes.

Los subserosos se desarrollan á veces en las partes laterales y son difíciles de reconocer clínicamente.

Se ha querido explicar la rareza relativa de los fibro-miomas del cuello por la rareza muscular de esta region.

Aunque el hecho anatómico sea indudable, la interpretacion no nos parece admisible. Porque, á menudo, los neoplasmas del cuello no contienen más fibras musculares que el tejido del cuello uterino normal. Por nuestra parte, invocáramos mejor la diferencia de actividad que existe, bajo el punto de vista fisiológico, entre los dos segmentos del órgano (2).

Stomatias y curso — Las manifestaciones morbosas causadas por los fibro-miomas uterinos difieren segun que pertenezcan á una de las tres categorías que hemos descrito.

Los tumores *subserosos* que no exceden de cierto volúmen son á menudo insignificantes y pasan casi siempre desapercibidos. Los accidentes que causan no son debidos, por lo general, más que á su desarrollo considerable. Producen entónces trastornos de la micción y la defecacion, observándose los primeros con más frecuencia que los segundos, cualquiera que sea el asiento del tumor. Esta frecuencia de los fenómenos vesicales, conocida hace mucho tiempo, ha llamado siempre la atencion de los ginecólogos. En algunos casos en que era difícil la salida de la orina, se han visto sobrevenir accidentes urémicos.

No volverémos á hablar de las deformaciones consecutivas del útero, pues ya nos hemos ocupado del asunto al hablar de la anatomía patológica.

Cuando el tumor forma prominencia hácia el fondo de saco posterior, puede haber una compresion del recto que llegue á producir la retencion completa de las materias fecales, pero que las más veces sólo da lugar á estreñimiento ó al desarrollo de hemorroides.

En esta variedad se observan las más veces fenómenos inflamatorios de las inmediaciones, debidos á una peritonitis parcial.

Las enfermas se quejan de sensaciones anormales, que disminuyen ó cesan en el decúbito dorsal. Los dolores aparecen á menudo ántes del período menstrual ó durante él, y son muy variables segun los sujetos. La compresion ejercida por el neoplasma sobre los plexos nerviosos pue-

(1) Segun la estadística de Lee, entre 74 casos había solamente 4 de fibro-miomas del cuello. (Virchow, *loc. cit.*, t. III, pág. 349.)

(2) No todos los ginecólogos se hallan de acuerdo acerca del grado de frecuencia de los fibro-miomas del cuello. Aran y Gallard creen que no son raros, pero no citan ninguna cifra en apoyo de su opinion.

de producir neuralgias y hasta parálisis de los miembros inferiores (1).

Los desórdenes de la circulación venosa podrían dar lugar á edemas ó ascitis, mas para esto se necesitaría que el tumor ofreciera considerables dimensiones. Por lo general, el edema es más bien un síntoma de tumor maligno.

Se han citado casos de embolias pulmonares consecutivas á una trombosis de las venas ilíacas comprimidas (Duguet, Sevestre).

Cuando acompaña al desarrollo de un cuerpo fibroso cierto grado de metritis, se encuentran reunidos los síntomas de ambas afecciones.

En ocasiones, los tumores subserosos no conservan más que una relacion incompleta con el tejido uterino. Esta disposicion puede producir su reabsorcion más ó ménos completa, sobre todo si no han contraído adherencias con los órganos inmediatos.

Los *tumores submucosos* son los que dan lugar con más frecuencia á manifestaciones morbosas. Su relacion con la superficie interna del útero produce muy pronto flujos mucosos, y sobre todo hemorragias. Los dos géneros de flujo alternan á menudo. Los diferentes líquidos que les constituyen, sangre ó moco-pus, proceden más bien de los tejidos inmediatos que del fibro-mioma mismo.

Las enfermas comienzan por tener sus reglas aumentadas en cantidad y duracion. Poco á poco estas hemorragias adquieren tal intensidad que la pérdida de sangre es casi continúa. En algunos casos se observan metrorragias en el intervalo de las épocas menstruales, si bien la forma menorrágica es, con mucho, la más frecuente. Estas pérdidas de sangre ocasionan un estado anémico que puede adquirir cierta gravedad.

Los fibro-miomas submucosos son una causa de dismenorrea.

Los tumores submucosos, como los subserosos, deforman algunas veces el útero de tal manera que es difícil reconocer su cavidad. La esterilidad puede resultar de su presencia. Sin embargo, son numerosos los casos en que ha tenido lugar la fecundacion en tales condiciones.

A menudo, la menopausia produce una mejoría y hasta una curacion espontánea de los síntomas causados por el neoplasma.

La inversion uterina consecutiva al desarrollo de algunos de estos tumores, se ha observado, no sólo también á consecuencia del parto, sino también en las mujeres nulíparas (2).

Los *fibro-miomas intersticiales* se manifiestan, ora por los síntomas de los tumores subperitoneales, ora por los de los tumores submucosos. Por la posicion que ocupan en la pared uterina pueden causar la anteflexion ó la retroflexion. Segun sus dimensiones, su número y su situacion, dan lugar á las deformaciones más diversas.

(1) Schroeder, *loc. cit.*, pág. 125.

(2) Pozzi, *loc. cit.*, pág. 150.

En esta variedad es en la que generalmente se han observado roturas del útero seguidas de peritonítis mortal.

Los tumores cervicales van acompañados de hemorragia con ménos frecuencia que los del cuerpo. Producen más bien un abundante catarro, diferencia que se explica por la anatomía normal de la region.

El desarrollo de los fibro-miomas es por lo general muy lento (1). El tiempo que tardan en crecer se halla en relacion con su estructura. Cuanto más fibras musculares contienen mayor es su rapidez. Por el contrario, cuando domina el tejido fibroso, su volúmen aumenta con extraordinaria lentitud.

Sufren cambios momentáneos bajo la influencia de causas diversas. Se les ha visto desaparecer de repente en mujeres enfermas de cólera. La menstruacion y el embarazo ocasionan á veces su hipertrofia transitoria.

Las diferentes variedades de fibro-miomas pueden no manifestarse por ningun signo clínico, comprobándose tan sólo su existencia por la autopsia.

En otros casos, algunos tumores que han adquirido ciertos volúmenes y ocasionado accidentes, dejan de crecer ó vuelven á tener menores dimensiones, y todos los fenómenos morbosos se disipan.

Los casos de desaparicion espontánea de los cuerpos fibrosos son bastante numerosos en los anales de la Ciencia (2).

Esta reabsorcion se verifica siguiendo los diferentes procesos que hemos estudiado en la anatomía patológica. El embarazo y la menopausia tienen, al parecer, una marcada influencia sobre estos fenómenos regresivos, aunque se les ha observado igualmente en mujeres nulíparas (3) y durante el período más activo de la vida sexual (4).

En ocasiones sufren la degeneracion grasosa; otras veces todo el tumor comienza á supurar de repente, y sigue la curacion, ó sobreviene la muerte á consecuencia de una peritonítis ó de una infeccion purulenta.

Lo propio diremos de la gangrena, que puede producir la curacion; pero que, por lo general, es causa de muerte. Las enfermas palidecen, presentan síntomas febriles y signos de infeccion pútrida en relacion con la fetidez de los líquidos que salen por la vulva.

Las masas alteradas se abren paso al peritoneo, ó bien sobreviene la inflamacion de la serosa por propagacion.

(1) Ya veremos que los tumores fibro-císticos suelen tener, por el contrario, un rápido desarrollo.

(2) Véase Guyon, *loc. cit.*, pág. 56, y la Memoria de Guéniot, *Bulletin de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 1872. Finalmente, Schroeder ha reunido 39 observaciones, *loc. cit.*, pág. 229.

(3) Entre los 39 casos observados por Schroeder, sólo hay 6 en los cuales se puede admitir la influencia del estado puerperal.

(4) La reabsorcion del neoplasma, aunque puede considerarse clínicamente como

La degeneracion gangrenosa es más grave cuando la ha producido una exploracion que cuando sobreviene espontáneamente.

En casos raros se ha visto que el tumor se reblandecía y era eliminado por fragmentos sin supuracion ni gangrena.

La expulsion espontánea de los fibro-miomas se verifica por las vías naturales, las más veces á consecuencia de un parto, ó bien, despues de una perforacion, por las cavidades inmediatas, vejiga, recto, pared abdominal (1).

Diagnóstico. — El diagnóstico de este género de tumores debe versar sobre dos puntos principales:

- 1.º ¿Se trata de un fibro-mioma?
- 2.º ¿A qué variedad pertenece?

Los detalles anatómicos y clínicos en que hemos entrado nos dispensan de volver á hablar de la segunda cuestion: sólo debemos ocuparnos de la primera.

Los cuerpos fibrosos pueden confundirse con una série de afecciones diversas, segun sus dimensiones y su situacion.

Los de la variedad subserosa son, por lo general, fáciles de distinguir cuando no han adquirido cierto volúmen. Sin embargo, si se dirigen hácia uno de los fondos de saco, y sobre todo hácia el fondo de saco posterior, se les podrá confundir con una pelvi-peritonítis, un hematocele, una retroversion, un embarazo extra-uterino.

En la pelvi-peritonítis y el hematocele, los síntomas del principio, la marcha de la enfermedad, dan preciosas indicaciones. Además, la tumefaccion producida por estas dos afecciones es más difusa, más difícil de limitar. La presion es siempre más ó ménos dolorosa, y la sensacion de elasticidad que presentan difiere de la dureza de los cuerpos fibrosos.

A menudo se necesita mucha atencion para distinguir un fibro-mioma de una retroversion. Esto se consigue asociando la palpacion abdominal al tacto vaginal y rectal.

No debe olvidarse nunca, para este género de exploracion, vaciar previamente la vejiga, medio que, sin embargo, no basta para evitar todo error (2).

Puede existir algun tiempo la duda entre un embarazo extra-uterino y un cuerpo fibroso. El curso ulterior de ambas afecciones permite luego distinguirlos.

Quando el neoplasma es pediculado y ha adquirido un volúmen con-

completa, no lo era, en el sentido anatómico de la palabra, en los casos en que pudo practicarse la autopsia. Siempre se encontraron algunos restos de tejido cicatricial.

(1) Los *Bulletins de la Société anatomique de Paris* contienen gran número de observaciones interesantes de estos diversos modos de eliminacion de los fibro-miomas.

(2) Véase la observacion publicada por Budin, *Bulletin de la Société anatomique*, 1874, pág. 53.

siderable es muy difícil distinguirlo, principalmente de los tumores del ovario. Los fibromas del ovario son tan raros, comparados con los del útero, que apenas tenemos que ocuparnos de ellos. No sucedió lo mismo con los quistes. Estos suelen ser fluctuantes, y los movimientos que se les comunica no se transmiten al útero, como sucede con los cuerpos fibrosos, á ménos que existan adherencias entre el tumor ovárico y el útero, lo cual aumenta todavía las dificultades del diagnóstico.

El curso de ambas afecciones difiere igualmente. Bastante rápido en los quistes del ovario, suele ser lento en los fibro-miomas. (1)

Cuando se encuentran los dos tumores reunidos no es difícil conocer las propiedades de cada uno.

Hemos visto que los cuerpos fibrosos quedan algunas veces libres en la cavidad abdominal y contraen adherencias con los órganos inmediatos. En algunos de estos casos es difícil distinguirlos de los fibromas de las paredes abdominales desarrollados á expensas de los planos aponeuróticos (2).

Los fibro-miomas intestinales ó submucosos pueden confundirse con el embarazo incipiente, la metritis crónica, el prolapso y el cáncer.

En el embarazo se suprimen las reglas; por el contrario, en los casos de cuerpos fibrosos hay generalmente hemorragias. El reblandecimiento del cuello, la tumefacción y la pigmentación de las mamas y hasta la presencia de calostro, no deben interpretarse como un signo exclusivo del embarazo, porque se han observado todos estos fenómenos en mujeres que padecían tumores fibrosos. El útero grávido es más blando, más elástico y ménos resistente que el que contiene un fibroma. Finalmente, bien pronto el peloteo y la presencia ó la falta de los signos ciertos permitirán afirmar ó no el embarazo.

En cuanto á la metritis, los casos son á veces difíciles, sobre todo si el útero es regular. Se observan en ambas afecciones flujos sanguíneos ó moco-purulentos. En la metritis el hocico de tenca está casi siempre ulcerado, y los movimientos comunicados al útero son dolorosos, contrariamente á lo que se observa en los cuerpos fibrosos. Estos producen dolores espontáneos de forma expulsiva que apenas se encuentran en la inflamación crónica simple. La reunion frecuente de ambas enfermedades, una de las cuales es consecuencia de la otra, hace en ciertos casos el diagnóstico más incierto.

El cateterismo del útero podría sernos útil para saber si hay un tumor y conocer su punto de implantacion. La situacion del cuello uterino nos

(1) Hacemos abstraccion de lo que concierne á los fibro-miomas quísticos, que serán objeto del capítulo siguiente.

(2) Guyon, *Etudes sur les fibromes intra-pariétaux*. (*Tribune médicale*, 1876, páginas 257 y siguientes.

servirá también para precisar el sitio del neoplasma, que se halla casi siempre en sentido inverso de la dirección del hocico de tenca.

Si no existe desviación sucede ordinariamente cuando el tumor es pequeño y submucoso.

La dilatación artificial de la cavidad cervical nos suministrará datos todavía más precisos.

Es, sin embargo, un medio que no debe emplearse nunca á la ligera. Si se recurre á él conviene estar dispuesto á operar si se encuentra un cuerpo fibroso. Sin esto nos exponemos á producir la alteración del producto patológico y todos los peligros que de ella resultan.

Además, la dilatación ha sido á veces la causa ocasional de una peritonitis mortal.

El fibroma se podrá confundir más bien con el cáncer del cuerpo que con el del cuello. Respecto al diagnóstico diferencial, el lector encontrará mayores detalles en el capítulo correspondiente.

Los tumores del cuello son á menudo difíciles de reconocer. El orificio del hocico de tenca está tan separado que es casi imposible encontrarle. Si la masa llena toda la vagina, como sucede algunas veces, el tacto vaginal es imposible, viéndose el ginecólogo obligado al tacto rectal.

Estas variedades de cuerpos fibrosos son las que principalmente se han tomado por inversiones. La situación normal del fondo del útero impedirá el error.

Por lo demás, en los casos de inversión, el tumor es sensible, cosa que no sucede en otras ocasiones.

En tales circunstancias, se debe recurrir á la exploración con el espéculo de Sims.

Pronóstico. — Los fibro-miomas del útero son tumores esencialmente benignos que no recidivan nunca, ni localmente ni á distancia. Algunas observaciones en las cuales se creyó en una recidiva, eran casos de sarcomas, según demostró el examen histológico. También se han engañado los prácticos por la pediculización de un tumor disimulado hasta entónces. Así, se han llegado á extirpar 29 en una misma enferma en el espacio de algunos años. (Kidd.)

Estas producciones sólo son peligrosas por su gran desarrollo ó por los desórdenes que ocasionan en las inmediaciones. Las hemorragias son á veces bastante abundantes para adquirir una gravedad real, ora por sí mismas, ora por la anemia que causan.

La supuración y la gangrena pueden dar lugar, ora á la curación, ora á la muerte de las enfermas.

La terminación funesta puede también ser producida por una peritonitis ó por accidentes urémicos debidos á fenómenos de compresión que impiden la eliminación de la orina. Esta complicación es ménos frecuente en los cuerpos fibrosos que en los cánceres uterinos.

El volúmen y sitio del tumor, el tiempo que ha tardado en desarrollarse, juegan igualmente un papel importante en el pronóstico.

Los fibro-miomas son una causa frecuente de esterilidad, ora por obstáculo mecánico ó desviacion del órgano, ora por su accion sobre la mucosa uterina y por el catarro ó las hemorragias que son su consecuencia.

Su influencia sobre el embarazo es muy variable, algunas veces absolutamente nula (1); en otros casos determina el aborto, sobre todo si los tumores son submucosos ó desarrollados en la region cervical. Las hemorragias producidas durante la gestacion no interrumpe forzosamente su curso, y se ve que, á pesar de las pérdidas sanguíneas abundantes, el parto llega á su término.

Los cuerpos fibrosos ocasionan con bastante frecuencia la retroversion del útero, disposicion que tiene gran importancia en las mujeres embarazadas.

Las complicaciones que resultan de la presencia de estos tumores, relativamente al mecanismo del parto, son muy inconstantes. El parto puede verificarse normalmente y contra toda probabilidad, á pesar de su volúmen. En otras circunstancias, ademas del obstáculo mecánico que presentan, dan lugar á hemorragias, á inserciones viciosas de la placenta, á accidentes de diversa índole.

El estudio de las relaciones que existen entre los cuerpos fibrosos y el parto, lo mismo que los diversos modos de intervencion á que pueden dar lugar, presenta gran interés. Pero esta es una cuestion más bien propia de la obstetricia, por lo cual nada añadiremos á lo dicho (2).

Etiología. — Los fibro-miomas uterinos constituyen una de las afecciones más frecuentes del organismo femenino. Bayle, como hemos dicho, pretende que existen en la cuarta parte de las mujeres mayores de 35 años. Klob va todavía más allá y eleva la proporcion á un 40 por 100.

Este género de tumores no se desarrolla apenas ántes de la pubertad. Su mayor frecuencia existe de los 30 á los 50 años, segun lo demuestran todas las estadísticas (3).

(1) El Sr. Guéniot ha observado el caso de una mujer que parió bien, sin ningun accidente, y que murió de viruela; su útero contenía 20 fibro-miomas.

(2) Véanse, con este objeto, los *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris, 1869*, y Guyon, *Des tumeurs fibreuses de l'utérus*, tesis de agregacion, Paris, 1860.

(3) Gusserow (*loc. cit.*) ha reunido 953 casos que dan las cifras siguientes:

De 10 á 17 años.	4 casos.
De 18 á 20 —	11 —
De 20 á 30 —	158 —
De 30 á 40 —	359 —
De 40 á 50 —	348 —
De 50 á 60 —	56 —
De 60 á 70 —	17 —

TOTAL. 953 casos.

No sabemos nada preciso acerca de las causas que influyen sobre la producción de estos neoplasmas. Se ha dicho que la privación de las funciones sexuales constituía una predisposición. Con todo, las observaciones reunidas bajo este punto de vista prueban todo lo contrario; según parece, la frecuencia de los cuerpos fibrosos es dos veces mayor en las mujeres casadas ó que han tenido hijos que en las nulíparas.

La raza tiene también cierta importancia etiológica. Según los autores americanos, los fibro-miomas son muy frecuentes en las negras y las mulatas, en las cuales se desarrollan también mucho más pronto que en la raza blanca. En cambio, las negras rara vez padecen el cáncer uterino.

Tratamiento. — El más seguro consiste en librar á las enfermas del tumor. Semejante resultado no es siempre fácil de conseguir, y entónces es preciso recurrir á una medicación sintomática.

Comenzaremos por estudiar esta última, que debe dirigirse principalmente contra las metrorragias.

Para esto se recurrirá á las aplicaciones frías sobre el abdomen ó á las irrigaciones vaginales continuas. También se han preconizado las irrigaciones calientes. Estas cohiben algunas veces la hemorragia, pero el flujo sanguíneo vuelve á presentarse al cabo de algún tiempo, por lo cual nosotros damos la preferencia á los líquidos fríos. Se pueden añadir al líquido algunas sustancias astringentes, como el tanino ó el percloruro de hierro. Si la hemorragia es muy abundante, debe recurrirse sin vacilar al taponamiento, asociado á la compresión de la aorta. Finalmente, en los casos extremos estará indicada la trasfusión.

El flujo sanguíneo se ha cohibido algunas veces á consecuencia de las incisiones profundas hechas en el tejido cervical, cuyo tratamiento obra probablemente disminuyendo la compresión de los tejidos. Esta misma idea de depleción es la que ha inspirado las sangrías locales y la dilatación del cuello por medio de la esponja preparada.

Las cauterizaciones ó las inyecciones intra-uterinas con el nitrato de plata, la tintura de iodo, el percloruro de hierro, etc., han sido algunas veces seguidas de éxito, pero es un medio peligroso y que no nos atrevemos á aconsejar de una manera general en casos de este género.

El cornezuelo de centeno y sus preparaciones son, entre todos los me-

Los 528 casos reunidos por Vinckel dan proporciones algo diferentes:

Ménos de 20 años.	9 casos.
De 20 á 30 —	98 —
De 30 á 40 —	180 —
De 40 á 50 —	180 —
De 50 á 60 —	53 —
De 60 á 70 —	8 —
TOTAL.	528 casos.

dicamentos, los que tienen una acción más evidente sobre las hemorragias dependientes de los cuerpos fibrosos. Se administra por la boca ó por el método endérmico. Este último es el que más á menudo empleamos, y hemos visto que la ergotina introducida por las vías digestivas era completamente inactiva, mientras que á dosis mucho menor obraba empleada en inyecciones. Se ha dicho que las inyecciones hipodérmicas de ergotina producen dolor, dan lugar á abscesos, á escaras, á nudosidades persistentes, á trombósis, á síntomas de intoxicación. La mayor parte de estos accidentes pueden evitarse tomando ciertas precauciones, y sobre todo teniendo cuidado de inyectar en el tejido celular subcutáneo y no en el dérmis mismo (1). Según parece, se presentan más fácilmente en las mujeres muy obesas, y sobre todo en la época de la menopausia.

En suma, las inyecciones subcutáneas de ergotina son una preciosa conquista terapéutica contra las metrorragias, sobre todo cuando resultan de la presencia de un cuerpo fibroso.

No harémos más que mencionar la extirpación de los ovarios, aconsejada por algunos cirujanos americanos en los casos de este género. A pesar de los hechos favorables publicados, rechazamos tanto más esta grave intervención cuanto que la privación de los ovarios no produce forzosamente la cesación de la menstruación, como veremos en otro lugar.

Se ha procurado obtener la desaparición de los tumores fibrosos, ora por medio de sustancias medicinales, ora por un tratamiento quirúrgico.

El cornezuelo de centeno, tan útil como medio paliativo, ha sido igualmente considerado como capaz de producir la reabsorción de los fibromiomas.

Estos casos felices, si existen, son por lo ménos muy raros (2). No debemos olvidar que este género de tumor desaparece algunas veces espontáneamente sin ningun tratamiento, lo cual debe hacernos muy circunspectos en la interpretación de estas curaciones, que se presentarían quizás bajo la influencia de cualquier otro medicamento.

También se han publicado éxitos consecutivos al uso del cloruro de calcio, del bromo y de las preparaciones iodadas.

El Sr. Guéniot ha propuesto las sustancias esteatógenas, como el fósforo y el arsénico.

En nuestro concepto debe darse la preferencia, en la mayoría de los casos, al cornezuelo de centeno, separando cada período de tratamiento por un intervalo de reposo, durante el cual administramos un poco de hierro y de quina (3).

(1) El Sr. Delore (de Lyon) ha empleado las inyecciones de ergotina en el mismo tejido uterino. Véase *Société de Chirurgie y Annales de Gynécologie*, 1878.

(2) Véase Léopold, *Arch. f. Gyn.*, t. XIII, pág. 182, y Constantino Paul, *Arch. de Tocologie*, t. IV, pág. 732, y *Bulletin de thérapeutique*, 1877.

(3) Algunas veces asociamos á estos diversos medicamentos el elixir vitriólico de Mynsicht, á la dosis de 5 á 10 gotas, por mañana y tarde, en un poco de agua azucarada.

El cornezuelo es, entre todos los medicamentos, el que nos ha parecido obrar más favorablemente, tanto bajo el punto de vista del estado general como de los accidentes locales.

Las aguas minerales son casi siempre útiles en el tratamiento de los cuerpos fibrosos. Las aguas de Salies-de-Béarn, Kreuznach, Kissingen, encontrarán sus indicaciones. En las mujeres óbesas estarán más recomendadas las de Vichy, Cusset, Bourbonne, Carlsbad.

Nunca hemos ensayado la electricidad, aconsejada por algunos ginecólogos, sobre todo en América.

Contra los dolores, sobre todo los que se manifiestan periódicamente en las épocas menstruales, se emplean con buen resultado las sangrías locales, en particular en los casos de cuerpos fibrosos, subserosos, que no producen metrorragias. Se asociarán los narcóticos, las diversas preparaciones opiáceas.

Cuando los sufrimientos son debidos á los movimientos del tumor, se obtiene gran alivio con la aplicacion de un cinturón hipogástrico.

Los fenómenos dolorosos, causados por los fibro-miomas intersticiales ó submucosos, son debidos á menudo á contracciones uterinas, y cesan despues de la dilatacion ó el desbridamiento de la cavidad cervical. Otras veces, el tumor ocasiona, por su peso y su volúmen, desórdenes de la sensibilidad, resultantes de la compresion de los órganos contenidos en la pélvis menor. Entónces se procurará obrar por medios mecánicos, por ciertos pesarios, que mantendrán la masa morbosa por encima de la excavacion (1).

El tratamiento quirúrgico varía necesariamente segun la especie de fibro-mioma de que se trate. En las formas submucosas, si el tumor está estrechado en su punto de implantacion, se procurará separarlo del útero por medio de la torsion con las pinzas de Museux, ó mejor con el aprietanudos, el magullador (*ecrasseur*) ó el asa galvano-cáustica. Volverémos á hablar de este asunto cuando nos ocupemos de los pólipos.

Si se adhiere, por el contrario, á las paredes uterinas por una ancha base, ó si es intersticial, se puede procurar destruir por el hierro candente. Este procedimiento expone á los accidentes de putridez, lo mismo que el desmenuzamiento á las hemorragias.

Réstanos hablar de la enucleacion. Algunas veces ha bastado una incision crucial practicada en la cápsula para impedir la eliminacion espon-tánea del tumor. Las más veces se separa de los tejidos inmediatos con los dedos, con una espátula ó con diversos instrumentos llamados enucleadores (2).

(1) Véase *Ann. de Gyn.*, t. IV, pág. 339.

(2) Los principales son los de Sims, de Simpson, de Gaillard Thomas. Véase Leblond. *Traité élémentaire de Chirurgie gynécologique*, pág. 556.

La enucleacion ha dado principalmente resultados en los fibro-miomas del cuello.

Las variedades subcutáneas no dejan otros recursos quirúrgicos que la gastrotomía, seguida ó no de hysterotomía.

La gravedad de esta operacion debe hacerla reservar para un pequeño número de casos de evolucion rápida, *galopante*, acompañados de fenómenos que amenacen la existencia en breve espacio (1).

TUMORES FIBRO-CÍSTICOS DEL ÚTERO (2)

Se han descrito con el nombre de tumores fibro-císticos del útero varios neoplasmas de naturaleza muy diversa, á pesar de la analogía de sus manifestaciones clínicas.

Así, ciertos fibromas cavernosos (telangiectásicos), ciertas variedades de sarcomas, han sido considerados como tumores fibro-císticos (3).

Nosotros reservaremos esta denominacion para los fibro-miomas que contienen una ó muchas grandes cavidades quísticas. Estos no son, por lo demas, más que un estado avanzado y muy desarrollado de los fibromas de Cruveilhier.

La formacion de las cavidades en un tumor sólido se verifica aquí siguiendo un proceso muy diferente del que estudiaremos al hablar de los quistes del ovario, al ménos en los casos que hemos examinado. Estos tumores, las más veces multiloculares, son, en ocasiones, bi ó uniloculares, ó formados por una bolsa mayor, y otras mucho más pequeña. Tales espacios quísticos comunican á menudo unos con otros, ó están atravesados por travéculas y mallas fibrosas. El estroma se halla formado por tejido conjuntivo y fibras musculares lisas.

No se hallan de acuerdo los autores acerca de la naturaleza del revestimiento de los quistes. Gran número de histólogos han negado la presencia de una capa epitelial ó endotelial (4). En las preparaciones frescas nosotros hemos observado la existencia de epitelio pavimentoso. Otros observadores han descrito un revestimiento endotelial continuo (5).

El líquido contenido en estas cavidades suele ser trasparente, traslúcido, coagulable al aire libre; en una palabra, presenta todos los caracteres de la linfa. Más tarde, el desarrollo de los vasos produce exudados

(1) Pozzi, *loc. cit.*, pág. 57.

(2) Es indiferente emplear las palabras fibro-cístico ó fibro-quístico.

(3) Algunos autores les han dado el nombre de fibroma linfangiectásico. Fehling y Léopold, *Arch. f. Gyn.*, t. VII, pág. 537.

(4) Heer, *Ueber der Fibrocysten des Uterus*, Zurich, 1874. pág. 52.

(5) Rein, *Arch. f. Gyn.*, t. XII, pág. 422. Malassez había observado ya un revestimiento epitelial en casos de este género.

sanguíneos, y entónces ofrece una coloracion que varía desde el rojizo al pardo-chocolate (1).

Finalmente, en ciertos casos está constituido por pus.

Estos tumores son las más veces subserosos (2).

Llegan á adquirir un volúmen considerable, y pesan hasta 30, 40 y 80 libras. Se les ha visto coincidir con quistes del ovario.

Síntomas, curso. — El desarrollo rápido de esta variedad de fibro-miomas quísticos los distingue de las formas más comunes que hemos estudiado hasta el presente. Así, el abdómen adquiere bien pronto, en estos casos, un aumento notable de sus diámetros. Algunos tumores fibro-císticos tienen, en casos excepcionales, un curso lento.

Los fenómenos á que dan lugar son próximamente los mismos que los observados en los casos de cuerpos fibrosos. Se ha dicho que producían con ménos frecuencia las hemorragias, lo cual se explica por su situacion casi siempre subserosa. Cuando existen debajo de la mucosa, se observa, por lo general, además de las hemorragias, un abundante flujo de líquido claro y trasparente.

Los accidentes peritoníticos son más raros en los miomas quísticos que en los quistes del ovario.

Los desórdenes digestivos se presentan muy pronto, como en los tumores ováricos. En ciertas enfermas, el desarrollo del neoplasma va acompañado de tumefaccion de las mamas y de formacion de calostro.

Diagnóstico. — Los tumores fibro-císticos del ovario pueden confundirse, sobre todo, con un quiste del ovario. Su desarrollo, su sitio, su consistencia, todo concurre á aumentar la semejanza que presentan ambas afecciones.

Se ha admitido como medio de diagnóstico una diferente resistencia en las diversas regiones de la masa neoplásica, dura, elástica en un punto, fluctuante en otro. También se ha hecho jugar un papel importante á los fenómenos estetoscópicos. Todos estos caracteres son bastante vagos y pueden encontrarse en ambas afecciones.

En los tumores ováricos, el útero está á menudo en descenso. Lo contrario sucede en los fibro-miomas quísticos, en que está dirigido hácia arriba, hasta el punto de que á veces el dedo no puede alcanzar el hocio de tenca. Esta diferencia no tiene nada de absoluto.

El tumor formado á expensas del tejido uterino es, por lo general, más liso y uniforme. Con la sonda se comprueba la hipertrofia del órgano y el aumento de volúmen de su cavidad.

(1) Según los análisis químicos referidos por Spiegelberg, el líquido contenía fibrina y albúmina: *Ni mucina, ni paralbúmina.* (*Arch. f. Gyn.*, t. IV, pág. 348.)

(2) Entre 70 observaciones recogidas por Heer, había 63 subserosos, de los cuales sólo 12 eran pediculados, 5 eran intersticiales y 2 intrauterinos: 6 submucosos. (*Loc. cit.*, pág. 47.)

Los signos diferenciales que tienen más importancia son los que resultan de las conexiones del neoplasma con el útero.

Imprimiendo varios movimientos con la mano aplicada sobre el abdomen, y puesto el índice de la otra en contacto del hocico de tenca, se puede formar un juicio exacto de sus conexiones. El tacto rectal por el método de Simon suministrará, en ciertos casos, útiles indicaciones.

Cuando los fibromas quísticos son pediculados, es tan difícil el diagnóstico que aun los más ilustres cirujanos han cometido errores.

Se han operado como quistes del ovario algunos tumores cuya naturaleza y punto de implantación no pudieron reconocerse sino al practicar la autopsia.

Se ha dicho que la punción, permitiendo comprobar la naturaleza del líquido, constituye un medio para diferenciar estos tumores. En primer lugar, este modo de exploración presenta serios peligros en los casos de tumores uterinos (1), y en segundo, los caracteres del líquido están muy lejos de ofrecer un signo cierto. Se ha sostenido que los líquidos espontáneamente coagulables provienen siempre de un mioma. En efecto, esta propiedad se observa con más frecuencia en estos tumores que no en los quistes del ovario, pero, aun así, no puede constituir un signo patognomónico.

El exudado ascítico se puede también coagular espontáneamente al aire libre, con la diferencia de producirse este fenómeno con mucha más entidad (2).

El exámen histológico es muchas veces negativo. La presencia de epitelio cilíndrico ó calciforme podría indicar la existencia de un quiste del ovario. Desgraciadamente, son pocas las veces que se encuentran estos elementos libres y flotando en el líquido, pues sólo los hemos encontrado en una quinta parte próximamente de casos en los cuales hicimos el exámen de los líquidos procedentes de quistes ováricos.

Se ha procurado obtener por medio de un trócar saca-bocados (como el que Duchenne, de Bolonia, emplea para los músculos) algunas partículas del neoplasma para someterlas á un exámen histológico, cuyo medio, además de ser peligroso, no suministra, en la inmensa mayoría de casos, ningún dato importante.

Siempre que sea necesario practicar una punción se deberá recurrir á un aparato aspirador.

Pronóstico. — Esta forma de tumor es mucho más grave que los fibromas simples.

(1) Entre 11 observaciones reunidas por Léopold, sobrevino la muerte en 10 veces consecutivamente á la punción.

(2) Spiegelberg, *Arch. f. Gyn.*, t. VI, pág. 352.

Suele sobrevenir la muerte al cabo de algunos meses. La mayor duración que se ha observado ha sido de 10 años.

Etiología. — Los fibromas quísticos del útero constituyen una especie poco común, cuya etiología es de las ménos conocidas. En 51 casos reunidos por Heer (1), en ninguno se desarrolló el tumor á una edad menor de 20 años ni mayor de 53.

Tratamiento. — Ya hemos expuesto los peligros de las punciones exploradoras en los casos de fibromas quísticos, por cuyo motivo no las aconsejamos como medio de tratamiento, y ademias las observaciones hechas hasta hoy no permiten su empleo.

En esta forma de tumor uterino se puede intentar la histerotomía (2).

A pesar de la gravedad de la operacion y de la marcha rápida y fatal de la enfermedad, puede, sin embargo, constituir un medio de curacion. Muchas veces, por error de diagnóstico se ha practicado de un modo incompleto, circunstancia que conduce frecuentemente á una muerte segura. En estas circunstancias se debe practicar siempre la ablacion del neoplasma, aún cuando no sea pediculado.

Algunas observaciones demuestran que puede obtenerse la curacion por medio de la gastrotomía, con ó sin histerotomía. Es, pues, un recurso extremo que puede practicarse en los casos de tumores fibro-císticos del útero.

PÓLIPOS DEL ÚTERO

Se designan con el nombre de pólipos á una clase de tumores uterinos, cuyo carácter principal, cualquiera que sea su estructura anatómica, consiste en la presencia de un pedículo que forma prominencia en la superficie del órgano. Los dividiremos en cuatro grupos: pólipos fibrosos, pólipos mucosos, pólipos papilares y pólipos fibrinosos.

PÓLIPOS FIBROSOS

Anatomía patológica. — Los pólipos fibrosos, compuestos principalmente de fibras musculares lisas y de tejido conjuntivo (3), no vienen á ser

(1) En estos 51 casos se encuentran las cifras siguientes:

De 20 á 30 años.	8 casos.
De 30 á 40 —	17 —
De 40 á 50 —	23 —
De 50 á 53 —	3 —

Total. 51 casos.

(Heer, *loc. cit.*, pág. 60.)

(2) Véase Péan y Urdy, *Histérotomie*, y Pozzi, *loc. cit.*, pág. 66.

(3) Hemos expuesto que Virchow considera los fibro-miomas uterinos como hiper-

sino un grado más avanzado de los fibro-miomas submucosos ya descritos.

El pedículo, ordinariamente implantado en el fondo ó en la pared posterior del útero, es, ó bien grueso y adherido por una ancha base al tejido uterino, ó, por el contrario, excesivamente delgado. Algunas veces está perfectamente separado del resto del tumor. En otros casos, su espesor aumenta progresivamente á partir de su punto de implantacion, si bien no existe ningun límite marcado, y el paso de uno á otro se hace insensiblemente y sin línea de demarcacion. Es, en general, poco vascular, y los vasos que contiene, principalmente constituidos por las venas, no adquieren sino raras veces dimensiones notables, de donde resulta la posibilidad de seccionarle con las tijeras sin temer una hemorragia abundante, segun veremos al exponer el tratamiento. El pedículo es casi siempre único (1). En los casos excepcionales, donde se han comprobado mu-

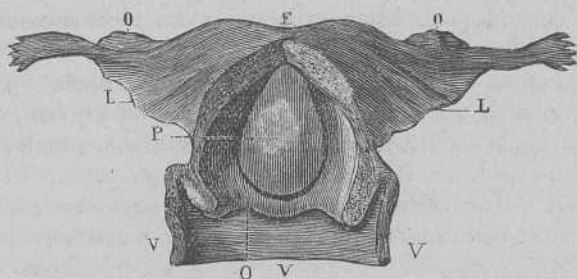


Fig. 17. — Útero abierto por su pared anterior, conteniendo un pólipo fibroso (segun Cruveilhier).

F. Fondo del útero. — o. o. Ovarios. — L. L. Ligamentos anchos. — O. Cuello del útero. — V. V. Vagina. — P. Pólipo.

chos, son accesorios, siendo debidos probablemente á adherencias secundarias.

El tumor es á veces piriforme (*fig. 17*) y otras cilíndrico ó completamente esférico. Su superficie es uniforme, regular ó más ó menos lobulada y cruzada por profundos surcos. A cada una de estas formas exteriores corresponde una estructura interna diferente. Los haces presentan una disposicion radiada alrededor de un solo centro en el primer caso, y alre-

trofías parciales del útero. Para el Sr. Broca, que los designa con el nombre de *histeromas*, constituirían neoplasias, teniendo una estructura análoga á la de los tejidos ambientes. (Broca, *Traité des tumeurs*, 1869, t. II, pág. 252.) La identidad en la estructura y la presencia de lagunas linfáticas nos hacen inclinar en favor de la idea de Virchow.

(1) Contrariamente á la etimología de la palabra pólipo: *πόλος*, muchos, y *πους*, piés.

dedor de centros múltiples, en mayor ó menor número, en el segundo, segun hemos expuesto al tratar de los cuerpos fibrosos (1).

En ciertas circunstancias, bajo la influencia de las contracciones repetidas del cuello uterino, el pólipo se divide en dos segmentos, separados uno de otro por un espacio reducido. Esta disposicion es tanto más importante de conocer cuanto que ha dado lugar á errores operatorios. Despues de haber separado el segmento inferior cree el cirujano haber extirpado todo el neoplasma cuando queda aún implantado el segmento superior, que es origen de nuevos trastornos, y reclama por lo tanto una segunda intervencion.

La masa principal de los pólipos fibrosos es ordinariamente dura y poco vascular. Sus dimensiones presentan grandes diferencias, segun los casos, llegando hasta tener las de una cabeza de feto de término; frecuentemente no exceden de las de un huevo de paloma ó de gallina. Se ven igualmente estos tumores aumentar de volúmen bajo la influencia de la menstruacion ó del embarazo. Están expuestos á las mismas modificaciones que los fibro-miomas no pediculados, sufriendo raras veces la degeneracion gangrenosa ó quística, y más excepcionalmente la degeneracion calcárea. A medida que se desarrollan, el útero se hipertrofia, y acaba por adquirir un grado de distension bastante considerable para haber hecho designar estos casos con el nombre de *embarazos fibrosos*.

Síntomas. — Las metrorragias, precedidas ó seguidas de un derrame mucoso ó moco-purulento, constituyen el primero y más importante síntoma de los pólipos fibrosos. Con frecuencia las hemorragias no provienen del mismo tumor, sino más bien de la mucosa uterina próxima á su punto de implantacion. Al principio las reglas son más abundantes y duran más tiempo que en el estado normal. Poco á poco la pérdida de sangre se hace casi incesante, y en el intervalo de las metrorragias el derrame mucoso es algunas veces continuo, y bajo ciertas influencias ofrece un olor fétido, que podrá hacer creer la existencia de un cáncer.

La intensidad de los dolores varía considerablemente en cada mujer. En algunas no se manifiesta hasta que el tumor obtura el orificio interno ó se sitúa en la cavidad cervical, revistiendo la particularidad de simular los dolores expulsivos del parto, estando en relacion con las contracciones uterinas comprobadas por algunos observadores, en particular por Scanzoni (2).

Se observan igualmente en algunas enfermas los signos exteriores del embarazo: pigmentacion de la línea blanca, del pezon y de la areola; tumefaccion de las mamas y de las vías digestivas; náuseas y vómitos, como

(1) Para evitar repeticiones puede consultar el lector, con respecto á la estructura de los pólipos, lo que hemos expuesto referente á los fibromas.

(2) Scanzoni, *loc. cit.*, pág. 209.

al principio de la gestacion. Bajo la influencia de estas manifestaciones patológicas no tarda en alterarse la salud general. Se comprueban enseguida todos los síntomas de una anemia profunda: debilidad, decoloracion de los tegumentos, trastornos digestivos y nerviosos, y palpitaciones cardíacas. Se suelen ver accidentes tanto en el recto como en los órganos urinarios (1).

El tacto suministra diversas indicaciones, segun que el tumor haya ó no invadido el orificio externo. En el primer caso se percibe alrededor del pedículo un rodete circular; en el segundo es el cuello de menor volúmen y está dilatado, hasta el punto de permitir la introduccion del dedo hasta el nivel del neoplasma. La inversion uterina puede producirse bajo la influencia de los pólipos fibrosos. Se ha visto igualmente ser expulsados espontáneamente, aun teniendo un volúmen considerable y pesando hasta 800 gramos.

Debemos llamar especialmente la atencion sobre una variedad de pólipos fibrosos intermitentes, cuya existencia ha sido expuesta hace ya mucho tiempo (2). Aunque pueden presentarse en todas las edades bajo la influencia de la congestion de los órganos contenidos en la cavidad pelviana, se observan con más frecuencia en las épocas menstruales y en los casos de metrorragia. Nacen generalmente en un punto próximo al cuello, y presentan una estructura más laxa y una consistencia ménos dura que los pólipos fibrosos ordinarios. Su pedículo es consistente, y se implanta por una ancha base en el tejido uterino (3).

Diagnóstico. — Las dificultades en el diagnóstico varían segun que el pólipo esté situado aún en la cavidad uterina, y por consecuencia sea inaccesible al dedo, ó segun que haya traspasado el orificio interno.

En el primer caso se puede vacilar entre un pólipo ó una metritis crónica; sin embargo, esta última raras veces da lugar á metrorragias abundantes, puesto que son más bien producidas por la presencia de pólipos. Cuando el cuello del útero contiene un tumor, se presenta regular, liso y con gran tendencia á desaparecer y á dilatarse, cosa que no se observa en la metritis, donde, por el contrario, es grueso, abollado, irregular y muchas veces está ulcerado. En algunos casos hay necesidad de dilatar la cavidad cervical para comprobar el diagnóstico, en cuyo caso hay necesidad de operar sin dilacion cuando existe un neoplasma, sea cual fuere su naturaleza, para exponer ménos á la enferma á los accidentes de septicemia. Es

(1) Véase Milliot, *Complications des tumeurs fibreuses de l'utérus*, tesis de doctorado, París, 1875.

(2) Larcher, *Contributions à l'histoire des polypes fibreux intra-utérins à apparitions intermittentes*, (*Arch. gén. de Médecine*, 1867, série sexta, t. IX, págs. 39 y 193.)

(3) Guilmout, *Des polypes utérins à apparitions intermittentes*, tesis de doctorado, París, 1877.

necesario también evitar cuanto sea posible las dilataciones sucesivas y reiteradas, sobre todo para un útero sobre el cual se debe operar.

Cuando el pólipo ha traspasado el orificio interno no es fácil cometer un error (1), pues sólo puede confundirse con la inversión uterina. En los casos de pólipo se percibe perfectamente, por medio del tacto, el fondo del útero, que ocupa su situación normal, sucediendo lo contrario en la inversión. Por medio del cateterismo uterino se comprueba, en los casos de pólipo, la existencia de una cavidad, que falta en la inversión. Introduciendo una sonda en la vejiga y practicando el tacto rectal se adquiere mayor certeza sobre las relaciones y situación de los órganos pelvianos.

El punto de implantación y el grado de consistencia del pedículo constituyen dos detalles de suma importancia, algunas veces difíciles de comprobar. Cuando los datos obtenidos por medio del dedo ó con ayuda del histerómetro son suficientes para establecer el diagnóstico, el caso es muy sencillo; pero hay circunstancias en las cuales estos medios de exploración no dan resultados concluyentes, y en ellos aconseja Scanzoni (2) el procedimiento siguiente: se sujeta con una pinza la porción de tumor situada en el orificio uterino, haciéndole describir repetidas veces un movimiento de semi-rotación. Si el pedículo es delgado, sigue con facilidad las diversas impulsiones dadas al instrumento. Cuando el pedículo es grueso, se observa que un obstáculo considerable se opone á dichos movimientos. Este procedimiento es útil en ciertos casos, pero en otros, el pólipo, aunque sostenido por un pedículo delgado, está tan comprimido por las paredes uterinas que se hace imposible obtener su desviación.

Los tumores intermitentes han sido causa de frecuentes errores de diagnóstico, siendo necesario examinar á las enfermas en el momento de la época menstrual por estar entónces más dilatado el orificio, hasta el punto de permitir fácilmente la introducción del índice para comprobar los caracteres del tumor, el cual desaparece durante el período intermenstrual.

Pronóstico. — Los pólipos fibrosos son esencialmente benignos. Jamás aparecen después de su ablación. Los hechos invocados en favor de una recidiva son debidos á que un segundo tumor implantado en la cavidad uterina se forma su pedículo y viene á formar prominencia en el cuello después de extirpado el primero, ó bien se han tomado por fibro-miomas ciertas variedades de sarcomas, de los cuales trataremos en el próximo capítulo, que tienen gran tendencia á pedicularse.

Sin embargo, las metrorragias por sí solas pueden ser muy abundan-

(1) Sin embargo, algunos cirujanos hábiles é instruidos (Simpson, Velpeau) han confundido casos de este género con la inversión uterina, sobre todo con la inversión incompleta.

(2) Scanzoni, *loc. cit.*, pág. 212.

tes, hasta el punto de hacer grave el pronóstico, produciendo la muerte en breve tiempo. En los casos de pólipos voluminosos están expuestas las enfermas á accidentes urémicos ó á los peligros de una estrangulación interna.

Etiología.— Todo lo concerniente á la etiología de los pólipos internos lo expusimos al tratar de los cuerpos fibrosos. Muy raros ántes de la pubertad, se observan con frecuencia entre los 30 y 50 años. Su grado de frecuencia varía igualmente segun las razas, y parece ser mucho mayor entre los negros que en los pueblos europeos. Las mujeres que hayan tenido hijos están más expuestas á esta afeccion que las nulíparas, contrariamente á lo que han sostenido algunos autores.

Tratamiento.— Los medios que podemos emplear para cohibir las metrorragias debidas á los pólipos fibrosos son los mismos que hemos indicado al exponer el tratamiento de los fibromas submucosos, es decir, las irrigaciones frías, la ergotina administrada por las vías digestivas ó por el método de Hildebrandt, y, por último, el taponamiento en casos de pérdidas muy abundantes.

Mientras los cuerpos fibrosos persisten, no se pueden emplear más que medios paliativos. Los pólipos que nos ocupan reclaman casi siempre la intervencion quirúrgica, y en la inmensa mayoría de casos se puede obtener una curacion completa (1).

Entre los procedimientos empleados, encontramos primeramente la *excision*. Si el pedículo se hace accesible, con facilidad se coge el tumor con las pinzas de Museux sin ejercer gran traccion. Dos dedos de la mano izquierda servirán de conductores á las tijeras curvas, con las cuales se practica la seccion. Antes de proceder á la excision es prudente reconocer si el pedículo comprendido entre ambos dedos presenta ó no latidos arteriales. Ya hemos visto, al tratar de la anatomía patológica de estos tumores, que son generalmente poco vasculares.

Se ha preconizado igualmente la ligadura elástica por medio de tubos de desague de caoutchouc, unidos por medio de dos sondas de mujer. El tumor, en estos casos, cae ordinariamente hácia el quinto dia (2). A pesar de los felices resultados obtenidos por este método, preferimos más la excision simple y aún mejor la seccion del pedículo con el estrangulador de Maisonneuve. Este último procedimiento es el que empleamos con mayor frecuencia, y el cual, además de ser de fácil aplicacion, no expone á las hemorragias, que, si bien son raras, se hacen, sin embargo, posibles.

(1) En la parte primera hemos señalado la aplicacion de la electricidad en el tratamiento de los fibro-miomas, puesta en uso especialmente por los médicos americanos. En estos últimos tiempos, los Sres. Aimé Martin y Chéron han publicado nuevas observaciones favorables al empleo de este medio terapéutico. (Véase *Annales de Gynécologie*, 1879, y *Gazette des Hôpitaux*, núms. 29 y 30, 1879.)

(2) Véase *Annales de Gynécologie*, t. IV, pág. 159.

Cuando el tumor es muy voluminoso, se hace necesario para su extracción el empleo de un pequeño forceps adaptado para este uso, ó bien dividirlo ántes de proceder á su extracción.

En los casos en que el pólipo se halla aún situado en la cavidad uterina es necesario practicar la dilatación para poder operar con facilidad. Se deben, segun hemos expuesto ya, evitar las dilataciones repetidas y abstenerse de prevenir á las enfermas, como aconseja el Sr. Gosselin (1), para evitarlas aquellas emociones penosas que siempre acompañan al practicar una operación.

No están de acuerdo los autores sobre la conducta que ha de seguirse cuando el pólipo es inaccesible á los instrumentos. Mientras unos prefieren esperar á que haya traspasado el orificio cervical, otros, por el contrario, son partidarios de la intervención inmediata desde el momento que se haya establecido el diagnóstico.

Creemos que es bastante difícil fijar una regla con este objeto, pues la conducta del cirujano debe guiarse por la gravedad de los accidentes. En los pólipos ordinarios se elegirá para operar un espacio intermenstrual. Para las variedades de aparición intermitente será preferible operar en el momento de las reglas, si el neoplasma no es accesible más que en estas condiciones. Los inconvenientes que resultan de la intervención durante la época catamenial son ménos temibles que los que pudieran resultar de la dilatación prévia; pero como, aún en el momento de la hemorragia menstrual, la salida del pólipo puede ser insuficiente, se vé obligado el cirujano á practicar operaciones preliminares (incisiones ó dilataciones) para permitir un acceso fácil á los instrumentos (2).

PÓLIPOS MUCOSOS

Anatomía patológica. — Los pólipos mucosos consisten en un tumor pediculado, variando sus dimensiones desde las de un guisante á la de una almendra, pudiendo llegar á tener, aunque muy excepcionalmente, el volumen de una nuez. Su forma es á menudo aplanada y pocas veces esférica. El pedículo presenta, segun los casos, diferencias de longitud muy notables. En algunas variedades cervicales apénas se hace manifiesto, mientras en otras se prolonga de tal modo que, á pesar de insertarse en el fondo del útero, viene á traspasar los límites de la vulva. Estos pólipos son generalmente muy vasculares, bien porque los vasos dominen en el pedículo, ó por estar distribuidos en su superficie. Aun teniendo poco volú-

(1) Gosselin, *Cliniques de la Charité*, t. II, pág. 533.

(2) Por lo que concierne á la sección del pedículo, algunos ginecólogos prefieren emplear el asa galvano-cáustica y otros el estrangulador lineal. Recordaremos, acerca de este último instrumento, que, aplicado sobre el útero, presenta serios peligros, á causa de las dificultades que se observan al querer limitar su esfera de acción.

men suelen dar lugar á metrorragias abundantes. Si bien son ordinariamente únicos, pueden encontrarse, sin embargo, muchos reunidos en un mismo útero, segun puede observarse en el caso citado por Beigel (1), de un útero lleno de pólipos prolongados, de tal modo implantados que parecían un grupo de pequeñas sanguijuelas prendidas y diseminadas por la mucosa. (*Fig. 18.*)

Se han admitido muchas especies de pólipos mucosos uterinos. Fœrster los divide en cinco categorías (2). Gracias á los progresos de la anatomía patológica, todas estas divisiones tienden á desaparecer. Nosotros las reducimos á dos tipos principales: los *pólipos del cuerpo* y los *pólipos del cuello*.

Si el pólipo se ha desarrollado en la cavidad cervical se observan las glándulas en racimo, tapizadas de un epitelium calciforme (3). Muchas veces se oblitera el orificio de las glándulas, y los productos de secrecion acumulados en sus cavidades las distienden y forman verdaderos quistes por retencion.

(1) Hé aquí resumida esta interesante observacion. Se trataba de una mujer de 29 años, casada y estéril. Comenzó á tener la menstruacion á los 16 años, siguiendo su curso normal durante los tres años primeros, en que las reglas tomaron la forma de metrorragias, hasta el punto de obligar á la enferma á guardar cama. En el intervalo de las épocas menstruales existía un derrame moco-purulento muy abundante.

Por el exámen clínico se comprobó la presencia de dos pólipos prolongados que tenían la figura de una sanguijuela. Se practicó su ablacion, con lo cual se creyó destruida la causa de la enfermedad. Poco tiempo despues experimentó esta mujer pérdidas abundantes de sangre, que obligaron al cirujano á practicar la dilatacion del cuello, encontrando el útero completamente lleno de pólipos, de igual forma que los anteriormente excindidos. Despues de haber extirpado cuanto fué posible estas producciones, fué aplicado un taponamiento con objeto de cohibir una hemorragia muy abundante consecutiva á la operacion. Enseguida se cauterizó la cavidad uterina, cierto número de veces, con el ácido nítrico, mediando un intervalo de dos á tres semanas entre una y otra cauterizacion.

La enferma curó completamente; la menstruacion reapareció con perfecta normalidad. Tres años despues esta mujer era aún estéril, lo que Beigel atribuyó á la obliteracion probable de las trompas consecutivamente á las cauterizaciones. (Beigel, *loc. cit.*, tomo II, pág. 474.)

(2) 1.^a, pólipos mucosos simples; 2.^a, pólipos vasculares; 3.^a, pólipos glandulares; 4.^a, pólipos quísticos; 5.^a, pólipos papilares; Fœrster, *Handbuch der speciellen pathologischen Anatomie*, Leipzig, 1863, pág. 429.

(3) Esta manera tan sencilla de distinguir los pólipos del cuerpo de los desarrollados á expensas de la mucosa cervical, no se ha indicado en ninguno de los autores modernos que hemos consultado, lo cual depende, segun nuestro modo de ver, en que la diferencia capital que existe entre el epitelium del cuerpo y el del cuello en estado normal no es suficientemente conocida, y no es admitida tampoco por todos los ginecólogos. Es, sin embargo, muy fácil de distinguir la célula cilíndrica, coloreada en toda su extension por los reactivos y provista de un núcleo voluminoso en su centro, de la célula calciforme, que no toma color con las mismas sustancias en la mayor parte de su extension, mientras el núcleo situado en la parte inferior del elemento resalta por su intensa coloracion. Por otra parte, en las preparaciones obtenidas por disociacion, se puede comprobar que las células calciformes están huecas, y muchas veces se ve salir un pequeño mamelon mucoso por su abertura circular.

Las diferencias anatómicas que existen entre ambos tipos se explican por la estructura normal de la mucosa uterina. *En los del cuerpo* se encuentra, en medio de un tejido conjuntivo más ó ménos rico en elementos celulares, un grupo de glándulas hipertrofiadas y de neoformaciones glandulares, revestidas de epitelium cilíndrico, muchas veces con pestañas vibrátiles. En algunos puntos, las células epiteliales aumentan de volúmen, llegando á doble altura de la que presentan en las glándulas normales del útero adulto.



Fig. 18. — Pólipos mucosos múltiples implantados en la superficie interna del útero (segun Beigel).

U. Pared del útero. — V. Vagina. — P. P. Pólipos.

Segun que las glándulas sean más ó ménos numerosas, dilatadas y transformadas en quistes, ó segun el grado de la vascularizacion, tendremos las diversas especies, descritas por los autores con el nombre de pólipos glandulares, quísticos, vasculares y útero-foliculares (de Huguier).

Sintomas. — Los primeros síntomas de los pólipos mucosos consisten en las metrorragias y un derrame moco-purulento. Contrariamente á lo que hemos observado en los cuerpos fibrosos pediculados, aquí la sangre proviene del mismo tumor más bien que de los tejidos ambientes. Algunos autores han dicho que las hemorragias debidas á los pólipos mucosos son ménos abundantes que las originadas por la variedad fibrosa. Existen, sin embargo, algunos casos en los cuales un pequeño tumor mucoso desconocido contenido en la cavidad uterina ha bastado para producir pérdidas sanguíneas rápidamente mortales. Hechos de este género han sido obser-

vados, en una mujer de 26 años, por Barnes (1) y de 36 años por Klob (2).

Si el pólipo está situado por encima del orificio interno no da lugar á ningun dolor, pues sólo cuando llega al conducto cervical produce algunos trastornos en la sensibilidad ó fenómenos de irritacion en regiones vecinas. Se produce alguna vez, en casos ya muy crónicos, un adelgazamiento progresivo del pedículo y acaba por atrofiarse, hasta el punto de desprenderse el tumor y eliminarse espontáneamente. La gangrena en los pólipos mucosos es una terminacion poco comun.

Diagnóstico. — Cuando el tumor forma eminencia entre los labios del cuello, el diagnóstico es fácil de establecer. Hay circunstancias en que por medio del espéculo se descubre un tumor que no se observó por el tacto. Su coloracion roja, violácea, azulada, distinta del color rosa-pálido de la mucosa cervical que la contornea, sus dimensiones y su consistencia, le separan de las producciones de naturaleza fibrosa. Se podría, sin embargo, confundir un pólipo mucoso con algunos epitelomas tubulados, que tienen gran tendencia á pedicularse, y que expondrémós al tratar del cáncer uterino. El olor fétido del derrame, más en relacion con la idea de una produccion maligna, puede igualmente encontrarse en un pólipo mucoso. El exámen histológico del neoplasma será el único medio para dilucidar la cuestion de un modo cierto. Pudiera tambien confundirse el pólipo mucoso con una porcion de placenta en un aborto; el estado del útero y los conmemorativos bastarán para evitar toda duda y hacer inútil el empleo del microscopio, que es el procedimiento más concluyente.

Si el pequeño tumor se halla aún contenido en la cavidad uterina, será difícil distinguirle de un cuerpo fibroso más ó ménos pediculado ó de una metritis interna crónica. Los pólipos mucosos tienen siempre ménos volumen que las variedades fibrosas, de donde resulta que el útero, normalmente desarrollado en un caso, se halla hipertrofiado en otro. Los datos suministrados por el histerómetro son casi siempre negativos para los tumores mucosos.

La distincion con la metritis crónica no puede hacerse de un modo preciso, sino practicando la dilatacion del cuello para poder introducir el dedo y explorar los diversos puntos de la superficie interna del útero.

Pronóstico. — El pronóstico de esta variedad de pólipos es generalmente favorable. De naturaleza esencialmente benigna, jamás recidivan despues de la ablacion. Sin embargo, las hemorragias desarrolladas bajo su influencia, presentan á veces suma gravedad, bien súbitamente y por sí mismas (véanse las observaciones citadas de Barnes y de Klob), bien por la anemia que originan consecutivamente. El pronóstico adquiere suma importancia con respecto á la esterilidad, pues es una de sus principales

(1) Barnes, *loc. cit.*, pág. 666.

(2) Klob, *loc. cit.*, pág. 135.

causas. Estos tumores pueden igualmente originar un embarazo extrauterino cuando tiene su asiento hácia el orificio tubario, produciendo así una obliteracion suficiente para impedir el paso de los espermatozoides y á su vez el que llegue el huevo fecundado hasta la cavidad uterina.

Etiología. — Al tratar de la metritis crónica expusimos que en dicha afeccion la mucosa uterina está llena de granulaciones, las cuales pueden ser el punto de partida de pólipos mucosos. Estos son, á las fungosidades uterinas ó á los huevos de Naboth, lo que los pólipos fibrosos á los cuerpos fibrosos. La estructura íntima de estas producciones patológicas presenta, en efecto, gran similitud. Es muy frecuente encontrar ambas producciones en las múltiparas. Se ha dicho que los pólipos mucosos originaban metritis crónicas. A nosotros nos parece más justo invertir la proposicion diciendo que muchos de ellos son consecutivos á una metritis interna.

Tratamiento. — Si el tumor pasa de los labios del hocico de tenca, puede practicarse la ablacion sin la menor dificultad, bastando sujetarle con los bocados de una pinza de pólipos, casi igual á una pinza uterina ordinaria, y verificar su arrancamiento despues de algunos movimientos de torsion.

Si el pedículo es consistente, hasta el punto de impedir su ablacion por este sencillo procedimiento, se empleará el estrangulador. Una vez extirpado el tumor, es muy conveniente hacer algunos toques en el punto de implantacion con un pincel mojado con una disolucion de percloruro de hierro. La vascularizacion de esta forma de pólipos expone, más que la variedad fibrosa, á hemorragias peligrosas.

El diagnóstico de un pólipo mucoso contenido en la cavidad uterina no puede muchas veces precisarse sin practicar la dilatacion. Cuando se supone su presencia, se prefiere comenzar por una cauterizacion intra-uterina con el nitrato de plata sólido, segun el procedimiento que hemos seguido en la metritis interna crónica. Si las metrorragias continúan produciéndose, se practicará entónces la dilatacion, y con el índice izquierdo introducido en el útero podrá precisarse el punto de implantacion del pedículo; este mismo dedo puede servir de conductor para introducir la pinza ó el estrangulador, segun que el cirujano se decida á emplear uno ú otro instrumento. En los casos de pólipos múltiples está indicado el empleo de la cucharilla, como para las fungosidades uterinas.

PÓLIPOS PAPILARES

Se presentan en el cuello del útero todas las formas de tumores papilares, tan frecuentes en la region vulvar, y que hemos descrito en uno de los capítulos precedentes. El embarazo y la blenorragia suelen ser la causa de estas producciones. Su estructura anatómica hace se les designe con el nombre de *papilomas*. Están compuestos de papilas hipertrofiadas, consti-

tuidas por tejido conjuntivo, vasos, músculos lisos y una capa de epitelio pavimentoso estratificado. Sus dimensiones varían desde el volúmen de una cabeza de alfiler al de una almendra.

Síntomas. — Los pólipos papilares dan lugar con frecuencia á un derame mucoso ó purulento, más bien que á metrorragias. El tacto con ó sin ayuda del espéculo permite comprobar los caractéres y la situacion exacta de estos pequeños tumores.

Diagnóstico.—Pronóstico.—Por lo general, cuando estos papilomas están implantados en el hocico de tenca, se encuentran tambien en los fondos de saco vaginales y en el orificio vulvar, en cuyo caso constituyen tumores benignos, desarrollados, segun hemos dicho ya, bajo la influencia del embarazo ó de la blenorragia ó de ambas á la vez. En las mujeres embarazadas enfermas de blenorragia los hemos observado en gran número.

En algunas enfermas se presentan los papilomas localizados en el cuello del útero, haciéndose su diagnóstico algun tanto difícil. Esta variedad de tumores ha sido en ciertos casos el primer indicio de las manifestaciones cancerosas. Con este objeto resumiremos la observacion de una enferma que ingresó en 1877 en el Hospital Lariboisière, sala á cargo del Sr. Siredey, el cual nos confió el exámen de las preparaciones anatómicas.

Se trataba de una mujer de unos 60 años que padecía metrorragias. Como síntomas locales, se encontró el cuello duro, abollado y exento de ulceraciones, por cuyo orificio salía un líquido sero-sanguinolento algun tanto fétido. Sobre la mucosa del hocico de tenca se veían cuatro ó cinco tumores pediculados, teniendo el más grueso el volúmen y la forma de una pequeña nuez aplastada. El pedículo era tan delgado que fué sencillo desprenderle con sólo el empleo de unas pinzas de cura. Por el exámen histológico pudimos comprobar eran papilomas, pues ninguna porcion de la capa epitelial penetraba profundamente en los tejidos para revestir la forma de epitelioma.

Sin embargo, despues de la ablacion de dichos tumores, se presentó en el cuello una úlcera de mal aspecto, sucumbiendo la enferma al cabo de algunos meses, víctima de los progresos de un cáncer uterino. Pudo admitirse que el líquido canceroso segregado por la cavidad del cuello, aunque no hubiera al principio ulceracion manifiesta, produjo tales papilomas; de la misma forma que el pus blenorragico ó la presencia de un chancro pueden originar su desarrollo sin que por ello tengan ningun carácter, tanto blenorragico como sifilítico.

De cualquier modo que sea, en el estado actual de la ciencia, creemos prudente, cuando se encuentran papilomas localizados en el hocico de tenca, reservar su pronóstico, á pesar de la benignidad, justamente reconocida por los autores en los tumores de este género.

Se ha dicho que la pediculizacion es una prueba de la naturaleza be-

nigna de estos neoplasmas, como asimismo que en los casos en donde los papilomas eran origen de un cáncer es porque existía una infiltración cancerosa en el pequeño tumor. Estos signos no son ciertos, como la anterior observación lo demuestra (1).

Tratamiento. — Si los pólipos papilares se han desarrollado bajo la influencia del embarazo, desaparecen generalmente después del parto. Si persistieran después del puerperio ó después de curada una blenorragia, que también los pudiera haber producido, algunos toques con el ácido crómico bastarán para curarlos. Cuando sean la primera manifestación del cáncer no deberá practicarse su ablación, á no ser que originen serios accidentes.

PÓLIPOS FIBRINOSOS

Anatomía patológica. — La naturaleza y desarrollo de los pólipos fibrinosos, admitidos y estudiados por Velpeau y Kiwisch, han dado lugar á diversas discusiones. En la actualidad, la mayor parte de los anatomo-patólogos están de acuerdo en considerarles como productos abortivos. En el mayor número de casos el exámen histológico permite comprobar la presencia de vellosidades placentarias.

En otros casos se hallan constituidos por fibrina recubierta de elementos figurados, ó por la fibrina coagulada con restos de vellosidades. No se ha probado que haya formación de nuevos tejidos (2). Tienen ordinariamente el volumen de un huevo de gallina, presentando una superficie lisa algunas veces, y otras irregular y de color amarillo.

Síntomas. — Los pólipos fibrinosos dan lugar á cólicos uterinos y á metrorragias. Algunas veces, el derrame de sangre no se produce sino muchas semanas después del parto ó aborto. Se encuentran, en muchas ocasiones, en el interior de la cavidad uterina, y en otras descienden hasta la región cervical. Su pedículo está siempre implantado al nivel de la inserción placentaria. El útero es voluminoso y su cuello está dilatado, reblandecido y entreabierto.

Tratamiento. — Si las pérdidas de sangre son abundantes y prolongadas, se extirpará el pólipo después de una dilatación previa. Una cauterización con el percloruro de hierro al nivel del punto de inserción, evitará las hemorragias consecutivas á la operación.

(1) Se han observado otras veces gruesos papilomas fibrosos seguidos de cáncer. Véase Gusserow, *loc. cit.*, pág. 160.

(2) Fränkel, *Arch. f. Gyn.*, t. II, pág. 76

CÁNCER DEL ÚTERO

Entre las denominaciones asignadas á un tumor, se confunden muchas veces las que indican su estructura histológica con las que corresponden á un orden puramente clínico, y de ello tenemos numerosos ejemplos en la historia del cáncer. Queriendo basarse la clínica en los conocimientos incompletos de histología, y pretendiendo exigir de esta rama de la ciencia médica lo que no puede dar por el momento, sucede que se oscurecen cada vez más las cuestiones en lugar de esclarecerlas. Hé aquí por qué exponemos, bajo la denominación de *cáncer*, muchas especies anatómicas diversas que presentan aquellos caracteres comunes que constituyen los tumores malignos.

Tales neoplasmas tienen, en efecto, la propiedad:

- 1.º De destruir los tejidos que invaden.
- 2.º De reproducirse unas veces en la misma region que ocupan, otras en su proximidad y otras en los órganos distantes. En una palabra, tienden á generalizarse.
- 3.º De producir casi siempre la muerte despues de una duracion, ordinariamente poco prolongada.

Estos tres caracteres los encontramos en el cáncer uterino en diversos grados, cualquiera que sea la variedad á la cual pertenezca.

Generalmente comienza la afeccion por el cuello, y no invade el cuerpo sino secundariamente. No siempre sucede así, sino que, en algunos casos, se manifiesta primero en la cavidad del cuerpo, dejando completamente todo el segmento cervical, de donde resulta una division en *cáncer del cuello* y *cáncer del cuerpo*.

CÁNCER DEL CUELLO

Anatomia patológica. — Se observan en el cáncer del cuello uterino tres formas principales:

- 1.^a La *forma ulcerosa*;
- 2.^a La *forma vegetante*;
- 3.^a La *infiltracion cancerosa*.

En la *primera* existen ulceraciones profundas, crateriformes y de bordes indurados. El epitelio penetra en los tejidos subyacentes, produciendo trastornos en la circulacion y resultando grandes pérdidas de sustancia. Algunas veces la ulceracion invade, y aún traspasa, el orificio interno, quedando sano el externo, ó al ménos sin presentar lesiones apreciables.

La *forma vegetante* comienza por producciones papilares en la superficie del hocico de tenca; despues gana en profundidad la neoformacion epitelial, produciendo igualmente ulceraciones que ofrecen una ten-

dencia á cubrirse de vegetaciones. Esta segunda variedad parece tener una marcha algo más lenta que la primera.

La *infiltracion* comienza por las capas profundas de la mucosa y forma nudosidades más ó ménos duras, recubiertas primero por el epitelio sano, teniendo despues gran tendencia á ulcerarse. Esta forma se consideró desarrollada á expensas del tejido conjuntivo, si bien se mira en la actualidad como de origen epitelial y aún glandular (1). Con gran frecuencia comienzan las lesiones en la cavidad cervical por encima del orificio externo, observándose entónces masas redondeadas, unas veces blandas y otras duras, situadas más ó ménos superficialmente en el tejido uterino, habiendo casos en los cuales presentan una disposicion regular que recuerda, en su principio, los caracteres de ciertas hipertrofias simples. Ninguna de estas variedades corresponde á una especie histológica bien definida. Pueden encontrarse reunidas, ó pasar de una á otra; así, se observa que la forma ulcerosa se hace vegetante ó se ulcera ésta alrededor de las producciones papilares.

Estos neoplasmas invaden progresivamente la vagina, el tejido conjuntivo próximo, la vejiga y el recto, originando diversas fistulas. Las venas y linfáticos, los ganglios, los ovarios y el peritoneo participan tambien de la lesion; rara vez invade los músculos y los huesos. Las metástasis de los órganos distantes, hígado, pulmon, estómago, riñones, se observan con poca frecuencia.

Pasado algun tiempo, puede quedar destruido, en gran parte, el órgano uterino, quedando representado tan sólo por su fondo reducido á una especie de casquete. La pelvi-peritonitis es casi constante en tales casos. No sucede lo mismo con la peritonitis generalizada, salvo cuando las materias pútridas ó gangrenosas penetran en la cavidad serosa.

Las fistulas urinarias, más frecuentes que las fistulas rectales, se presentan en una sexta parte de casos.

Hemos visto que la metástasis cancerosa, si se presenta en los riñones, es en casos escepcionales; pero en cambio se encuentran muchas veces otras lesiones del sistema uropoiético: la pielo-nefritis, la nefritis parenquimatosa, la degeneracion amiloidea. El cáncer uterino es raras veces secundario. Si se observa en estas condiciones es casi siempre por las capas peritoneales por donde se propaga y no por la mucosa.

Los caracteres macroscópicos de estas diversas neoplasias no dan gran indicacion de su estructura histológica. Hubo una época en que ciertos anatómicos, á ejemplo de Lebert, creyeron que existían elementos especí-

(1) Segun Veit y Runge habrá tres formas anatómicas de cáncer uterino: 1.^a, á expensas del tejido conjuntivo; 2.^a, á expensas de las papilas; 3.^a, á expensas del epitelium glandular, jamás de las capas epiteliales superficiales. Véase Veit y Runge, *Centralblatt f. Gyn.*, 1877.

ficos y característicos del cáncer, la *célula cancerosa*, por cuya razón los clínicos de entonces lucharon contra estas pretensiones de los histólogos. No existe, en efecto, ninguna célula específica, y sólo por la disposición, la agrupación de los elementos y la idéntica estructura se puede clasificar un tumor y hacer un diagnóstico anatómico preciso.

Las tres especies histológicas que ordinariamente se observan en el cuello uterino, son:

- 1.^a El epiteloma pavimentoso.
- 2.^a El epiteloma cilíndrico.
- 3.^a El carcinoma.

El *epiteloma pavimentoso* es el más frecuente de todos (1). Reviste unas veces la *forma lobulada, con lóbulos epidérmicos*, y otras la *tubulada*. La primera es la única que puede reconocerse á simple vista. En ella se observan partes blanquecinas poco vasculares, de un aspecto seroso y cuya dureza contrasta con la friabilidad. La superficie de sección es seca y cubierta de pequeños grumos, que se desprenden en gran número raspando con una legra, los cuales están formados de porciones epiteliales, encontrándose en medio de ellos *masas epidérmicas*.

En la *forma tubulada*, los tubos, de dimensiones variables, llenos de células pavimentosas, están separados unos de otros por el tejido fibromuscular uterino. Estas dos variedades de tumores se reproducen con los mismos caracteres en los mamelones y en las nudosidades secundarias que se encuentran en su proximidad. Es raro observar, en estos casos, metástasis en órganos distantes. Estas generalizaciones á cierta distancia jamás han sido observadas por Cornil y Ranvier (2), habiéndolas encontrado otros anatómicos, particularmente Virchow.

El *epiteloma cilíndrico*, constituido generalmente por tumores blandos, contiene lagunas y pequeños quistes, que pueden observarse á simple vista, y raspádoles con una legra dan un jugo lactescente. Las lagunas están tapizadas de células cilíndricas, que revisten igualmente las asas vasculares, salientes en su superficie interna. En los tres casos de este género, estudiados por Cornil y Ranvier, todo el tejido uterino estaba invadido, así como los ganglios linfáticos, la superficie peritoneal, la vejiga, el recto y los nervios ciáticos y crurales.

Estos epitelomas se generalizan con mayor frecuencia que los de la variedad pavimentosa. Presentan algunas veces un aspecto poliposo (3),

(1) En 203 casos de cáncer uterino, cuyo diagnóstico histológico se había indicado, Gusserow sólo encontró 17 casos de carcinoma. (Gusserow, *loc. cit.*, pág. 182.) Según Cornil y Ranvier, el carcinoma es, por el contrario, una forma frecuente de cáncer uterino. (Cornil y Ranvier, *loc. cit.*, pág. 1.147.)

(2) Cornil y Ranvier, *loc. cit.*, pág. 1.151.

(3) Montfumat, tesis de doctorado, París, 1867, y Cornil y Ranvier, *loc. cit.*, página 284.

hasta el punto de ser fácilmente confundidos con ciertos pólipos mucosos de naturaleza benigna.

El *carcinoma uterino* reviste la forma del cáncer encefaloide. Es el que origina tumores voluminosos en forma de hongo, que, en algunos casos, llenan la vagina casi por completo. El carcinoma tiene gran tendencia á destruir rápidamente todos los tejidos ambientes y á reproducirse en órganos distantes. Por el exámen histológico se encuentran, en medio de un estroma fibroso, alvéolos llenos de elementos polimorfos sin disposicion regular (1).

Aunque hemos procurado indicar algunos de los caracteres clínicos que presentan cada una de las variedades histológicas del cáncer uterino, no es ménos cierto que, tanto en su aspecto macroscópico como en su marcha y gravedad, no se diferencian notablemente unas de otras (2). Parece existen dos factores esenciales que contribuyen á aumentar ó disminuir la prontitud en la marcha y generalizacion de estos tumores: por un lado el neoplasma invasor y por otro los tejidos invadidos que resisten su influencia de un modo diverso.

El elemento anatómico neoplásico tiene un poder proliferante mayor ó menor, segun la edad y segun cuente mayor ó menor existencia.

Por otra parte, la region sobre la cual se desarrolla puede presentar una reaccion poco intensa ó exuberante, pero sin direccion determinada, en cuyos casos la afeccion tiene una marcha rápida y se generaliza con facilidad. Cuando, por el contrario, la reaccion es activa y tiende á formar tejido fibroso, queda el producto patológico localizado en un sólo punto. Estos hechos muestran su evidencia en algunos epitelomas de la cara, perfectamente llamados por los antiguos *noli me tangere*. Estacionarios durante mucho tiempo, presentan, bajo la influencia de una irritacion cualquiera, de una cauterizacion superficial, una marcha rápida, presentando enseguida vastas pérdidas de sustancia.

Sintomas. — En los primeros períodos, el cáncer suele dar lugar á fenómenos insignificantes, tales como sensacion de pesadez ó de plenitud en la pélvis y de tirantez en la region lumbar. Esta inocuidad aparente del cáncer uterino al principio, es un carácter que ha sorprendido á cuantos se han ocupado de esta cuestion (3).

(1) Los caracteres que unen al epiteloma con ciertos carcinomas parecen acentuarse cada vez más á medida que se estudia la estructura y desarrollo de estos tumores. (Véase Malassez, *Arch. de Physiol.*, 1876, pág. 353.) La division que se había establecido, bajo el punto de vista de la diferencia de origen blastodérmico de las dos producciones patológicas, no está tan resuelta como se ha creído durante mucho tiempo.

(2) Resulta, de nuestras descripciones anatómicas, que colocamos, bajo la misma denominacion de cáncer, las excrescencias en forma de coliflor de Clarke, las úlceras profundas y todas las formas descritas con las más variadas denominaciones, si bien, en el estado actual de la ciencia, y bajo el punto de vista de la estructura íntima, no se pueden distinguir por sus manifestaciones clínicas.

(3) Courty, *loc. cit.*, pág. 997

La hemorragia es uno de los primeros síntomas que llaman la atención de las enfermas y que falta pocas veces, aún en las primeras fases. Unas veces comienza por una simple menorragia; las reglas duran más tiempo que de ordinario, aumentando su abundancia. Otras se presenta una intensa hemorragia en el período inter-menstrual, que indica el principio de la afección. La metrorragia se cohibe por el reposo, apareciendo de nuevo al cabo de poco tiempo. En las mujeres que han pasado la menopausia, estos derrames sanguíneos revisten formas variables, irregulares, ó presentando la periodicidad de las épocas menstruales.

En las enfermas de cierta edad debe siempre desconfiarse de las aserciones relativas á esta función. Confiando poseer aún este atributo de la juventud, quieren imponerse al médico, destruyendo sus aserciones, nacido todo de la ilusión que en sí llevan.

En el intervalo de las pérdidas sanguíneas se observa un derrame seroso, cuyos caracteres es importante conocer. El líquido que le constituye no se parece ni al moco gelatiniforme producido por las glándulas del cuello, ni al producto moco-purulento de la metritis crónica. Pone tersa la ropa, á la manera de un líquido mucoso y poco consistente; su coloración rosácea le ha hecho comparar al jugo de carne; muchas veces inodoro al principio, contrae después un olor de putridez que rara vez falta en los últimos períodos de la afección. Sus demás caracteres se modifican igualmente á medida que progresa la enfermedad. En sus últimos períodos desarrolla sanies, pus, sangre del putrilago y algunas bridas del tejido esfacelado.

Las enfermas presentan trastornos digestivos, disminución del apetito, dolores en la región epigástrica y vómitos. El prurito vulvar y las manifestaciones simpáticas de las mamas (mastodinia), señalados por muchos autores, nada tienen de especial, y además no se presentan en todos los casos. Los dolores faltan casi siempre al principio, siendo excepcionales en los primeros períodos. Existen algunas veces trastornos de la micción y defecación, aún ántes que el neoplasma haya invadido la vejiga y el recto.

En los períodos avanzados de la enfermedad los sufrimientos adquieren un grado extremo de agudeza, comenzando á manifestarse cuando se comprimen los nervios y es invadido el tejido celular de la pélvis. La peritonitis tiene también gran influencia en estos fenómenos dolorosos. A medida que las lesiones progresan el enflaquecimiento se acentúa cada vez más, apareciendo un tinte amarillo pálido en los tegumentos, infiltración serosa en la cara, ascitis, edema en los miembros inferiores ó flegmasia *alba dolens* ocasionada por trombosis venosa.

Este conjunto de síntomas constituye la *caquexia cancerosa*. La fiebre hética se eleva, y las enfermas, que no pueden descansar ni durante el día ni menos por la noche, caen en el marasmo, sobreviniéndolas la muerte de una manera progresiva bajo la influencia de la debilidad general del organismo.

Las fistulas vésico y recto-vaginales, que llegan á constituir verdaderas cloacas, originan insoportables molestias y complican las últimas fases de la afeccion. En estos últimos períodos pueden cesar las hemorragias, hasta el punto de que pocas veces ocasionan la muerte.

Esta terminacion funesta puede tambien producirse por una peritonitis intercurrente, por complicaciones pulmonares ó por embolia (1). La septicemia se observa pocas veces en esta afeccion, lo cual es debido probablemente á la reaccion de los tejidos próximos al neoplasma, que se oponen á la introduccion de las materias sépticas que se encuentran en el cuello. La gran frecuencia de estos accidentes despues de las operaciones viene en apoyo de esta interpretacion.

Las lesiones que hemos expuesto al tratar de la anatomía patológica existen en los riñones y ocasionan muchas veces la muerte en el cáncer uterino. Estos hechos, observados ya por Aran, han dado lugar á numerosos trabajos en estos últimos años. Los accidentes urémicos revisten unas veces la forma aguda y otras la forma crónica, manifestándose entónces por síntomas convulsivos ó comatosos de marcha lenta, presentando una forma irregular, vómitos, diarrea, convulsiones parciales, disnea y trastornos de la vision. Estos fenómenos van acompañados de una disminucion progresiva y considerable de la temperatura central, como se demuestra en los excelentes trabajos de los Sres. Charcot y Bourneville. Al propio tiempo se comprueba una disminucion ó supresion más ó ménos completa de la excrecion urinaria, sobreviniendo la muerte despues de un período comatoso. Frecuentemente sobreviene un coma formidable, como en un ataque de apoplegia (2).

El *tacto* permite comprobar, en muchos casos, ya un período poco avanzado del cáncer ó bien una inmovilidad casi completa del útero, constituyendo este último un signo importante al principio de la enfermedad, y al cual ha dado Aran, con razon, gran importancia. En la forma ulcerosa percibe el dedo una ulceracion profunda, de bordes duros, salientes é irregulares.

En las formas vegetantes se encuentran numerosas granulaciones, redondeadas, duras y resistentes, contrastando su dureza con la blandura de los tejidos próximos. Estas granulaciones, sobre las cuales Montgomery ha insistido en gran manera, aumentan rápidamente de volúmen, se aglo-

(1) Segun las cifras publicadas por Blau, en 93 autopsias de cáncer del útero 90 eran del cuello y 3 del cuerpo. En 48 tuvo lugar la muerte por marasmo, 27 por peritonitis purulenta, 11 por pulmonía, 4 por pleuresia y 3 por embolia pulmonar. En estos mismos 93 casos, en 75 estaba invadida la vagina, y existían 28 fistulas vesicales y 13 rectales. Por último, en 57 casos, es decir, mas de la mitad, había hidropesía y se encontraron lesiones renales. (Blau, *Pathol. Anatom. über den Gebärmutterkrebs*, Berlin, 1870.)

(2) *Accidents urémiques dans le cancer de l'utérus*, Boudin, tesis de doctorado, París, 1876.

meran y llegan á formar esas vegetaciones en forma de coliflor ó los voluminosos hongos que se observan despues. Al principio, estas producciones suelen dar al dedo una sensacion que recuerda la superficie de una verruga. En la infiltracion, el cuello es grueso, irregular, abollado y de consistencia variable, segun los puntos; así, al lado de un punto duro, semi-leñoso, se encuentra otro blando, casi fluctuante.

La *introduccion del espéculo* suele ser difícil en las enfermas atacadas de cáncer uterino. Con dificultad se descubre el cuello á causa, bien de sus dimensiones enormes, ó de la fijacion é inmovilidad del útero.

La mucosa presenta en diversos puntos un matiz violáceo, reemplazando otras veces por un aspecto pálido y blanquecino, encontrándose en algunos casos vegetaciones igualmente violáceas ó blanquecinas que sangran al menor contacto, por lo cual se hace necesaria suma prudencia para aplicar el espéculo en casos de este género. Estas excrescencias, de formas y dimensiones variadas, contrastan por su color con el tinte pálido y anémico de los tejidos que las contienen. Estas diferencias de coloracion se encuentran tambien en las formas ulcerosas, siendo características.

La *duracion* de la enfermedad, muy variable segun los casos, viene á ser de 16 á 17 meses por término medio, segun Courty (1), y de 12 meses próximamente segun Gusserow (2). La edad tiene gran influencia en la marcha del cáncer. Mientras en las mujeres jóvenes la terminacion fatal sucede á los seis ú ocho meses, y en ocasiones al cabo de tres meses, en las de edad avanzada puede prolongarse la vida durante muchos años. Ejemplos tenemos de mujeres de 68 y 70 años en las cuales duró la afeccion cinco y seis años despues de la comprobacion de sus caractéres, siendo probable existiera ántes de nuestra primera observacion.

Pocas veces hemos tenido ocasion de poder estudiar las primeras manifestaciones del cáncer á causa de su benignidad en su período inicial, sobre la cual hemos insistido suficientemente.

Diagnóstico. — El diagnóstico, con frecuencia oscuro al principio, no presenta la menor dificultad en los períodos avanzados. Sólo algun examen incompleto ha podido hacer pensar en la existencia de un tumor maligno, en los casos de fibromas degenerados, cuyo tejido blando y putrefacto rodea el orificio del cuello, estando éste completamente sano. El tumor canceroso es friable, es decir, se divide en pequeños fragmentos por el tacto. El fibromioma es más difícil de seccionarse y presenta una disposicion en haces, característica á simple vista. Es muy fácil distinguir una placenta alterada formando eminencia entre los labios del cuello. La putridez y el olor infecto del derrame pudieran confundir estos dos casos.

(1) Courty, *loc. cit.*, pág. 996.

(2) Gusserow, *loc. cit.*, pág. 199.



Ya hemos expuesto la semejanza que existe entre algunas formas raras de epiteloma cilíndrico y los pólipos mucosos. El epiteloma no presenta jamás un pedículo tan perfecto como el que se encuentra en los pólipos mucosos.

Cuando la ulceración cancerosa se presenta en el conducto cervical, la mucosa externa del hocico de tenca está alterada, lo cual pudiera dar lugar á presumir la existencia de una metritis crónica del cuello. En la metritis interna, sobre todo cuando existe en el cuello, se presentan pocas veces hemorragias abundantes. El carácter del derrame constituye uno de los signos más esenciales: es mucoso ó moco-purulento, más ó menos consistente, en la metritis, y seroso y sonrosado en el cáncer. El olor repugnante de los líquidos, que acompañan con mayor frecuencia á las producciones malignas, puede también observarse en las inflamaciones crónicas simples del útero.

Las dificultades del diagnóstico aumentan algunas veces por estrecharse la vagina por debajo de los órganos invadidos, impidiendo la libre introducción del dedo hasta la región enferma. Estas estrecheces del tercio superior de la vagina pueden existir en las mujeres de edad avanzada sin que exista ningún tumor, y suelen producir también secreciones fétidas sin que se presente hemorragia. El tacto rectal podrá suplir al vaginal, y por medio de él es fácil comprobar el estado de los órganos.

La forma ulcerosa en su principio es muy difícil de diferenciar de las ulceraciones simples que acompañan á la metritis. Estas son generalmente sonrosadas, y sus exuberantes mamelones se parecen al tejido cicatricial, mientras que en el cáncer tienen una coloración violácea y lívida que contrasta con la palidez y el color blanco de la mucosa próxima. La ulceración cancerosa es profunda, irregular y de bordes elevados é infiltrados, caracteres que no se observan en la de naturaleza benigna. El tejido que rodea la erosión simple es blando y más ó menos indurado ya al principio del cáncer. La facilidad de reparar con la legra pequeños fragmentos en los puntos invadidos pertenece más bien á la existencia de un tumor maligno. El exámen histológico de los productos así obtenidos sólo proporciona datos insuficientes. Por último, si espontáneamente ó bajo la influencia de los tópicos tiene tendencia la lesión á cicatrizarse por sus bordes, nos dará á comprender que no es de origen canceroso.

Es aún más difícil distinguir la infiltración carcinomatosa del cuello, cuando la mucosa está sana, con ciertas variedades de metritis crónicas. Las nudosidades situadas por debajo del epitelium indican una afección de mala naturaleza. Estas nudosidades, aisladas, duras y más ó menos consistentes que los tejidos vecinos, presentan un color azulado ó violáceo, y son redondeadas, están diseminadas y no existen siempre; el cuello atacado de cáncer es, pues, más voluminoso, duro é irregular.

En estos casos es casi imposible, en un sólo exámen, poderlos diferen-

ciar de una hipertrofia simple ó una induración crónica por encontrarse en esta última desigual consistencia en diversos puntos del segmento cervical. La poca movilidad del útero y la induración de la vagina en la proximidad de sus inserciones constituyen dos síntomas de gran interés.

Spiegelberg (1), en su trabajo sobre el cáncer incipiente, expone dos medios para el diagnóstico, á los cuales concede gran importancia. Según él, en el cáncer se adhiere completamente la mucosa á los tejidos subyacentes, y en la metritis conserva siempre cierto grado de movilidad. En segundo lugar, en el cáncer, la dilatación del cuello por medio de la esponja preparada es muy difícil ó imposible de obtener, contrariamente á lo que se observa en un útero atacado de metritis. Estos dos medios de diferenciación no nos parecen presentar todas las ventajas que su autor les ha señalado. Es casi imposible comprobar el grado de movilidad de la mucosa cervical, por ser ya variable en el estado fisiológico, y la dilatación encuentra las mismas resistencias, tanto en algunas hipertrofias simples como en la infiltración cancerosa.

Se ha aconsejado, para fijar el diagnóstico, cortar una partícula del tumor y someterla al exámen histológico. Esta idea data de la época en que se creía en la existencia de la célula cancerosa, y es necesario tener en cuenta que, en la inmensa mayoría de casos, el exámen histológico en tales condiciones no proporciona dato alguno que pueda esclarecer el diagnóstico. A pesar de todos los procedimientos de investigación, circunstancias hay en las cuales no puede precisarse con certeza la naturaleza de la producción mórbida sino observando á los enfermos durante mucho tiempo, y estudiando la marcha y las diversas evoluciones de la afección.

Los frecuentes errores en el diagnóstico explican por qué en cierta época se curaba el cáncer amputando el cuello, y es que tomaban por tumores malignos lo que sólo era una hipertrofia simple, según hemos expuesto repetidas veces.

Pronóstico. — El pronóstico del cáncer es casi siempre fatal, cualquiera que sea su especie anatómica. Los casos, poco frecuentes, de curas espontáneas han sido debidos posiblemente á metritis crónicas ó á pólipos simples. Aun practicando la amputación difícilmente se cura.

El cáncer uterino es una horrible enfermedad, no solamente para la que la padece, sino que también para los que la asisten y aún para el mismo médico, que, en los períodos más avanzados, no puede conseguir ni siquiera un alivio á los dolores tan intensos que atormentan á las desgraciadas mujeres que le padecen.

Las relaciones del cáncer con el embarazo y la influencia recíproca de estos dos estados han sido objeto de numerosos trabajos (2). El cáncer

(1) *Archiv. f. Gyn.*, t. III, pág. 233.

(2) Véase, entre los Tratados de partos, Chantreuil, *Du cancer de l'utérus au point*

uterino no constituye una causa absoluta de esterilidad. La concepcion tiene lugar muchas veces en estas condiciones, pero que generalmente se interrumpe el embarazo (1). El punto donde se implanta el neoplasma tiene suma importancia bajo este punto de vista, pues cuando las lesiones no traspasan el orificio interno, puede la gestacion llegar hasta su término. Otras veces se prolonga más tiempo que el que de ordinario le corresponde, habiendo llegado hasta 11, 12 y aún 17 meses (2). El embarazo tiene una accion desfavorable en la afeccion cancerosa; parece que acelera su terminacion fatal. En los 60 casos reunidos por Chantreuil (3), 25 mujeres murieron durante la gestacion ó á consecuencia del parto. En estas 25 hubo 6 roturas del útero. Las 35 restantes sobrevivieron al parto, pero murieron en el mismo año ó al año siguiente. No expondrémos las indicaciones terapéuticas en los casos de este género por ser concernientes á los Tratados de obstetricia.

Etiologia. — El cáncer uterino jamás se desarrolla ántes de la pubertad. Las pocas observaciones relativas á cánceres en las niñas fueron estudiadas de una manera incompleta (4). Gusserow, que ha reunido 2.265 casos, en ninguno de ellos se presentó á una edad menor de 17 años. Como se ve por esta estadística (5), son muy excepcionales los casos en que se presentan en los primeros años que siguen á la menstruacion, y en cambio tienen su máximum de frecuencia entre 40 y 50 años. Su principio coincide casi siempre con la menopausia, y no se observa en las mujeres, aún regladas, sino en una sexta parte de los casos (6).

La herencia, que juega un papel tan considerable en la etiología del cáncer en general (7), parece tenga ménos importancia para el del útero. Se ha creído que la metritis crónica puede trasformarse en un tumor de naturaleza maligna (8). Las erosiones crónicas, las ulceraciones del cuello y el ectropion de la mucosa, son algunas veces punto de partida del cáncer en las mujeres predisuestas. Aun en tales circunstancias no se

de vue de la conception, de la grossesse et de l'accouchement, París, 1872, y Cohnstein, *Arch. f. Gyn.*, t. V, pág., 366.

(1) En 120 casos, Chantreuil ha encontrado el 40 por 100 de abortos, *loc. cit.*, página 14.

(2) Depaul, *Archives de Tocologie*, t. I, pág. 67.

(3) Chantreuil, *loc. cit.*, pág. 64.

(4) De los dos casos citados por Barnes, uno se refería á un niño de 9 años y el otro á uno de 10, con generalizacion en el hígado y el pulmon. En ambos casos faltó el exámen histológico, por lo cual no puede formularse una opinion exacta. (Véase Barnes, *loc. cit.*, pág. 688.

(5) En los 2.265 casos, 1 tuvo lugar á los 17 años, 1 á los 19, 81 de los 20 á los 30, 476 de los 30 á los 40, 771 de los 40 á los 50, 600 de los 50 á los 60, 258 de los 60 á los 70 y 82 á más de los 70 años. (Gusserow, *loc. cit.*, pág. 187.)

(6) Picot, *Los grandes procesos morbosos*, versión española del Dr. M. Carreras Sanchis, t. I.

(7) Broca, *loc. cit.*, t. I, pág. 151.

(8) Hemos expuesto esta cuestion al tratar de la metritis crónica.

presenta nada que sea comun á estas afecciones, pues el neoplasma se desarrolla con preferencia en puntos desnudados (*locus minoris resistentiae*). Algunos epitelomas cutáneos eligen para sus primeras manifestaciones la superficie de un vejigatorio ó de una cauterizacion.

Se han citado como causa del cáncer la sífilis, la masturbacion, los excesos del cóito y los partos frecuentes. Esta etiología es dudosa, pues el cáncer del útero lo mismo se manifiesta en mujeres nulíparas que en las múltiparas, en mujeres de vida y conducta regular como en las prostitutas.

Esta afeccion es bastante frecuente. Parece se desarrolla más en Europa que en los demas países, hasta el punto de ser casi desconocida en los países tropicales. Las razas tienen gran influencia en su etiología, estando ménos expuestos á padecerla los de la raza negra que los de la blanca.

Se han practicado diversos experimentos y hecho multitud de observaciones para averiguar si es ó no contagioso el cáncer uterino, sin que se hayan obtenido conclusiones terminantes. El no contagiarse existiendo relaciones sexuales en casos de esta naturaleza parece indiquen su inocuidad. Se han inoculado, tanto á los perros como á los conejos, productos de tumores malignos, sin que se haya observado en ellos la menor manifestacion. Podemos decir, por el momento, que los experimentos practicados parecen demostrar que el cáncer no es contagioso.

Tratamiento. — Para combatir el cáncer se han preconizado multitud de medicamentos de uso interno. El arsénico, la cicuta y el iodo, alabados por los antiguos, no tienen ninguna accion en su marcha y desarrollo. Los casos de curacion citados como producidos por la accion de estos diversos medicamentos fueron debidos, sin duda alguna, á errores en el diagnóstico.

La destruccion del neoplasma por medio de cáusticos no ha dado resultados satisfactorios. Se han empleado la electrolísis, la potasa cáustica, el cloruro de zinc, el ácido fénico, el ácido crómico y las disoluciones de bromo, todos ellos sin resultado; puede conceptuarse esta medicacion como paliativa. Lo mismo decimos de las inyecciones intra-parenquimatosas con las disoluciones de cloruro de zinc ó percloruro de hierro (Kiwisch, Gallard) (1). Se debe, aún á título de medio paliativo, aconsejar las inyecciones vaginales, cuya composicion variará segun el período de la enfermedad. Al principio pueden emplearse disoluciones de tanino, de ácido piroleñoso ó de bromo. Despues, las irrigaciones desinfectantes con el permanganato de potasa (2), los ácidos salicílico, fénico y tímico. En el

(1) *Gaz. des Hôp.*, 1867, pág. 313, y Aran, *loc. cit.*, pág. 976.

(2) Agua 500 gramos.
 Permanganato potásico 20 —

ó bien

Acido tímico 10 gramos.
 Alcohol 200 —

intervalo se ordenarán las curas con supositorios calmantes (1), con disoluciones saturadas de clorato de potasa, de hidrato de cloral, ó con polvos de quina y corteza de encina mezclados con ácido salicílico y tánico. Las duchas de ácido carbónico, las pulverizaciones vaginales con cloroformo, que dan tan buenos resultados en ciertas afecciones dolorosas de los órganos genitales, nos parecen eficaces en el cáncer del útero.

El cloral y las inyecciones hipodérmicas de cloroformo pueden también emplearse. El medio más eficaz y activo para disminuir los dolores es la morfina. La parte superior del muslo, cerca del trocanter mayor, por su poca sensibilidad, es un buen sitio de elección para las picaduras hipodérmicas. La administración del opio por las vías digestivas no puede prolongarse por mucho tiempo sin dar lugar á trastornos gástricos. Es preferible, pues, recurrir al método subcutáneo, cuidando comenzar por pequeñas dosis, con el doble objeto de evitar su acumulación y de explorar la susceptibilidad individual de la enferma. Al principio se inyectarán de 5 á 10 miligramos de clorhidrato de morfina (2). En los períodos avanzados se han llegado hasta inyectar 40 centigramos diarios.

Ciertas complicaciones presentan indicaciones particulares. Contra la hemorragia se emplearán las irrigaciones contínuas de agua fría, mezclada con percloruro de hierro, ó se dará al interior una pocion astringente de ratania (3). La ergotina, tan útil en las metrorragias producidas por los cuerpos fibrosos, suele tener poca acción en las que dependen del cáncer. Si es mucha la pérdida de sangre, se practicará el taponamiento.

Si hay trastornos digestivos y vómitos, se darán alimentos fríos, en corta cantidad cada vez. Para bebida usual las aguas minerales de Vichy, mezcladas con vino de Champagne. Por último, si la enferma soporta bien la leche, se pondrá á dieta láctea. Para combatir la constipación y las deposiciones dolorosas, se preferirán los enemas fríos, á los cuales se adicionan dos cucharadas de glicerina, ó de aceite de ricino, á los purgantes.

Muchas inyecciones por día con medio vaso de agua, al cual se adiciona una cucharada de una de ambas disoluciones.

(1)	Iodoformo.	1 gramo.
	Extracto de opio.	} ã 0,50 centigramos.
	Extracto de belladona.	
	Acido tánico.	0.10 —
	Manteca de cacao.	20 gramos.

para un supositorio vaginal.

(2) Véase la fórmula de las inyecciones hipodérmicas de morfina expuesta anteriormente.

(3)	Agua destilada.	90 gramos.
	Agua destilada de menta.	30 —
	Hidrato de cloral.	2 —
	Extracto de ratania.	4 —
	Jarabe de membrillo.	30 —

para tomar á cucharadas.

Cuando exista albúmina en la orina, ó se observen síntomas de accidentes urémicos, se administrarán los purgantes drásticos, tales como la jalapa y la escamonea, ó bien 15 ó 20 gramos de aguardiente aleman. Al mismo tiempo se practicarán fricciones secas en la piel con una bayeta, ó lociones generales frias, repetidas con frecuencia.

La *amputacion del cuello* puede intentarse si el neoplasma es muy limitado y si se ve la posibilidad de operar más allá de los puntos invadidos. Aun en estos casos, aparentemente favorables, es raro obtener una curacion radical, pues recidiva el tumor casi siempre. Las observaciones antiguas, y todas aquellas en las cuales la parte amputada no se ha sometido á un minucioso exámen histológico, no pueden merecernos completo crédito. A pesar de la poca esperanza que tiene el cirujano de obtener un resultado completo, puede, sin embargo, prolongar la vida de la paciente, sobre todo en las variedades ulcerosas cuando es posible separar en ellas toda la region invadida. En este caso está indicada la intervencion quirúrgica siempre que se encuentre móvil el útero y el peritoneo sano.

No debemos olvidar nunca que, en ocasiones, la operacion da mayor vigor al proceso, aumentando considerablemente la proliferacion celular. En la infiltracion cancerosa es casi siempre imposible operar en el tejido sano.

Para practicar la amputacion del cuello uterino atacado de cáncer se han elegido entre muchos procedimientos (1): 1.º El instrumento cortante, bisturí, tijeras, termo-cauterio. 2.º El estrangulador. 3.º El asa galvanocáustica. Estos diversos medios se aplican segun los casos, y todos exponen en mayor ó menor grado á peligrosas hemorragias, á inflamaciones circunuterinas y á accidentes septicémicos. Resulta, sin embargo, de muchas estadísticas que pocas veces causa la muerte la operacion.

Para operar con mayor facilidad, aconsejan algunos cirujanos atraer el útero hácia la vulva. Ello constituye una mala práctica, por poder producir accidentes peritoneales. Aun cuando el órgano esté móvil, es preferible amputar sin aproximarle al orificio vulvar.

Se introducen los dedos índice y medio izquierdos en la vagina, que ayudan á coger el cuello con los bocados de una pinza de Museux, cuyas dos ramas se mantienen con la palma de la mano. Estos dedos servirán de conductores para las tijeras curvas de ramas largas, con las cuales se seccionarán lentamente los tejidos. Para evitar la hemorragia aconseja Clark el uso de tijeras con bordes dentados, que más bien contundén que cortan. Terminada la amputacion se introduce el espéculum, y despues de haber detergido las partes por medio de inyecciones frias, se embadurna la superficie de seccion con percloruro de hierro y se recubre con to-rundas de algodón, empapadas con la misma sustancia en disolucion. El

(1) Nélaton, *Elementos de Patología quirúrgica*.

procedimiento de Sims consiste en recubrir la region amputada con los colgajos de la mucosa. Este procedimiento nos parece está más indicado en las hipertrofias simples que en las afecciones cancerosas. Hay que vigilar la cicatrizacion y cauterizar los mamelones muy exuberantes con el hierro rojo ó el ácido crómico, evitando tambien que el tejido cicatricial llegue á obliterar el orificio uterino.

El *estrangulador* tiene el inconveniente de no poder limitar bien su accion, y si se colocan préviamente dos agujas cruzadas en el cuello obliga esta maniobra á ejercer sobre el útero tracciones peligrosas.

El *aprieta-nudos*, aconsejado por algunos cirujanos, es con frecuencia insuficiente.

El *asa galvano-cáustica, calentada al rojo oscuro*, constituye el mejor de los procedimientos operatorios (1). Hay ocasiones en las cuales es difícil de colocar bien por existir una estrechez vaginal ó por el volúmen y forma del tumor.

El hilo, encorvado en asa, se coloca con ambos dedos índices siguiendo la pared anterior de la vagina hasta llegar al fondo de saco posterior. Una vez situada el asa convenientemente, se ponen los dos cabos del hilo de platino en relación con los vástagos del galvano-cauterio, fijándolos en un pequeño cilindro que permite cerrarlos á voluntad. Sólo resta hacer pasar la corriente de una pila de bicromato de potasa, teniendo cuidado de que no exceda del rojo oscuro. Después de la operacion se cauterizan los puntos que pudieran presentar hemorragia.

Schroeder ha aconsejado (2), en los casos de alteracion de los tejidos situados alrededor del útero, el aislar las partes invadidas por medio de suturas prévias, separando enseguida todos los productos mórbidos. Se ha extirpado tambien por la vía vaginal el órgano uterino en su totalidad (3).

La ablacion del cuello puede tambien practicarse por medio de flechas cáusticas de cloruro de zinc, introducidas en la profundidad de los tejidos, procedimiento puesto en uso ya hace muchos años por el Sr. Maisonneuve. Sea cual fuere el método empleado, es necesario no olvidar la proliferacion de los elementos cancerosos, que explica esa marcha rápida y galopante que las operaciones imprimen á veces á los tumores malignos del útero.

En algunos casos se hallan indicadas operaciones paliativas, como, por ejemplo, las cauterizaciones para cohibir las hemorragias y los derramamientos.

(1) Véase Labbé, *Annales de Gynécologie*, t. I, pág. 165, y Amussat, *Gaz. des Hôp.*, 1875, pág. 123.

(2) Schroeder, *Berl. Klin. Wochenschrift*, 1878.

(3) Véase Freund, *Centralblatt f. Gyn.*, 1878, núm. 12, y Kocks, *Ueber die Totalextirpation des uterus. Vorschlag einer neuen vereinfachten Operations methode. Archives f. Gyn.*, t. XIV, y *Centralblatt f. Gyn.*, 1879, num. 6, pág. 138.

mes saniosos. El mismo resultado puede obtenerse por medio de la excisión de masas más ó menos pediculadas.

Durante todo el curso de la enfermedad se procurará sostener las fuerzas de la enferma por una buena higiene, la administracion de la quina y el uso de pequeñas dosis de vino generoso.

CÁNCER DEL CUERPO DEL ÚTERO

Anatomía patológica. — Hemos visto que generalmente el cuerpo del útero es atacado consecutivamente al cuello, si bien en algunos casos se presenta el cáncer en el cuerpo sin que el segmento cervical presente la menor alteracion.

Los autores no están de acuerdo sobre la frecuencia relativa de estas dos variedades. Segun unos, el grado de frecuencia está en relacion de un 6 por 100, y para otros es aún mucho menor (1). Además de las 44 observaciones reunidas por Pichot, se han publicado (segun Gusserow) 16 nuevas, que hacen un total de 60 (2). Como se ve, segun estas cifras, el cáncer limitado al cuerpo del útero es una afeccion poco frecuente. Unas veces reviste la disposicion de una infiltracion con tumores y nudosidades diseminados sin que se reunan en una sola masa como en los fibromas. En otras ocasiones se desarrolla á expensas de la mucosa, constituyendo un tumor más ó ménos circuscrito, que presenta alguna semejanza con ciertos pólipos mucosos del cuerpo.

Cualquiera que sea su variedad anatómica, no tardan estos neoplasmas en presentar ulceraciones, degenerarse y formarse putrúlagos. En la mayor parte de los casos en los cuales se ha practicado el exámen histológico, se han reconocido los carcinomas (3). El único que nosotros hemos tenido ocasion de estudiar era un epitelioma de células cilíndricas.

Síntomas. — La série de síntomas que hemos descrito en el cáncer del cuello se encuentra igualmente en el del cuerpo: las metrorragias, el derrame de un humor sonrosado y con frecuencia pútrido, etc. Los dolores parecen ser más intensos y se manifiestan ántes; lo mismo sucede con los accidentes peritoneales. El hocico de tenca presenta su longitud y densidad normales, á no ser que el neoplasma tenga tendencia á pediculizarse é invada el istmo, en cuyo caso el orificio del cuello se presenta algo entreabierto. El útero es pesado, duro, con frecuencia está fijo y se pre-

(1) Pichot ha encontrado seis cánceres del cuerpo con el cuello indemne en 100 casos. (Tesis de doctorado, París, 1876.) Blau (*loc. cit.*) ha observado casi la misma cifra que Pichot, un 6 por 93. Por el contrario, Courty sólo encontró un caso en 429. (*Loc. cit.*, pág. 1.012.) Foerster I en 420 (*Scanzoni Beiträge*, t. IV, pág. 30), y Goldsmidt I en 900. (*Beiträge der Berlin, geburtsh. Gesellsch.*, t. III, pág. 120.)

(2) Gusserow, *loc. cit.*, pág. 222.

(3) Spiegelberg, *Arch. f. Gyn.*, 1874, t. VI, pág. 123.

senta uniformemente voluminoso. En los últimos períodos de la afección se observan igualmente síntomas de caquexia, como en los neoplasmas cervicales. El curso de los tumores malignos del cuerpo del útero es en general muy rápido.

Diagnóstico. — En muchos casos, estando normal la región cervical, no ha podido hacerse el diagnóstico del cáncer del útero sino al practicar la autopsia. Sobre todo al principio es difícil distinguirlo con la metritis crónica, los cuerpos fibrosos y algunos pólipos mucosos, si bien el curso de estas afecciones difiere algún tanto, pues los dolores son más acentuados en los casos de tumores malignos, y la hipertrofia del útero se produce con mayor prontitud.

Un derrame de mal olor y sero-sanguinolento se observa en ambos casos; pero la presencia de un líquido seroso, sonrosado y muy fétido indica más bien la presencia de un cáncer que la de un cuerpo fibroso degenerado. La dilatación podrá esclarecer el diagnóstico; pero hay que practicarla con gran precaución por existir casi siempre adherencias. La caquexia cancerosa es un síntoma que facilita el diagnóstico en el período más avanzado de la afección.

Etiología. — El cáncer del cuerpo, más que el del cuello, parece desarrollarse en las mujeres más ancianas. Según hemos dicho, el cáncer del cuello el máximo de frecuencia corresponde de los 40 á 50 años; el del cuerpo, por el contrario, es más frecuente entre 50 y 60 años. La idea de Schroeder (1) de que se presenta mucho más en las nulíparas (5 por 100) no ha sido confirmada por nuevas investigaciones (2). El número de casos conocidos es insignificante para deducir una conclusión etiológica de algún valor.

Tratamiento. — El tratamiento sintomático que hemos indicado en el capítulo precedente puede también aplicarse al cáncer que nos ocupa. La extirpación total del útero tal como la ha descrito Freund puede ser de alguna utilidad.

SARCOMA DEL ÚTERO

Anatomía patológica. — Considerado clínicamente, el sarcoma del útero pudiera incluirse en la categoría de los cánceres. Se le ha designado con el nombre de fibroma recidivante, encontrándose observaciones detalladas en la literatura extranjera (3). Afecta unas veces una forma di-

(1) Schroeder, *loc. cit.*, pág. 280.

(2) Tres enfermas observadas por Chiari, todas habían parido el mismo día de su muerte, y el cáncer parecía haberse originado en la herida placentaria. Chiari, *Wiener med. Jahrbücher*, 1877.

(3) Además de multitud de trabajos publicados con este objeto en los *Archives de*

fusa, y otras, por el contrario, constituye masas más ó ménos aisladas. Ambas variedades nada tienen característico, pudiendo encontrarse reunidas en un mismo órgano.

Estos tumores, generalmente muy vasculares, blandos, fungosos y vegetantes, están limitados á la cavidad del cuerpo. Algunas veces forman eminencia en el orificio cervical, simulando entónces una porcion de placenta. Las masas sarcomatosas se adhieren á los tejidos subyacentes por una ancha base ó por una porcion estrecha. Cuando sucede esto último, jamás se pediculiza de un modo tan perfecto como en los pólipos fibrosos ó mucosos de naturaleza benigna.

Alrededor del tumor principal se encuentran nudosidades, ó pequeñas masas induradas, diseminadas por la mucosa. La produccion neoplásica puede invadir la vagina, los tejidos y los ganglios próximos y aun órganos más ó ménos distantes. El útero aumenta de volúmen y llega á formar un verdadero tumor abdominal. Contrariamente á las demas variedades de neoplasmas malignos, invade el sarcoma con más frecuencia el cuerpo que el cuello del útero. Pocas veces se altera la mucosa cervical.

Se designan en histología con el nombre de *sarcomas* los tumores constituidos por tejido embrionario en la fase inicial de su desarrollo, ó como una de las primeras modificaciones que presenta para pasar al estado de tejido adulto (1).

El tejido sarcomatoso nada presenta que le caracterice, encontrándose en las inflamaciones sea cual fuere su origen. Generalmente, las células que constituyen su estructura son más voluminosas que las de los mame-lones conjuntivos; sin embargo, en algunas inflamaciones crónicas simples los elementos sufren cierto grado de hipertrofia, que les hace parecidos á los del sarcoma. Lo que más diferencia á este último de un producto inflamatorio simple, bajo el punto de vista morfológico, es que en el uno no se presenta tendencia alguna á formar tejido adulto, se multiplica bajo la forma embrionaria del tejido conjuntivo, en tanto que las neoformaciones inflamatorias caminan hácia un fin diverso: unas veces se eliminan y otras constituyen tejido normal adulto.

El sarcoma uterino está constituido unas veces únicamente por pequeñas células redondeadas (sarcoma encefaloide de Cornil y Ranvier, tumor de células embrioplásticas de Robin) y otras por elementos fusiformes (sarcoma fasciculado de Ranvier, tumor de células fibroplásticas de Lebert y Robin). Ambas variedades pueden encontrarse reunidas.

Síntomas. — El sarcoma suele manifestarse por metrorragias y un der-

Gynécologie allemandes, véanse las tesis de Beer mann, Göttingen, 1876, y de Rogivue, Zurich, 1876. Véase también Gaillard Thomas, *Obstetrical Journal*, 1875.

(1) Cornil y Ranvier, *loc. cit.*, pág. 113.

rame seroso sonrosado fétido. Los dolores existen pocas veces al principio, y son menos intensos y más tardíos que en el cáncer. Las enfermas presentan todos los síntomas comunes á las afecciones uterinas en general: sensación de pesadez, molestias en la pélvis, trastornos de la micción y defecación, y alteraciones digestivas. La facies de las enfermas va alterándose lentamente, el enflaquecimiento progresa y la salud general se modifica profundamente. Los signos suministrados por la palpación y el tacto varían según los casos. Unas veces el útero aumenta de volumen en su totalidad, otras se percibe un tumor abdominal, fijo en el útero y formando cuerpo con él. Su superficie es irregular, lobulada, y su volumen puede llegar á ser como el de la cabeza de un feto de término. Si el neoplasma presenta una disposición poliposa, está el cuello entreabierto y permite la introducción del dedo en la cavidad cervical. El útero es prolongado y goza de movilidad en los primeros períodos (1). Después queda fijo, bien por la propagación del sarcoma á los tejidos vecinos, ó por la producción de adherencias.

Diagnóstico. — Clínicamente considerados, puede confundirse un sarcoma con un fibro-mioma. En ambos casos se observan metrorragias; pero el derrame seroso, sonrosado y fétido no existe en los cuerpos fibrosos, al menos en aquellos que no están en putrefacción.

Las manifestaciones generales difieren igualmente.

La palidez anémica que sobreviene bajo la influencia de las hemorragias no puede confundirse con el estado caquético de las enfermas que padecen un sarcoma. Cuando el dedo puede llegar hasta el tumor, se encontrará de una consistencia dura y resistente para uno, y blanda y friable para otro (2). La metritis crónica con producción de granulaciones, es difícil distinguirla de un sarcoma en su principio. Sin embargo, el estado general y la marcha de la afección podrán evitar toda duda. El útero que padece metritis no sufre un aumento de volumen tan considerable ni tan rápido como el que pudiera observarse en el sarcoma.

La distinción entre un sarcoma y un cáncer del cuerpo uterino es muy difícil, aunque el diagnóstico no es de gran importancia, clínicamente considerado, por ser el primero muy parecido á una de las variedades del cáncer. Con el del cuello se distingue fácilmente. En efecto, hemos visto que las neoplasias de naturaleza sarcomatosa casi no alteran la mucosa cervical; este estado fisiológico de dicha mucosa es casi suficiente para establecer su distinción.

El exámen histológico permite establecer un diagnóstico evidente, no

(1) Existen muchas observaciones de inversión del útero sarcomatoso, explicable quizás por el reblandecimiento de las paredes uterinas próximas al neoplasma.

(2) Sin embargo, la consistencia de algunos fibro-miomas blandos, muy vasculares, se parece mucho á la de los sarcomas.

olvidando que las porciones de tumor obtenidas con tal objeto durante la vida son insuficientes para esta investigacion (1).

Pronóstico. — El pronóstico del sarcoma uterino es extremadamente grave, algo ménos que en las demas producciones cancerosas por ser su curso ménos rápido, pues en algunos casos se ha prolongado su duracion hasta 10 años, con intervalos de alivio algun tanto aparente. Recidiva en el mismo punto de su implantacion, pudiendo generalizarse, aunque con ménos frecuencia y rapidez que en el carcinoma.

No se ha obtenido hasta hoy una curación radical del sarcoma consecutivamente á las operaciones. En los casos citados como tales no habían transcurrido aún tres años despues de la operacion, espacio de tiempo muy corto para poder afirmar que la neoplasia no pudiera reproducirse.

Etiología. — Poco frecuente ántes de la pubertad, el sarcoma del útero no se presenta, como en los demas órganos, en organismos jóvenes. Segun las diversas estadísticas, tiene su máximo de frecuencia entre los 40 y 50 años (2). Parece presentarse con mayor frecuencia en mujeres estériles, mientras que el cáncer se presenta en las predispuestas á la fecundidad (3).

Muchos autores han admitido la posibilidad de trasformarse los fibromiomas en sarcomas (fibro-sarcomas). Por un exámen incompleto podría tomarse por sarcoma un fibro-mioma en estado inflamatorio. Se ha observado igualmente que, tumores en apariencia benignos largo tiempo estacionarios, han adquirido con rapidez un desarrollo considerable, dando lugar á accidentes mortales. ¿A qué es debida esta trasformacion? Hé aqui una cuestion difícil de resolver, y que pudiera confundirse un tumor en estas condiciones con un sarcoma uterino (4).

Tratamiento. — Si el tumor es accesible á los instrumentos, podrá intentarse una operacion. Cuando existe alguna estrechez, el manual operatorio es el mismo que en los pólipos fibrosos. En los casos de sarcoma, las hemorragias son mucho más temibles, lo cual obliga á algunos cirujanos á no seccionar los tejidos sin ligadura prévia. Contra los tumores difusos se empleará la cucharilla de mango largo. Sea cual fuere el proce-

(1) Wilischanin ha descrito un caso de linfoma hemorrágico del útero en una mujer de 53 años, que había presentado durante la vida síntomas de cáncer, y sobre todo de sarcoma. Examinado histológicamente, se encontró el tumor constituido por un retículo, conteniendo elementos linfáticos. (*Arch. f. Gyn.*, t. XIV, 1879, pág. 164.)

(2) En 62 casos reunidos por Gusserow se desarrolló la afeccion 2 veces ántes de los 20 años, 3 de los 20 á los 29, 14 de los 30 á los 39, 26 de los 40 á los 49, 14 de los 50 á los 60, 3 despues de los 60 y 1 á los 72 años. (Gusserow, *loc. cit.*, pág. 150.) Véase igualmente, con este objeto, la estadística de Hegar, que presenta casi idénticos resultados. (*Der Sarcom des Úterus*, *Arch. f. Gyn.*, t. II, pág. 33.)

(3) Por cada 63 enfermas en las cuales se ha observado esta circunstancia, hay 25 casos de esterilidad. (Gusserow, *loc. cit.*, pág. 150.)

(4) Véase, á propósito de la degeneracion sarcomatosa de algunos fibro-miomas (fibro-sarcomas), Malassez, *Bulletins de la Société anatomique*, 1871, série quinta, tomo VI, pág. 91.

dimiento operatorio que se emplee, deberá cauterizarse siempre la superficie de la herida con el percloruro de hierro ó el ácido crómico. Frecuentemente se hace necesario practicar la dilatacion para poder llegar hasta el tumor, operacion que expone á accidentes peritoneales, tanto más cuanto ménos móvil es el útero.

La intervencion quirúrgica parece ser favorable por disminuir las metrorragias y prolongar la vida (1). Está tanto más indicada cuanto más móvil es el útero (2). Las inyecciones intra-uterinas no se hallan exentas de peligros en ciertas circunstancias. En nada difieren de lo que hemos expuesto acerca de ellas en el tratamiento del cáncer del útero, es decir, llenan una indicacion paliativa.

QUISTES DEL ÚTERO

Excepto los fibro-miomas quísticos, los quistes son poco frecuentes en el tejido uterino. Se han publicado, sin embargo, algunos casos considerados, con razon, como curiosidades anatómo-patológicas. Se han observado igualmente en el útero quistes dermoideos conteniendo pelos y dientes. Nosotros hemos visto algunos tumores quísticos del ovario generalizarse en el útero; pero en estas circunstancias, las lesiones secundarias son de poca entidad, vista la gran importancia de la afeccion primitiva del ovario.

Los quistes circum-uterinos se producen con frecuencia por la serosidad contenida en los intersticios de las falsas membranas. Los del cuello han sido ya descritos al tratar de la metritis (huesos de Naboth) y de los pólipos mucosos.

Los quistes hidatídicos pueden existir tambien en el útero, habiéndose encontrado en el líquido cabezas y colas de equinococos (3), probándose así su existencia. Los hidátides uterinos de los autores antiguos son casi siempre molas hidatiformes, histológicamente considerados, de los *mixomas*.

TUBÉRCULOS DEL ÚTERO

Anatomia patológica.— Las lesiones tuberculosas se encuentran con ménos frecuencia en el útero que en los órganos génito-uritarios del hom-

(1) En un caso de Winckel, tres años despues de la operacion no se había presentado aún la menor recidiva, *Arch. f. Gyn.*, t. III, pág. 300.

(2) En los casos de cáncer, y sobre todo de sarcoma, Freund ha aconsejado la ablacion total del útero por un procedimiento que sería extenso describir en este lugar con todos sus detalles, y con el cual ha obtenido felices resultados (tres curaciones en cinco operadas). *Zu meiner methode der totalen Uterus-Extirpation* (*Centralblatt f. Gyn.*, 1878, pág. 265), y *Sechs Fälle von Extirpation des Uterus nach Freund*, y Bruntzel, *Arch. f. Gyn.*, 1879, t. XIV, pág. 245.

(3) Graily Hewitt, *Hydatids of the uterus* (*Obstetric. Transact.*, Lóndres, 1871), *Anal. dans le Jahresbericht*, 1872, t. II, pág. 559.

bre. Tienen poca importancia clínica, al menos en el estado actual de la ciencia. Los tubérculos uterinos, extraordinariamente raros como manifestación primitiva de la diátesis, son casi siempre secundarios. Se presentan en la proporción de un caso por cada 40 próximamente.

Las alteraciones consisten en pérdidas de sustancia, limitadas á ciertos puntos de la mucosa. En algunos casos se degenera en toda su extensión, llenándose la cavidad uterina de un líquido caseoso. Se han observado también granulaciones semi-transparentes al principio, y amarillas y opacas en su centro después, formando placas más ó menos extensas (1), situadas de preferencia en la pared posterior, cuyo punto de origen inicial es en el tejido conjuntivo subepitelial.

Las paredes uterinas pueden alterarse en todo su espesor, hasta el punto de sobrevenir perforaciones por la influencia del embarazo y aún en el estado de vacuidad (2). Estas lesiones están generalmente limitadas á la cavidad del cuerpo, sin traspasar el orificio interno (3). Pocas veces se observan en el cuello (4), sin embargo de presentar á veces ulceraciones simples en las tuberculosas (5).

Cuando existen tubérculos en el útero, suele encontrarse esta misma afección en diversos puntos de los órganos genitales, principalmente en las trompas. En la vagina y en los ovarios son menos frecuentes, sobre todo en los segundos.

Síntomas, diagnóstico. — Se han señalado como síntomas de la tisis uterina la amenorrea, la purulencia del líquido que se derrama por la vulva, la presencia en el moco del cuello de grumos amarillentos, opacos y semi-sólidos. Todos ellos se presentan frecuentemente en las mujeres que padecen tuberculosis pulmonar, aparte de toda lesión específica del útero, á la cual no debe concederse gran importancia (6). Los trastornos en la pelvis están más en relación con la peritonitis tuberculosa, cuya distinción con los tubérculos del útero es muy difícil, casi imposible, de establecer clínicamente.

El *pronóstico* y la *etiología* son iguales que para la diátesis tuberculosa en general. Según Barnes (7), la tisis uterina es poco frecuente antes de la pubertad. Nosotros hemos observado, sin embargo, algunos casos en mujeres jóvenes.

(1) Cornil y Ranvier, *loc. cit.*, pág. 1.146.

(2) Barnes, *loc. cit.*, pág. 682.

(3) Lebert, *Arch. f. Gyn.*, t. IV, pág. 457.

(4) Véase Brouardel, *Tuberculisation des organes génitaux de la femme* (tesis de doctorado, 1865), pág. 59, y Cornil, *Société médicale des Hôpitaux*, 1879.

(5) Ya nos hemos ocupado de este asunto al tratar de las ulceraciones del cuello uterino.

(6) En la tuberculosis en general es muy frecuente la amenorrea; por el contrario, las metrorragias son excepcionales.

(7) *Loc. cit.*, pág. 681.

Tratamiento. — El tratamiento queda reducido al uso de medios paliativos. La naturaleza é intensidad de las lesiones indicarán qué medios han de emplearse con preferencia, que sin duda alguna en nada diferirán de los usados contra la afección pulmonar de igual naturaleza. Se ha aconsejado, cuando sea el derrame muy abundante, dilatar el cuello y embadurnar la superficie interna del útero con tintura de iodo ó con ácido acético ó nítrico, ó bien introducir cada tres ó cuatro días una pomada ioda-da (1). La pelvi-peritonítis, tan frecuente en estos casos, creemos contra-indica la dilatación. Nos parece mejor ceñirse á practicar algunas inyecciones vaginales con permanganato de potasa, sobre todo si existe fetidez en los líquidos.

CAMBIOS DE LUGAR DEL ÚTERO

El útero puede sufrir una série de modificaciones en su situación y relaciones, tanto en su totalidad como en uno de sus segmentos.

Los cambios que se producen en el sentido de sus planos verticales reciben el nombre de *desviaciones*, y los que se relacionan con los planos horizontales se llaman *elevación, descenso ó prolapsus, inversión*, según que el útero se eleve ó descienda total ó parcialmente de su región fisiológica. Estudiarémos sucesivamente estos diversos cambios de lugar.

DESVIACIONES DEL ÚTERO

Se dice que hay *desviación del útero* cuando uno ó muchos de sus ejes se desvían de su dirección normal.

En la mujer sana, el órgano uterino es móvil alrededor de un eje ficticio, representado por la inserción de la vagina en el cuello, por los ligamentos útero-sacos y por la unión íntima que existe entre la vejiga y la parte antero-superior del segmento cervical. Sus medios de suspensión y fijación le permiten seguir, en parte, los movimientos del cuerpo, según la posición del individuo. Los ligamentos redondos dirigen el fondo del útero hácia adelante; los útero-sacos tienen una acción inversa sobre el cuello, pues le dirigen hácia atrás. Por último; los ligamentos largos le mantienen en el centro de la cavidad pelviana, al abrigo del contacto de los planos resistentes y de los reservorios que le circundan. Las partes blandas que entran en la estructura de la pelvis tienen igualmente una acción indirecta sobre la situación del útero, comprimiendo y sosteniendo el peso de los órganos abdominales, como se prueba en la influencia que ejercen en la relajación de la vagina y en la destrucción del perineo.

(1) Barnes, *loc. cit.*, pág. 685.

Se ha negado la accion de la vagina basándose en el experimento de Hol, el cual, habiendo separado, en un cadáver suspendido verticalmente, la vagina y el perineo, vió que esta operacion no influía en nada sobre la situacion del útero. Un experimento hecho en un cadáver en estado de rigidez, en donde las propiedades de los tejidos están profundamente modificadas, dice muy poco con relacion á lo que sucede en la mujer viva, y ya expondremos, al tratar del prolapso uterino, la manera cómo se manifiesta la accion de la vagina.

En el estado normal, sobre todo en la mujer nulípara, el útero presenta un ligero grado de anteflexion, vestigio de la vida fetal unido á una ligera anteversion. Su situacion cambia tambien segun el estado de replecion ó vacuidad de la vejiga y del recto. La influencia de la vejiga es más considerable que la del recto, el cual parece no tiene accion si no está muy distendido. Todas estas condiciones deben siempre tenerse presentes cuando se haya de comprobar la situacion de dicho órgano. Es muy útil, en tales casos, practicar el tacto alternativamente, estando la mujer de pié y acostada.

Anatomía patológica.—El útero puede estar desviado en el sentido anterior-posterior ó lateral. Si está desviado en su totalidad, se dice que hay *version*. Cuando sólo el cuerpo es modificado en su situacion, conservando el cuello su eje normal, se dice que hay *flexion*. La situacion del cuerpo uterino es la que sirve para denominar las diversas variedades de flexiones y de versiones.

No hay que confundir la antecorvadura, que existe normalmente cuando la vejiga está vacía, con la *anteflexion* patológica (*fig. 19*), en la cual el cuerpo y el cuello forman un ángulo más ó ménos agudo, abierto hácia adelante. El fondo del útero está situado hácia adelante, y el segmento cervical conserva su posicion normal.

En la *anteversion* (*fig. 20*), las relaciones entre el cuello y el cuerpo no están modificadas, constituyendo el ligero grado de corvadura que hemos señalado tal y conforme existe en la mujer sana. El cuerpo del útero es dirigido hácia la parte anterior, y el orificio del hocico de tenca mira hácia atras, es decir, hácia la pared posterior de la vagina. En la *retroflexion* (*fig. 21*), el ángulo formado por los dos segmentos está abierto hácia atras, conservando el segmento cervical su direccion, mientras que en la *retroversion* (*fig. 22*) el fondo del órgano dirigido hácia atras forma eminencia en el fondo de saco posterior, y la extremidad del hocico de tenca está situada por debajo del púbis. En los casos de flexiones bien manifiestas, el borde superior del útero está sobre el mismo plano horizontal que la extremidad del cuello.

La flexion existe casi siempre al nivel del istmo, en la union de los segmentos. En los demas puntos es excepcional. Los tejidos de esta region presentan entónces modificaciones de textura apreciables á simple vista,

sobre todo un tinte amarillento que contrasta con la coloracion roja

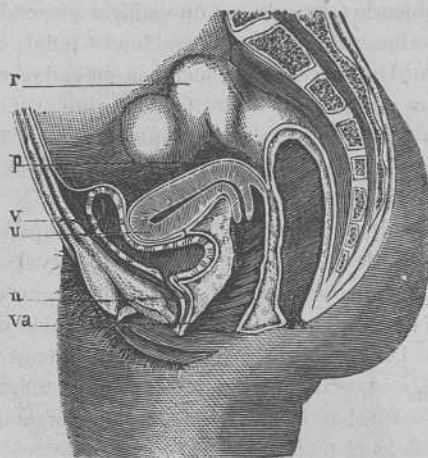


Fig. 19. — Útero en anteversion.

U. Útero. — V. Vejiga. — u. Uretra. — r. Recto. — va. Vagina. — p. Peritoneo.

ó azulada del parénquima circunvecino. En este caso, el exámen histológico nos enseña una degeneracion grasosa de los elementos y una dismi-

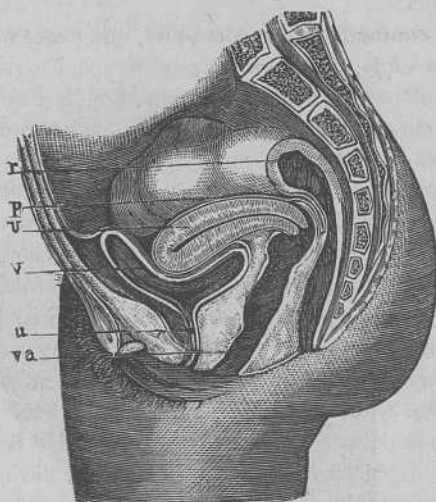


Fig. 20. — Útero en anteversion.

U. Útero. — V. Vejiga. — u. Uretra. — r. Recto. — va. Vagina. — p. Peritoneo.

nucion de los haces musculares reemplazados por tejido conjuntivo laxo.

La flexion puede, sin embargo, existir sin que se pueda comprobar con el microscopio ninguna modificacion de textura.

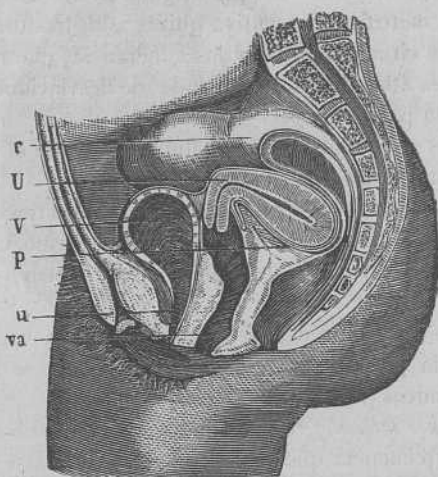


Fig. 21. — Utero en retroflexion.

U. Utero. — V. Vejiga. — u. Uretra. — r. Recto. — va. Vagina. — p. Peritoneo.

Algunos anatómicos han dado gran importancia, en la produccion de

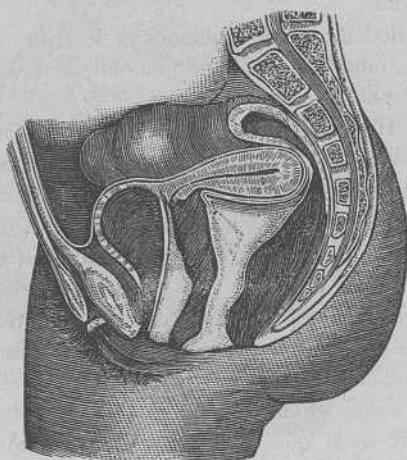


Fig. 22. — Utero en retroversion.

las flexiones, á una vena que se encuentra á este nivel, la cual, aumentan-

do de volúmen durante el embarazo, disminuye el espesor y, por consiguiente, la resistencia de los tejidos.

Se ha descrito, como lesion que origina en las desviaciones alguna complicacion, la metritis, consecutiva quizás á los trastornos circulatorios. Las inflamaciones circum-uterinas y las adherencias que resultan acompañan muchas veces á las diversas variedades de desviaciones, y tienen suma importancia en su patogenia.

Las versiones se producen principalmente cuando el útero está indurado, y van acompañadas casi siempre de metritis.

Se observa algunas veces, por la influencia de las tracciones continuas ocasionadas por la situacion anormal del órgano uterino, una prolongacion secundaria de uno á otro labio del hocico de tenca, cuyo orificio está entreabierto.

Algunos casos de gangrena, de perforacion de la vagina y del recto, producidos por la presion del útero en retroflexion, se han tomado por anomalías anatómicas (1).

Las *desviaciones laterales*, especialmente la *latero-version*, se encuentran con tanta frecuencia que casi pueden considerarse como fisiológicas (2). Esta disposicion, casi constante en la recién nacida, se halla relacionada con la disminucion en longitud del ligamento redondo y el ovárico correspondiente al lado de la inclinacion uterina (3). Es frecuente su persistencia en la edad adulta (la hemos encontrado en las autopsias de jóvenes que murieron sin haber tenido hijos), y disminuye á medida que se desarrollan los órganos genitales. Las desviaciones laterales no dan lugar á ningun accidente.

Todas las variedades de desviaciones ya descritas pueden asociarse entre sí de diversos modos, produciendo numerosas modificaciones en los casos tipos ántes expuestos.

Sintomas. — Hemos dicho, al enumerar las diversas fases por que ha pasado la historia de las desviaciones, que algunas escuelas se habian atribuido la mayor parte de los síntomas mórbidos dependientes de las afecciones del útero. Despues se luchó contra esta exageracion, y la importancia de las desviaciones quedó muy reducida. Aun en la actualidad, la cuestion de saber si las versiones y las flexiones pueden dar lugar por sí mismas á trastornos patológicos, está resuelta en sentido diverso segun los autores. Miéntras unos afirman el hecho, otros admiten, por el contrario, que las manifestaciones patológicas que acompañan con tanta frecuencia á las desviaciones son debidas solamente á sus complicaciones.

Está fuera de duda que un gran número de mujeres que padecen

(1) Klob, *loc. cit.*, pág. 69.

(2) En 229 observaciones, Bernutz la ha comprobado 62 veces. (Bernutz y Goupil, *loc. cit.*, t. II, pág. 536.)

(3) Lorain, citado por Bernutz y Goupil, *loc. cit.*, t. II, pág. 537.

desviaciones uterinas no acusan el menor trastorno y gozan de una perfecta salud. En la mayoría de casos, tales disposiciones anatómicas no tienen síntomas propios, sin que presenten el menor trastorno, á no ser cuando se complican con otras lesiones del útero ó sus anejos. Sin embargo, algunas enfermas presentan una série de fenómenos dolorosos y de manifestaciones mórbidas que no pueden atribuirse más que á una desviación, pues desaparecen inmediatamente por el uso de un pesario apropiado. Hemos de tener en cuenta el medio social y el estado del sistema nervioso de los individuos observados, pues una misma lesión suele pasar desapercibida en unos, mientras en otros es origen de múltiples sufrimientos (1). Por otra parte, las desviaciones parece constituyan una predisposición á diversas afecciones uterinas.

Entre los síntomas que acompañan á las desviaciones, unos son comunes á todas sus variedades anatómicas, tales como los dolores en las regiones lumbar y renal y en los miembros inferiores, otros son especiales á ciertas formas.

La *anteflexion*, si es muy pronunciada, da lugar á trastornos dismenoréicos. Las enfermas acusan, en el momento de las reglas, violentos dolores, que desaparecen cuando cesa el flujo menstrual. Se ha dicho que eran estos dolores de origen mecánico, debido á una estrechez causada por la flexion. Algunos ginecólogos han demostrado, por medio del histerómetro, que, en tales casos, los diversos orificios eran fácilmente permeables, explicando estos trastornos de la sensibilidad como producidos por inflamaciones circum-uterinas más ó ménos antiguas (2).

Por el tiempo puede desarrollarse la metritis, observándose entónces los dolores en el espacio inter-menstrual, acompañados de metrorragias ó derrames moco-purulentos. La esterilidad, sin ser constante, es una consecuencia frecuente de la anteflexion. Esta situacion anormal del útero origina igualmente trastornos en la miccion, hasta el punto de experimentar las mujeres continuos deseos de orinar; pocas veces llegan hasta la incontinencia.

La *retroflexion* causa ménos veces la esterilidad y la dismenorrea, cuya diferencia está en relacion con la poca frecuencia de la retroflexion en las nulparas. Los trastornos urinarios son tambien ménos intensos, excepto en la retroflexion del útero en estado de gestacion. Esta variedad de desviacion en la mujer que se encuentra en estado de vacuidad da lugar, con frecuencia, á dolores más intensos en la region renal y predispone á las me-

(1) Las diferencias de sensibilidad individual, no solamente se encuentran en el hombre, sino que se observan en otras especies animales. Hechos de este género han sido comprobados en el perro por todos los fisiólogos.

(2) Schultze, *Ueber die pathologische Anteflexion der Gebärmutter und die Parametritis posterior.* (Arch. f. Gyn., 1875, t. VIII, pág. 134.)

trorragias. Se han citado casos de parálisis consecutivas á una retroflexion uterina. En muchas de estas observaciones, en donde las modificaciones en la motilidad iban acompañadas de contracturas, es probable se tratara de accidentes histéricos. La misma interpretacion pudiéramos dar á los casos de curacion de accidentes respiratorios bien manifiestos, que desaparecieron al corregirse la desviacion uterina. (Chrobak.)

La *anteversion* es, segun el Dr. Bernutz, la más frecuente, al par que la ménos grave de todas las desviaciones, bajo el punto de vista de los síntomas morbosos (1). Schroeder la considera como estando en relacion con la metritis, á la cual corresponde entónces la sintomatología (2).

La *retroversion* no complica ni da lugar ordinariamente á ningun fenómeno patológico. Los que se producen algunas veces bajo su influencia suelen ser casi los mismos que se originan en la retroflexion. La metritis, que la acompaña en muchos casos, domina la sintomatología, lo mismo que sucede en la anteversion.

Los trastornos generales que acabamos de enumerar como consecuencia probable de las variedades de desviaciones, suelen desaparecer con la menopausia. En las mujeres ancianas, consecutivamente á las flexiones, se observan obliteraciones capaces de originar una hidrometría.

Acompaña algunas veces á las flexiones una gran movilidad del órgano uterino cuando los ligamentos y los tejidos ambientes han perdido su consistencia normal, quedando ménos resistentes. Esta exagerada movilidad existe tambien sin que haya otras lesiones, pudiendo bastar para producir síntomas mórbidos, tales como dolores lumbares y renales, las modificaciones en la secrecion urinaria y trastornos nerviosos generales.

Este estado, que no hay que confundir con una metritis, es fácil de comprobar practicando movimientos al útero en diversos sentidos con el dedo introducido en la vagina, observando al mismo tiempo que *la presion sobre el hocico de tenca es casi indolente*. Un pesario suele bastar para evitar todo accidente.

Diagnóstico.— Por medio de la palpacion, combinada con el tacto vaginal y rectal, puesta la mujer unas veces de pié y otras acostada, se llega generalmente, con suma facilidad, á establecer el diagnóstico de las desviaciones uterinas. Segun la desviacion del cuerpo y del cuello, y segun

(1) En 14 enfermas con anteversion perfectamente manifiesta, observada por M. Bernutz, 11 jamás habían experimentado ningun trastorno funcional, ni ménos alteraciones en la menstruacion. Las otras tres presentaron dolores que se hubieran podido atribuir á la desviacion, á no padecer dos de ellas una pelvi-peritonitis. En la tercera existía la anteversion cuando ingresó en el hospital; pero habiéndose propagado una blenorragia al cuello y mucosa uterina, se presentaron entónces dolores en la region hipogástrica, en las ingles y en los riñones, que desaparecieron al mismo tiempo que la blenorragia, sin que se modificara en nada la anteversion. (Bernutz y Goupil, *loc. cit.*, tomo II, pág. 475.)

(2) Schroeder, *loc. cit.*, pág. 161.

que el ángulo por ellos formado mire hácia adelante ó hácia atras, se sabrá á qué variedad pertenece.

No hay que confundir la anteflexion que se observa en la mujer sana estando la vejiga vacía con una anteflexion patológica, que persiste á pesar de la distension del reservorio urinario (1). El diagnóstico de la anteversion es fácil de establecer porque las producciones neoplásicas, sea cual fuere su naturaleza, pocas veces están situadas en la parte anterior.

Pudiera confundirse la retroflexion con una pélvi-peritonitis crónica, un cuerpo fibroso ó un pequeño quiste ovárico implantado en el fondo de saco posterior. En la retroflexion, el tumor es resistente, elástico, y se continúa con el cuello, formando con él un punto de flexion, un ángulo que se percibe perfectamente por medio de un exámen atento. Por otra parte, el fondo del útero no se encuentra en la region que normalmente ocupa, lo cual puede comprobarse por medio del histerómetro. En las desviaciones hay que manejar este instrumento con mayor prudencia que de ordinario, pues su uso no está exento de peligros. Su empleo debe ser, pues, excepcional.

Retroflexion del útero en estado de gestacion (2). — Si bien cuanto se refiere á los accidentes del embarazo corresponde á los tratados de obstetricia, creemos prudente hablar de la retroflexion complicada con embarazo á causa de los graves errores de diagnóstico á que ha dado lugar. Ordinariamente, el útero en tal estado llega á traspasar el estrecho superior sin producir el menor accidente y sin que la mujer experimente la menor sensacion. No siempre sucede lo mismo, pues bajo la influencia de la retroflexion se han producido abortos al llegar á los cuatro meses. Han sucedido casos de quedar el útero en estado de gestacion enclavado en la pequeña pélvis, dando lugar á sérios accidentes, representados generalmente por trastornos en la secrecion urinaria. La expulsion de la orina se verifica gota á gota, y va acompañada de dolores intensos. Se puede tambien presentar una retencion de orina más ó menos completa, y consecutivamente una dilatacion de los uréteres, hidronefrósis, terminando por accidentes urémicos. En otros casos sobreviene la muerte por gangrena ó rotura de la vejiga, dando lugar á una infiltracion urinaria ó á una peritonitis subaguda.

Existe al propio tiempo un estreñimiento pertinaz, tan intenso algunas veces que llega hasta á causar vómitos y todos los síntomas del ileo.

La retroflexion del útero en gestacion se reconoce casi á la simple inspeccion. La forma del abdómen es muy especial, pues la vejiga, distendida, se eleva hasta el ombligo, formando una eminencia irregular. El tu-

(1) Schultze, *loc. cit.*, pág. 137.

(2) Se designa generalmente esta disposición con el nombre de retroversion, pero va casi siempre unida, en estas circunstancias, á cierto grado de retroflexion.

mor así formado, doloroso á la presion, fluctuante ó no, segun el grado de distension, forma eminencia en la vagina. El cateterismo, difícil á causa de la desviacion de la vejiga, sólo puede practicarse con una sonda de hombre; el cuello uterino, situado debajo del púbis, es casi imposible poderle alcanzar con el dedo.

Se puede confundir la retroflexion del útero en gestacion con el hematocele, el embarazo extrauterino, un tumor ovárico ó un cuerpo fibroso. La sensibilidad del abdómen obliga á veces á anestesiarse á las enfermas para completar el diagnóstico, tanto más importante en este caso cuanto que de él depende la eleccion de la intervencion terapéutica, y, por consiguiente, la vida de la madre y del niño.

Pronóstico. — Las desviaciones uterinas en estado de vacuidad jamás producen la muerte; sin embargo presentan cierta gravedad, tanto por su gran duracion como por las complicaciones á que pueden dar lugar.

Las versiones desaparecen ordinariamente con las lesiones inflamatorias que las acompañan. La anteflexion se cura bajo la influencia del embarazo. La retroflexion es la más grave de todas, y su curacion, pocas veces espontánea, es casi siempre difícil de obtener.

Las desviaciones producidas bruscamente por una caída ó un esfuerzo violento son las que dan lugar á síntomas mórbidos, si bien todas las variedades pueden existir sin manifestarse por ningun trastorno doloroso. Exponen á las mujeres que las padecen á algunas complicaciones, tales como la metritis, siendo tambien causa de esterilidad.

Etiología. — Se dividen las desviaciones uterinas, bajo el punto de vista etiológico, en *congénitas* y *adquiridas*.

Esta distincion es difícil de establecer en la práctica, tomándose fácilmente por casos de origen congénito aquellos que resultan de adherencias consecutivas á una pélvi-peritonítis posterior matrimonial. Las adherencias pueden ser primitivas ó secundarias; es decir, la causa ó el resultado de la situacion viciosa del útero.

La etiología de las flexiones es casi la misma que la de la metritis crónica, lo cual nos explica por qué estas dos afecciones van con tanta frecuencia asociadas. Se encuentran principalmente á la edad de 30 á 35 años.

Scanzoni concede cierta importancia al matrimonio precoz (1). Los embarazos repetidos ó los abortos frecuentes son generalmente el origen de esta afeccion. Despues del parto, el tejido uterino queda reblandecido, de donde resulta la facilidad de produccion de las flexiones por la sola influencia de la presion abdominal. Esta causa obra en sentido inverso, segun que la vejiga esté llena y el fondo del útero dirigido hácia atrás, ó vacía y dirigido hácia adelante. Si los tejidos están normales ó indurados, se producirá una version; si reblandecidos, una flexion.

(1) Scanzoni, *loc. cit.*, pág. 72.

Se observan más á menudo desviaciones uterinas en aquellas mujeres que no han alimentado á sus hijos, pues en ellas recobra el útero más prontamente sus dimensiones normales despues del parto que no en las que crían (1). Los cuerpos fibrosos, segun su situacion, producirán la ante-flexion ó la retroflexion, mas esta última á causa de su asiento de predileccion en la pared posterior.

La ante-flexion coincide á veces con el desarrollo incompleto del útero. Se observa de preferencia en las nulíparas, así como la anteversion, pues ambas son producidas por las mismas causas, segun las modificaciones que sufran los tejidos.

Las desviaciones hácia atras (retroflexion y retroversion) son raras en las nulíparas (2). Se desarrollan más pronto que las demas bajo la influencia de un accidente, una caida ó un esfuerzo exagerado. Las adherencias tienen igualmente gran parte en su origen, pocas veces congénito (3). M. Bernutz considera la retroversion como sintomática, pues si se la ha concedido mayor importancia que á la anteversion, es porque se presenta despues del parto y va acompañada casi siempre de postracion y un principio de metritis.

Tratamiento. — Comprobada una desviacion uterina, es necesario tener en cuenta sus complicaciones, sobre todo la metritis, y tratarlas por los medios que le son propios. En las mujeres cloróticas están reblandecidos, lo mismo el tejido fibro-muscular como los demas. En tales condiciones pueden curarse las desviaciones con un tratamiento general, donde los baños simples, los baños de mar, la hidroterapia y la gimnasia forman su base. Se asociará el uso interno de las preparaciones ferruginosas y la ergotina á pequeñas dosis. Para combatir los fenómenos dolorosos en el momento de las reglas se ordenarán enemas opiados y fricciones con linimentos, de los cuales hemos expuesto algunas fórmulas.

La medicacion general suele ser insuficiente, siendo necesario entónces emplear un tratamiento local, que consiste en reducir el órgano desviado, manteniéndole reducido por medio de taponos ó pesarios. Antes de intentar la reduccion es necesario comprobar la falta de adherencias. Se practicará la operacion con los dedos, pues el uso de los instrumentos, histerómetros, etc., es siempre peligroso.

En la *ante-flexion* debe colocarse á la enferma en decúbito dorsal. Se obtendrá la reduccion introduciendo dos dedos de una mano en la vagina,

(1) Scanzoni, *loc. cit.*, pág. 74. — Ya veremos, al tratar de la lactancia, que no todos los autores están de acuerdo sobre la accion que ejerce la excitacion mamaria en el órgano uterino.

(2) En 115 mujeres nulíparas, M. Bernutz sólo ha encontrado siete casos de retroversion, siendo uno consecutivo á un pólipo y dos á una pelvi-peritonitis. (*Loc. cit.*, tomo II, pág. 528.)

(3) Véase Grenzer, *Arch. f. Gyn.*, t. XI, pág. 158.

por detras del cuello, mientras con la otra se pasa por detras de la apófisis púbiana, impulsando el cuerpo del útero hácia atrás, á través de las paredes abdominales.

Para la *retroflexion* se puede recurrir á dos procedimientos. En el primero ha de preferirse colocar á la enferma en decúbito lateral izquierdo. Situado el cirujano por detras, reduce el útero introduciendo dos dedos en la vagina, de tal modo que su cara dorsal esté en relacion con el útero y la palmar con el recto. Se puede así, tomando un punto de apoyo en la comisura posterior de la vulva, reducir el útero. Si se elige el segundo procedimiento, se colocará á la enferma apoyada con los codos y las rodillas, encargándola respire fuertemente. Se introducen en el recto dos dedos de la mano izquierda, tocando su cara dorsal con el sacro, y otros dos de la mano derecha en la vagina, con la cara dorsal vuelta hácia el púbis. Por medio de presiones combinadas en sentido inverso se llega hasta la reduccion. Hay necesidad de dirigir las presiones en direccion lateral para que el fondo del útero sea dirigido hácia la articulacion sacro-ílfaca y el cuello hácia la cavidad cotiloidea del lado opuesto.

En las versiones y retroversiones las emisiones sanguíneas locales pueden bastar para que cesen los accidentes, áun las metrorragias, á causa de la frecuencia de la metritis concomitante. Pocas veces las versiones se prestan á una reduccion inmediata por las adherencias que sostienen el útero en la situacion viciosa que ocupa. En tales circunstancias se puede practicar la reduccion lenta por medio de una pera de caoutchouc, introducida en el recto con un vástago, é insuflándola por el mismo procedimiento que para los pesarios de Gariel. Al mismo tiempo se introducen dos dedos en la vagina, que aumentarán lentamente y sin violencia la accion del pesario. Gracias á estas tentativas, frecuentemente repetidas, se han podido reducir retroflexiones complicadas con adherencias (1).

Se han obtenido felices resultados sosteniendo el órgano desviado en su situacion normal, bien por sí mismo ó con ayuda de un pesario. Estos están destinados, unos á permanecer en la vagina, denominándose *pesarios vaginales*, y otros en la cavidad uterina, designándose entónces *pesarios intra-uterinos*. Nos ocuparemos primero de los pesarios vaginales.

Antes de introducir un pesario, sea cual fuere su forma, es necesario comprobar si el útero es ó no doloroso y si los fondos de saco están ó no libres.

Las torundas de algodón empapadas con glicerina fenicada pueden reemplazar á un pesario, para cuyo objeto debe siempre preferirse el algodón en rama, segun aconseja Sims (2).

(1) Favrot, *Bullet. de l'Acad. de Médecine*, 1851.

(2) Sims, *loc. cit.*, pág. 328.

En la inmensa mayoría de los casos hay que recurrir á los aparatos más resistentes (pesarios), de los cuales se han construido un gran número de modelos; algunos de ellos son especiales para algunas desviaciones. Los de Hodges ó de Smith se emplean en las retroversiones; los de Gaillard-Thomas ó de Graily Hewitt para la anteversion; el de Fowler puede emplearse en ambas desviaciones, segun que se coloque la porcion más ancha del aparato hácia adelante ó hácia atras.

Sims aconseja el uso de anillos maleables, de estaño ó de guttapercha, que pueden adaptarse en todos los casos. Este ginecólogo emplea igualmente un modelo de aluminio, cuyas corvaduras reúnen muchas ventajas.

Los pesarios deben introducirse con dos dedos, verticalmente al eje de la vulva. Cuando el orificio vulvo-vaginal no presenta obstáculo alguno, se comprime el anillo con los dedos índice y pulgar, resultando así dos extremidades: una de ellas se introduce todo lo posible por la parte posterior del cuello y la otra se apoya en la cara posterior del púbis, procurando quede en su parte superior para que no comprima la uretra.

Con el anillo de caoutchouc de Dumont-Pallier hemos obtenido buenos resultados, y presenta además la ventaja de ser de poco precio, estando así al alcance de las clases ménos acomodadas (1). Se coloca, despues de haberle dado una forma prolongada, horizontalmente, de tal modo que quede introducido en los fondos de saco anterior y posterior. Por intermediacion de las paredes vaginales ha de obrar sobre el útero. Hay que dejar colocado el cuello en el centro del anillo y evitar que ningun repliegue de la mucosa vaginal quede comprimido entre el segmento cervical y el borde interno de la circunferencia. Muchas veces hemos visto aliviarse las enfermas inmediatamente despues de la introduccion de un aparato de este género (2).

Para comprobar su colocacion es conveniente hacer andar á las enfermas durante algunos momentos: es muy necesaria esta comprobacion, pues hay mujeres que no soportan ni el pesario ni áun las torundas de algodon (3). No hay que olvidar tampoco que estos medios contentivos pueden ser origen de accidentes más ó ménos graves, como son flemones del ligamento ancho y abscesos de la fosa ilíaca, que hasta han producido la muerte (4). Cuando están colocados por algun tiempo, se incrustan de sales calcáreas, y por la irritacion producida por ellos suelen originarse

(1) El pesario de Dumont-Pallier tiene muchos números. Se buscará adaptar á cada caso el que corresponda, segun las dimensiones; para la inmensa mayoría de mujeres que han tenido hijos empleamos el núm. 4.

(2) Véanse las observaciones de Dumont-Pallier, *Gaz. des Hôp.*, 1876, pág. 265.

(3) Así como los pesarios metálicos deben embadurnarse con aceite ántes de su empleo, los de caoutchouc es preferible enjabonarlos, pues los cuerpos grasos, sobre todo el aceite, suele alterarlos.

(4) Véanse los *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1876.

fístulas vesíco-vaginales (1). En otras circunstancias la inflamación produce adherencias y bridas fibrosas que sujetan al anillo, haciéndose necesario, pasados algunos años, practicar una verdadera operación para extraerlo. A fin de evitar estos accidentes se debe al principio vigilar á las enfermas poco tiempo despues de su aplicación, enterarse de si se han producido dolores en el abdomen ó en la vagina y continuarlas vigilando, previniéndolas se lo quiten de vez en cuando, limpiándole ántes de su nueva aplicación.

Los cinturones hipogástricos, asociados á los pesarios, constituyen un medio útil y de gran alivio: para juzgar la oportunidad de su empleo basta dirigir hácia arriba la masa intestinal con las dos manos aplicadas sobre el abdomen, y si esta operación alivia á la enferma tendremos indicado su uso.

Una venda de franela de mediana longitud puede reemplazar ventajosamente al aparato hipogástrico más complicado. El cinturón, más que el pesario, actúa sobre el útero de un modo indirecto; así, pues, combinando la acción de ambos se obtendrán resultados favorables. El cinturón hipogástrico por sí sólo tiene mayores ventajas en las desviaciones posteriores.

En vista del poco resultado obtenido con los pesarios vaginales para reducir á su situación normal el fondo del útero en las ante ó retro-flexiones, muchos autores han aconsejado el uso de pesarios intra-uterinos, con los cuales se han obtenido éxitos notables.

Valleix dice que producen hemorragias; y como sabemos que las sangrías locales alivian á las enfermas que padecen metritis, pudiera ser que los vástagos introducidos, en algunos casos, en el útero hayan obrado en este sentido, si bien lo más probable es que los resultados favorables sean debidos á la fijación del órgano (2).

Al lado de estas ventajas hipotéticas tenemos que la permanencia de un vástago rígido en la cavidad uterina presenta grandes inconvenientes y aún peligros, que suelen ocasionar la muerte; así, pues, en aquellas circunstancias en las cuales sea necesario el empleo de este método de tratamiento, se tomarán grandes precauciones. Se investigará el grado de sensibilidad del útero por medio del cateterismo, repetido con frecuencia, introduciendo despues en la cavidad un vástago de caoutchouc embadurnado con aceite fenicado, sosteniéndole por medio de torundas de algodón y recomendando á la enferma la utilidad de su permanencia en la cama. Jamás deben aplicarse pesarios duros y rígidos en la cavidad, continuando las mujeres desempeñando sus habituales ocupaciones. En las nulíparas y en

(1) Estas fistulas son generalmente ménos graves que las producidas por otras causas, que suelen curarse espontáneamente despues de extraído el cuerpo extraño.

(2) Muchos ginecólogos rusos emplean los pesarios intra-uterinos. Véase Goutcharoff, tesis de doctorado, París, 1877.

la ante flexion seguida de esterilidad y dismenorrea, con el útero móvil é indolente, es donde encuentran mejor aplicacion, y aún en ellos suele producir mejor efecto la dilatacion de la cavidad cervical. En las núlparas hay que temer ademas los accidentes producidos por algunas lesiones inflamatorias antiguas.

En resúmen, los pesarios intra-uterinos constituyen un medio de tratamiento peligroso, que no se debe emplear sino en circunstancias excepcionales.

Simpson aconseja el uso de pesarios intra-uterinos formados de dos vástagos unidos, uno de cobre y otro de zinc, concediendo alguna importancia á las corrientes eléctricas que se desarrollan en estas condiciones por la influencia de los líquidos segregados.

Se ha intentado igualmente la curacion de las desviaciones uterinas por medio de la electricidad, introduciendo el polo negativo en la cavidad cervical y el positivo en la vagina, ó bien uno en el cuello y otro en la vejiga ó en el recto, segun sea ante flexion ó retro flexion. No hemos tenido ocasion de aplicar estos medios de curacion, que, si bien han producido algunos accidentes, pudieran, sin embargo, dar buenos resultados.

En las dismenorreas dolorosas hemos obtenido buen éxito por medio de las corrientes inducidas débiles, aplicando uno de los reóforos en el hocico de tenca y el otro en las paredes abdominales. Al ménos evitamos de este modo la introduccion de cuerpos extraños en la cavidad uterina, por lo que le creemos preferible.

Terminarémos todo lo relativo al tratamiento de las desviaciones uterinas exponiendo algunas palabras acerca de la conducta que es necesario observar en los casos de retro flexiones complicadas con embarazo. La primera indicacion consiste en evacuar la orina. Si el cateterismo fuera impracticable, aún con una sonda de hombre, no se debe vacilar en punccionar la vejiga por la vagina. Apoyada la mujer sobre sus codos y rodillas, se practicará la reduccion introduciendo dos dedos en el recto y dirigiendo el fondo del útero hácia adelante y lateralmente para disminuir cuanto sea posible el obstáculo que opone el ángulo sacro-vertebral. Cuando el órgano queda en su posicion normal, se mantiene por medio de torundas ó pesarios y poniéndose la enferma en decúbito lateral. Pasado algun tiempo, se eleva el útero hasta traspasar el estrecho superior, en cuyo momento desaparece todo peligro.

Cuando la reduccion no se puede efectuar por los peligros á que estos accidentes exponen á la mujer, está autorizado el médico á provocar el aborto. Cuando el cuello esté situado tan alto que sea inaccesible su orificio, algunos autores han aconsejado la punccion del óvulo á través de las paredes de la vagina y útero; el líquido amniótico se derrama, se produce el aborto y se verifica la reduccion.

Como medio prolifáctico, si al principio del embarazo se encuentra el

útero en retroversion, es útil la aplicacion de un *pesario de anillo*. Este aparato contentivo no tiene el inconveniente que presentan los demas, es decir, no ejerce esos roces sobre la extremidad inferior del cuello, que predisponé á la expulsion prematura del producto de la concepcion.

ELEVACION DEL ÚTERO

Se admite generalmente que la situacion del útero por encima del plano que ocupa en el estado normal puede ser debida á una contractura congénita ó adquirida de los ligamentos que le sostienen. A falta de otros datos suficientemente precisos admitirémos este origen en la inmensa mayoría de los casos, pues hay algunos que son consecutivos á adherencias.

Se encuentran en el libro de los Sres. Bernutz y Goupil tres casos de este género, en donde parece estaba el órgano uterino más elevado, y, por consiguiente, tenía la vagina mayor longitud. En las tres mujeres á las cuales se refieren, dos de ellas tenían una estatura elevada, con la que estaba en relacion la longitud de la vagina y elevacion del útero; en la tercera, si bien era de estatura regular, el cuello y los fondos de saco vaginales estaban situados á mayor altura que de ordinario: el cuello á 75 milímetros, el fondo de saco anterior á 85 y el posterior á 110 de la entrada de la vagina, sin haberse presentado ningun estado patológico del útero ó de sus anejos (1).

Aparte de estas excepciones anatómicas observadas en la clinica y no comprobadas en la autopsia, la elevacion del útero es siempre sintomática, bien de adherencias peritoneales, ó de tumores desarrollados en las paredes uterinas ó sus anejos, cuerpos fibrosos, quistes del ovario, etc.

En estas condiciones, los fondos de saco desaparecen por la traccion uterina, quedando el fondo de la vagina en forma de embudo; sus paredes están lisas, perdiendo los pliegues y rugosidades que se observan en estado normal; el hocico de tenca es más corto, formando en el fondo del embudo una pequeña tuberosidad apenas perceptible.

Se ha considerado la elevacion del útero como causa de esterilidad, fundándose en la dificultad de llegar el líquido fecundante hasta el orificio cerviceal. Esta suposicion *à priori* nos parece algun tanto exagerada, máxime cuando existen casos relativamente numerosos en donde tuvo lugar la concepcion á pesar de persistir el hímen (2). En resumen, esta variedad no ocasiona ninguna manifestacion mórbida, por lo cual sólo hemos enunciado su existencia é indicado sus principales causas.

(1) Bernutz y Goupil, *loc. cit.*, t, II, pág. 614.

(2) Véase, entre otras, la interesante observacion publicada por M. Guéniot, en donde se produjo el embarazo á pesar de existir un hímen resistente y provisto de un orificio, por el cual apenas podía pasar una sonda acanalada. (Guéniot, *Arch. de Gynecologie*, 1878, pág. 716.)

DESCENSO Y PROLAPSO DEL ÚTERO

Hay *descenso ó prolapso uterino* cuando el órgano en su totalidad está situado por debajo del plano que ocupa normalmente.

Para saber si existe ó no descenso, se necesita conocer previamente la longitud de los diversos puntos de la vagina en la mujer sana.

Los autores no están de acuerdo sobre las dimensiones del conducto vaginal: segun unos, es de 10 centímetros; segun otros, sólo mide de seis á siete centímetros. Ya hemos indicado anteriormente que estas proporciones varían segun ciertas circunstancias.

El Sr. Bernutz, á consecuencia de numerosas medidas tomadas en la mujer viva con todas las precauciones posibles para evitar toda causa de error, ha establecido las conclusiones siguientes:

En las nulíparas, el cuello mide, por la parte anterior del orificio vaginal, 55 milímetros; el fondo de saco anterior, 62, y el posterior, de 75 á 80 (1).

Los partos influyen poco en el cambio de estas cifras, quedando casi las mismas ó con uno ó dos milímetros de diferencia cuando se examina á la mujer estando acostada. No sucede lo mismo cuando se observa estando de pié; pues si bien en las nulíparas no se encuentra cambio alguno apreciable, en la múltipara, por el contrario, el orificio del cuello y los fondos de saco están de 10 á 12 milímetros más próximos al anillo vulvar, sin que se observe el menor trastorno ni la más mínima alteracion.

Estas nociones anatómicas son muy esenciales para determinar el grado de descenso del útero, designándose con nombres diversos cada uno de ellos: llámase *descenso ó prolapso* los casos en donde la porcion vaginal del cuello llega á ponerse en contacto con el plano peritoneal sin traspasar la vulva; *procidencia*, cuando se observa la presencia del hocico de tenca en la vulva; por último, *caída ó precipitacion*, cuando queda situado el útero fuera del orificio vulvar, quedando suspendido más ó ménos entre los muslos.

Dichas divisiones tienen el gran inconveniente de cansar la memoria con palabras casi sinónimas, por lo que adoptamos la clasificacion más sencilla, y que creemos preferible, en *prolapso incompleto y completo*. *Incompleto*, cuando el útero queda situado encima del orificio vulvar; *completo*, cuando el tumor forma eminencia fuera de la vulva. Tomamos como puntos de partida los casos intermedios entre estos dos tipos, pues creemos son suficientes para facilitar su descripcion.

Anatomía patológica. — La vagina acompaña siempre al prolapso ute-

(1) Bernutz y Goupil, *loc. cit.*, t. II, pág. 470.

rino. Las observaciones, en las cuales se ha indicado era su situación normal, anteriores á la Memoria de Huguier, pertenecían á casos de prolongación hipertrófica del cuello, tantas veces confundido con el prolapso. En los descensos que cuentan mucho tiempo de existencia, suele producirse una hipertrofia secundaria del segmento cervical en el sentido de su longitud y latitud, estado anatómico que no debe confundirse con una hipertrofia primitiva.

En el prolapso completo se presenta en la vulva un tumor piriforme más ó ménos cilíndrico, cuyas dimensiones varían desde el huevo de una gallina hasta las del puño ó de una cabeza de feto (1); su color, rojo-violáceo en los casos recientes, se torna pálido ó azulado cuando la desviación data de una época lejana; su superficie, formada por la mucosa vaginal, es lisa, uniforme, habiendo desaparecido casi por completo los repliegues y eminencias de la vagina, sobre todo por su cara anterior, conservando la posterior vestigios de algunos repliegues trasversales. La capa epitelial no conserva sus caracteres de mucosa, pues parece más bien epidérmica, dando al tacto una sensación que recuerda las manos callosas de los trabajadores. En las negras, esta mucosa, roja en estado normal, toma un color negro igual al tegumento externo.

Esto sucede porque el epitelio pavimentoso de la vagina y el de la superficie externa del hocico de tenca, histológicamente considerados, se parecen mucho al epitelio cutáneo. Las capas más superficiales de esta cubierta se descaman en forma de placas ó callosidades, lo mismo que en el psoriásis.

En los cortes histológicos de una mucosa así modificada, se observan dos capas perfectas de epitelium: una profunda, cuyos núcleos son fáciles de colorar por la hematoxilina ó el picrocarminato; y otra superficial, formada por células córneas sin núcleo, como las de la piel.

Existen también numerosas granulaciones pigmentarias. En un caso examinado por Schütz había una disminución de las fibras musculares y un aumento de tejido conjuntivo en el cuello (2).

En la parte inferior del tumor existe el orificio externo del hocico de tenca, el cual, muchas veces entreabierto, puede llegar á un grado tal de dilatación, que no faltan ejemplos de haberse practicado el coito por esta vía. Aparecen en su superficie erosiones y ulceraciones; los labios del hocico de tenca suelen invertirse hasta producir la inversión total del cuello. La cavidad cervical presenta obliteraciones en diversos puntos, sobre todo en el orificio externo, que suele estar situado en la parte posterior, y, como tal, es difícil de percibir. Con frecuencia se presenta el prolapso dirigido

(1) Caso de Spiegelberg, *Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, pág. 271.

(2) Schütz, *Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, pág. 264.

hacia adelante á causa del cistocele que le acompaña, disposicion que dirige el cuello hacia atras.

Si se practica la autopsia en una mujer enferma de prolapso, se encontrarán en la pélvis menor, en la region normal del útero, una cavidad conteniendo las trompas, ovarios y asas intestinales. Los ligamentos están relajados ó rotos hasta el punto de permitir colocar el útero por encima de su nivel normal. Los tejidos que le rodean están hiperemiados y reblandecidos, y las venas dilatadas por la mucha cantidad de sangre que contienen.

En algunos casos existen adherencias que se oponen á toda posibilidad de reduccion. El útero, en su totalidad, es de mayor volúmen, debido á la influencia de la metritis, cuyos síntomas presentan entónces. Hay casos en los cuales es debida esta hipertrofia á la acumulacion de la linfa en las numerosas lagunas que contiene, bastando la simple reduccion para que adquiera sus dimensiones normales (1).

Se han presentado casos de gangrena parcial ó total del tumor. A consecuencia de la eliminacion de las porciones esfaceladas, puede producirse una fístula. Si la gangrena ha invadido todo el tejido, sobreviene la muerte.

El prolapso no llega á cierto grado sin complicarse de cistocele, ó, aunque ménos frecuente, de rectocele. Acompaña á los órganos herniarios una porcion de peritoneo, disposicion anatómica de gran importancia para la intervencion quirúrgica.

Cuando el prolapso se desarrolla rápidamente, la vejiga y el recto sufren ménos alteraciones que cuando se forma con lentitud. Cuando la vejiga forma parte del tumor, es dirigida hácia abajo, cambiando de direccion y de forma. La uretra, igualmente desviada, se dirige de arriba hácia abajo.

La situacion de la parte inferior de la cavidad vesical origina la estancacion de la orina, y, como consecuencia, diversas lesiones en su mucosa, en los uréteres y en la pélvis del riñon. Se han presentado casos de muerte por hidronefrósis ó por compresion mecánica del útero sobre los uréteres. La permanencia constante de la orina en el divertículo vesical puede dar lugar á la formacion de cálculos. La retroflexion suele acompañar al prolapso; esta desviacion suele ser consecutiva á la retroversion que precede al descenso en muchos casos. Sims la considera imposible en un útero en anteversion (2).

(1) Aran, *loc. cit.*, pág. 1.034.

(2) Schroeder ha descrito un prolapso completo de un útero en ante flexion. Este caso no contradice la opinion de Sims, porque la observacion de Schroeder, que fué expuesto sin el menor detalle, no prueba que la flexion no sea producida segun el prolapso. En otro caso existía un cuerpo fibroso en la pared anterior del útero en el mismo punto en donde se había producido la flexion. (Véase Schroeder, *loc. cit.* pág. 186).

La obliteración é hidropesía de las trompas son lesiones que pueden presentarse en union de la caída del útero. Las hernias inguinales y crurales son igualmente su consecuencia, ó al ménos se manifiestan bajo la influencia de iguales causas.

El prolapsus de la mucosa uretral complica tambien al del útero, si bien la relajacion de los tejidos puede producir los dos, aunque su relacion no está completamente demostrada.

Sintomas.—Los síntomas varían segun que la desviacion sea producida súbitamente, á consecuencia de una caída, ó de un esfuerzo, ó lentamente. En los casos de prolapso repentino, los trastornos son más intensos, experimentando las enfermas un dolor muy intenso en el abdómen, seguido de una sensacion de rotura y de un cuerpo extraño que tiende á salir. Estos fenómenos dolorosos van acompañados de desfallecimiento, síncope, náuseas y vómitos. Puede tambien estar complicada con trastornos peritoneales.

Cuando el prolapso se desarralla lentamente, acusan las enfermas dolores lumbares, sensacion de peso y una molestia muy penosa, que produce deseos frecuentes de expulsion y tenesmo vaginal. Al propio tiempo, si la caída es completa, se presenta en la region vulvar un tumor, cuyos caracteres hemos descrito anteriormente.

Se encuentran casos en los cuales, aún con un prolapso completo, no acusan las enfermas más que trastornos mecánicos. En los descensos de manifestaciones latentes conserva el útero su volúmen normal.

Aunque el prolapso produce trastornos evidentes, muchos síntomas generales, considerados como dependientes de él, resultan ser de una metritis concomitante.

El cistocele da lugar á una série de modificaciones en la excrecion urinaria, tales como deseos frecuentes, seguidos de sensaciones dolorosas, y tenesmo vesical. Las enfermas se ven obligadas á tomar diversas posiciones, y aún á comprimirse el tumor para poder evacuar la orina. Los cálculos que se originan en ciertos casos indican la operacion de la talla.

Para practicar el cateterismo se elige una sonda de hombre muy encorvada, dirigiendo la concavidad hácia abajo y atras; los accidentes vesicales se propagan á los uréteres, los cálices, la pélvis y los riñones, presentándose consecutivamente síntomas de uremia graves, y con frecuencia mortales.

El rectocele causa trastornos en la defecacion, constipacion pertinaz, evacuaciones penosas y tenesmo del orificio anal.

Muchos síntomas dolorosos, ya enumerados, se exasperan al menor contacto ó esfuerzo, hasta el punto de hacer imposible todo trabajo. Por el tiempo obran sobre el sistema nervioso, originando todas las manifestaciones mórbidas que hemos expuesto al describir la metritis crónica. Los derrames uterinos y el contacto de la orina determinan escoriaciones y úlce-

ras en el mismo tumor ó en la cara interna de los muslos, origen de nuevos sufrimientos para las enfermas.

Ya hemos expuesto la posibilidad de presentarse la gangrena y señalado sus funestas consecuencias, por lo que no insistimos más.

En muchos casos, la menstruacion se presenta como de ordinario, pudiendo estar disminuido ó aumentado en cantidad y duracion el flujo catamenial.

Las metrorragias ó la amenorrea están en relacion casi siempre con un principio de metritis. Cuando el útero está fijo por las adherencias, las tentativas de reduccion pueden ser el punto de partida de alteraciones en el peritoneo, rápidamente mortales.

Diagnóstico.—Cuando el prolapso es incompleto, combinando la palpacion con el tacto nos demostrará la situacion del fondo y del cuello uterinos, lo cual basta para establecer el diagnóstico. En el prolapso completo varían las dificultades, segun que el tumor sea ó no reducible. En el primer caso basta hacer toser á la enferma ó decirle que haga un esfuerzo para observar si la hernia se reproduce. Muchas veces la sequedad y el estado rugoso de las paredes vaginales permiten, con solo el tacto, comprobar la existencia de una pequeña desviacion.

Si el tumor forma eminencia en la vulva, podrá confundirse con un pólipo, una inversion ó una prolongacion hipertrófica. La sensacion que produce el pólipo cuando se coge con los dedos, difiere de la que da el tejido uterino. En el prolapso existe, hácia la parte anterior, una especie de fluctuacion, debida al cistocele que le acompaña. Deprimiendo esta porcion fluctuante, se llega hasta el útero. Por último, se encuentra en la parte inferior ó infero-posterior del tumor, el orificio del hocico de tenca, que evita toda duda sobre la naturaleza de la afeccion. Si este orificio está obliterado, el tacto rectal, unido al cateterismo vesical, permiten comprobar la ausencia del fondo del útero en el punto que normalmente ocupa, lo cual basta para establecer el diagnóstico.

En la inversion, la superficie del tumor, formada por la mucosa del cuerpo uterino, presenta caracteres diversos á los de la mucosa vaginal que recubre el órgano descendido. En ambos casos no ocupa el fondo uterino su situacion normal, pero en la inversion no existe el orificio en la parte inferior del tumor, sino que presenta un pedículo, estrangulado por un rodete circular, conservándose los fondos de saco.

En la prolongacion hipertrófica el fondo del útero queda en su situacion normal, y, aunque el cuello haga eminencia en la vulva, el histerómetro permite comprobar la longitud exagerada de la cavidad. Por el cateterismo vesical se determinará la direccion de la uretra y la situacion exacta del fondo de la vejiga. Por el tacto rectal se comprobará la disposicion del intestino relativamente al útero. El prolapso vaginal, estando aislado, puede simular un principio del útero, pero el tacto bastará para

comprobar que el hocico de tenca existe con los fondos de saco, y que la vagina constituye por sí sola la hernia (1).

Pronóstico. — El prolapso es la desviación más grave de cuantas hemos estudiado. Considerado en sí mismo no es peligroso para la vida, hasta el punto de pasar casi inapercibido durante muchos años, sobre todo en las clases laboriosas. Hemos visto nosotros una mujer del campo que padecía un prolapsus completo hacía 10 años, la cual, á pesar de este estado patológico, jamás había interrumpido sus rudos trabajos del campo. En ella era el tumor irreductible casi por completo.

Esta afección no se presenta siempre con caracteres tan benignos, sino que suele constituir una enfermedad penosa y dolorosa, influyendo de una manera fatal en el estado general. La muerte sobreviene, como ya hemos dicho, sea por accidentes urémicos, por gangrena, ó á consecuencia de trastornos peritoneales. Estos últimos se manifiestan en los casos producidos por violencias ó á consecuencia de la reducción cuando existen adherencias.

El prolapso uterino puede ser causa de esterilidad. Sin embargo, se han visto mujeres embarazadas, las cuales padecían un prolapsus completo, sea porque el útero fué reducido por efecto del cóito, ó porque la extremidad del miembro viril penetró directamente por la cavidad cervical dilatada.

Bajo la influencia de la gestación asciende el útero hasta la pélvis. Se han observado casos en donde el embarazo ha llegado hasta su término en un órgano que descendía hasta los muslos (2). La reducción producida por la gestación se mantiene después del parto, aunque lo más común es que se reproduzca nuevamente.

La edad y el estado general, la duración más ó ménos larga de la enfermedad, su modo de producción y la posibilidad ó imposibilidad de reducir el tumor, tienen suma importancia en el pronóstico.

Etiología. — Todas las modificaciones capaces de producir una relajación ó un reblandecimiento de los ligamentos y de los tejidos circunuterinos, predisponen al prolapso. El embarazo es el más esencial, sobre todo cuando llega á su término; los abortos suelen originar flexiones.

En los períodos avanzados de la gestación es cuando los tejidos que envuelven al útero y le unen á los órganos vecinos son transformados. Las fatigas, los trastornos y las marchas muy violentas poco tiempo después

(1) Algunas veces, las mujeres que presentan prolapsus han sido consideradas como hermafroditas. Estos casos han dado lugar á divorcios por inaptitud para el cóito.

(2) Courty, *loc. cit.*, pág. 831, y Aubinais, *Gaz. des Hôpit.*, 1866, pág. 378. Schröder dice que no hay en la ciencia ningún caso perfectamente comprobado, en el cual el útero, en prolapsus completo y descendiendo hasta los muslos de la mujer, se haya desarrollado casi por completo, ó hasta su fin normal, el embarazo. (Schröder, *Traité d'accouchement*, traducción francesa, pág. 357.)

del parto, todas predisponen á su produccion. Relajados los medios de suspension y fijacion por una parte, y por otra un órgano pesado y con tendencia cada vez más á descender por su propio peso: he aquí explicado por qué son las múltiparas las que están más predisuestas.

Se manifiesta esta afeccion, con su máximum de frecuencia, de los 25 á 35 años; y cuando se encuentra en las ancianas se debe suponer su existencia muy anterior (1). Se ha dado cierta importancia á la amplitud ó estrechez de la pélvis en la produccion de esta enfermedad.

La vaginitis crónica, la ascitis y los tumores desarrollados en un punto próximo pueden ser causa de un descenso uterino por el reblandecimiento que estas afecciones diversas ocasionan alrededor de sí mismas. Se ha indicado igualmente un rápido enflaquecimiento (2), ciertas enfermedades agudas, como el tífus, cólera, viruela, sin que podamos comprender por qué mecanismo se produce en estas últimas.

La destruccion del perineo tiene gran importancia segun unos, y poca segun otros, sobre la produccion de la caida del útero. El descenso de la vagina puede ser consecutivo al de la matriz, ó, por el contrario, precederle y ser su consecuencia, en cuyo caso suele observarse cierto grado de prolongacion del hocico de tenca.

Las profesiones que obligan á estar mucho tiempo de pié parecen tener cierta influencia. La frecuencia mayor de esta variedad de desviacion en las clases pobres se explica por las numerosas imprudencias que cometen, sobre todo despues del parto, aquellas mujeres que viven de su trabajo.

Aunque las múltiparas estén más predisuestas á padecer el prolapso, no quiere decir que sean las únicas, pues se ha observado en las vírgenes estar el útero en contacto con el hímen (3). Aun en estos casos hay que admitir una predisposicion individual y una laxitud excepcional de los tejidos. La fijeza que presenta el útero estudiado en el cadáver de una jóven, hace difícil comprender la posibilidad de un descenso en este estado; la aparicion repentina de un prolapso se presenta pocas veces, comparado con la frecuencia del que se presenta lentamente.

Se ha querido medir la fuerza necesaria para atraer el útero hácia

(1) Los casos de prolapso uterino observados en las niñas ó en las recién nacidas, deben incluirse entre los vicios de conformacion ó entre las monstruosidades.

(2) Beigel, *loc. cit.*, t. II, pág. 291.

(3) Aran cita una mujer de 17 años sin haber tenido hijos, en la cual sobrevino un prolapso á consecuencia de una caida en una escalera. Puech ha observado un caso curioso de este género. La desviacion fué causada por un esfuerzo violento, al levantar un bulto, en una mujer de 20 años, vírgen. El tumor comprimía fuertemente al hímen, que no fué, sin embargo, destruido. Practicada la reduccion, fué sometida la enferma á un tratamiento antiflogístico, baños, sangrías, y, despues de dos meses de estancia en la cama, la curacion fué completa. Habiéndose casado despues, tuvo dos niños, sin que se reprodujera el prolapso. (Citado por Courty, *loc. cit.*, pág. 828. Véase igualmente el caso de Aubinais, en una mujer de 20 años, *Gaz. des Hôp.*, 1866, pág. 378.)

afuera, resultando, de los experimentos practicados en el cadáver por los Sres. Legendre y Bastieu, que una tracción correspondiente á 20 ó 25 kilogramos basta para que llegue á la vulva, necesitándose 50 kilogramos para que el órgano herniado traspase el orificio vulvar. A pesar de ser interesantes estas investigaciones, no puede deducirse lo que pasa en el cadáver de lo que sucederá en la mujer viva, donde la densidad y todas las condiciones fisiológicas de los tejidos difieren esencialmente. Por otra parte, una tracción moderada, pero continua, produce un esfuerzo mucho ménos considerable, y tiene, sin embargo, más acción que una tracción brusca é instantánea.

Tratamiento.— Si la desviación es poco manifiesta, bastará para obtener la curación introducir en la vagina algunas torundas de algodón en rama empapadas con una mezcla de glicerina y tanino. Una vez separadas las torundas deben usarse las inyecciones astringentes frías con el cocimiento de corteza de encina ó de hojas de nogal.

Cuando el prolapso es completo, se presentan dos indicaciones: la primera es la reducción, y la segunda el mantener esta reducción. Para guiarse en esta práctica es muy importante conocer bien el orden de sucesión que siguen las diversas partes que componen el tumor en el momento que forman eminencia en la vulva.

Si se estudia la manera de producirse la caída del útero después de la reducción, cuando la mujer hace un esfuerzo se ve descender primero la pared anterior de la vagina, seguida del cuello, que lleva á su alrededor la pared posterior de dicha vagina. Para practicar la reducción, debe cogerse en sentido inverso; es decir, colocar primero el fondo de saco posterior y después el cuello, con lo cual penetrará la pared vaginal anterior por sí misma.

Puesto el órgano en su situación normal, debe mantenerse ésta por medio de un pesario. Para este mismo objeto suelen emplearse cuerpos resistentes, tales como la madera y la cera (1). Pasado algún tiempo, se substituyen por sustancias ménos rígidas. Los pesarios contentivos contruidos para este objeto son de fieltro, recubiertos de goma, en forma de tapon, de embudo, de rosquilla ó de raqueta, presentando todos el inconveniente de comprimir el cuello, y, por el roce que producen en la extremidad inferior del hocico de tenca, suelen dar lugar á la formación de úlceras.

Los aparatos de goma, tal como el pesario de Gariel, prestan útiles servicios. Este último debe introducirse vacío en el sentido de su longitud, sirviendo de conductores los dedos índice y medio. Una vez introducido, se dilata por medio del insuflador, fijando el tubo en la pared ab-

(1) En algunos puntos hemos visto que las mujeres del campo emplean los pesarios de cera.

dominal por medio de una venda. Este pesario tiene el inconveniente de distender con gran energía el conducto vaginal, lo cual, si bien es favorable al principio, pudiera perjudicar después.

De todos los modelos de este género, preferimos los de Meigs ó de Dumontpallier (compuesto de un anillo de caoutchouc, que recorre un muelle de acero) que mantienen el útero por intermedio de las paredes vaginales (1). Si falta el perineo más ó ménos por completo, se adapta á la parte anterior del anillo un vástago encorvado, que penetra en la vagina y sujeta á un aparato aplicado sobre el abdómen. Esta combinacion, que nos ha sido indicada por Dumontpallier, presenta inmensas ventajas, cuya eficacia hemos comprobado. No insistimos más sobre los inconvenientes y peligros de los pesarios y las precauciones necesarias para su empleo, por haberlos anotado ya en diversos capítulos.

Los cinturones hipogástricos dan pocos resultados en los casos de prolapso. Los cinturones abdominales, sosteniendo los intestinos, pueden aliviar en casos de descensos incompletos, sobre todo si hay un desarrollo considerable de tejido adiposo en las paredes abdominales (2). Los cinturones perineales empleados por algunos ginecólogos nos han dado mal resultado, á causa de la irritacion que producen en la region vulvo-anal.

Hay casos en los cuales todos los pesarios son insuficientes para mantener la reduccion, ó, por el contrario, no pueden las enfermas soportar su accion, en cuyas circunstancias se ha aconsejado intervenir, sea por la accion de los cáusticos, á fin de reducir el diámetro de la vagina, ó por medio de la constante aplicacion de pinzas de presion continua (serres-fines).

Muchas operaciones quirúrgicas se han practicado con el objeto de disminuir el calibre de la vagina é impedir el prolapso. Los diversos procedimientos de *clitorrafia* consisten en incindir las paredes vaginales y reunir las por puntos de sutura. Las superficies cruentas se practican unas veces en las paredes laterales, y otras en la anterior y posterior (3).

Por la *episorrafia* se puede estrechar con el mismo objeto el orificio vulvar. Estas operaciones sólo están indicadas como último recurso, cuando hayan sido inútiles todos los demás medios, siendo el útero reducible.

Si falta el éxito operando de esta suerte, queda contraindicada toda intervencion activa, empleando solamente medios paliativos destinados á disimular la afeccion, disminuyendo cuanto sea posible los sufrimientos de las enfermas.

La limpieza y las curas frecuentes constituyen dos recursos paliativos de benéfica influencia. Si existen ulceraciones, se deben cauterizar recu-

(1) En la reunion de la Asociacion para los progresos de la Ciencia de 1874, el Dr. Gayral (de Lille) presentó un anillo-pesario, el cual empleaba ya mucho tiempo en su práctica.

(2) Guéniot, *Académie de médecine et Archives de Tocologie*, 1878, pág. 577.

(3) Véase Lefort, *Bull. de théor.*, 1877, y figuras 126 y 127.

briendo el tumor con una capa de algodón en rama, sujetando el todo con un vendaje apropiado. Esta aplicación del algodón es un excelente medio profiláctico para impedir la reproducción de las ulceraciones.

INVERSION DEL ÚTERO

Anatomía patológica. — Se designa con el nombre de *inversion* del útero cuando su superficie externa serosa, siendo convexa, se hace cóncava, mientras su superficie interna ó mucosa se cambia en externa y convexa pasando por la cavidad cervical.

Contrariamente á lo que se observa en el prolapsus, el orificio externo del hocico de tenca ocupa la region superior del tumor, estando constituida su parte inferior por el fondo del órgano.

Se han descrito diversos grados de inversion, desde la simple depresion hasta la inversion completa. Barnes admite tres ó cuatro diferentes.

Seguiremos la division adoptada para el prolapsus en *incompleta* y *completa*. *Incompleta*, cuando el útero está invertido en parte, y *completa*, cuando el segmento cervical participa de la inversion, existiendo ó no un rodete formado por la extremidad de los labios del hocico de tenca (1). Existen evidentemente, entre ambas categorías, diversas series intermediarias; sin embargo, la division que adoptamos nos parece suficiente para la práctica.

En la autopsia de las mujeres muertas por inversion se encuentra, en la pélvis menor, en la region del útero, un infundíbulo, conteniendo en parte las trompas y los ligamentos largos, y algunas veces, aunque pocas, los ovarios (2). La vejiga, el recto y las asas intestinales pueden encontrarse en esta especie de cavidad, dando lugar á fenómenos de estrangulación interna.

Si la inversion es reciente, los tejidos están pálidos, y de un modo general, á excepcion de la mucosa uterina que está roja, violáceos. Cuando la desviacion es antigua, la estructura del parénquima uterino sufre una serie de manifestaciones, como en las flexiones, y puede hasta atrofiarse. La mucosa se trasforma igualmente y suele presentar el aspecto de una serosa. Las escoriaciones y ulceraciones no tardan en producirse en su superficie. El epitelium, de cilíndrico que era, se trasforma en pavimentoso (3). Las adherencias se establecen entre los diversos puntos de las su-

(1) Los casos en donde la inversion es bastante completa para que no exista ningun reborde debido á la extremidad cervical, son muy excepcionales. (Véase *Société de Chirurgie*, sesion del 18 de Junio de 1879.)

(2) Scanzoni, *loc. cit.*, pág. 97.

(3) Esta trasformacion epitelial, admitida por Scanzoni, nos parece en contradiccion con lo que sabemos en la actualidad sobre las modificaciones sufridas por la mucosa uterina en otras circunstancias. No hemos tenido ocasion de practicar un exámen histo-

perfiles serosas ó entre las mucosas uterina y vaginal, no siempre de una manera constante, como lo prueba la posibilidad de reducciones llevadas á cabo muchos años despues del principio de la afeccion. En algunos casos excepcionales se ha visto al útero en inversion destruirse por gangrena.

Síntomas. — Los síntomas difieren segun que el proceso haya sido traumático y súbito, ó lento y progresivo. En el primer caso acusan las enfermas un violento dolor (1), que se irradia del útero hácia el sacro y las ingles, seguido de vómitos, lipotimias y síncope.

Se altera la facies y el pulso es filiforme; las extremidades están frias, con temblores y sacudidas musculares en los miembros. Al propio tiempo se presentan abundantes y graves hemorragias, que pueden ser mortales.

En estos casos de curso rápido, casi fulminante, se produce la muerte, unas veces por las hemorragias y otras por los trastornos nerviosos, á pesar de ser mínima la hemorragia.

Si la inversion se desarrolla progresivamente, bajo la influencia de un pólipo, por ejemplo, suele manifestarse por ligeras contracciones dolorosas del útero, por trastornos en la miccion y defecacion ó por otros accidentes debidos á ulceraciones, como en el prolapsus.

Algunas mujeres atacadas de inversion han vivido de 20 á 30 años, sucumbiendo á consecuencia de una afeccion intercurrente. Las metrorragias constituyen el fenómeno más importante en la forma crónica. Unas veces son contínuas, con exacerbaciones en el momento de las reglas; otras son únicamente menstruales, y durante el intervalo se presenta un derrame purulento. Aun en los casos más benignos puede sobrevenir una hemorragia grave. Constituye, pues, un peligro permanente al cual están expuestas cuantas mujeres padecen inversion uterina. La locomocion es algun tanto penosa, lo cual obliga á las enfermas á guardar cama ó á permanecer mucho tiempo sentadas.

Diagnóstico. — Un error de diagnóstico es casi imposible en los casos recientes, á no ser que se presenten los síntomas poco tiempo despues del parto; pues, examinado superficialmente el caso, se ha confundido con un segundo feto ó una porcion de placenta, confusion que se desvanece por medio de un minucioso reconocimiento.

Cuando veamos una abundante hemorragia despues del puerperio, debemos pensar en la posibilidad de un principio de inversion, pues el estado de relajacion de las paredes abdominales en esta época permite comprobar su existencia por medio del tacto y la palpacion combinados.

En la forma crónica puede confundirse la inversion con un pólipo ó un

lógico de un útero en estado de inversion; pero, de todos modos, creemos que esta cuestion histológica debe observarse y exige nuevas investigaciones.

(1) Se han citado algunas observaciones en donde, á pesar de una inversion repentina, faltaba el dolor. (Véase *Annal. de Gyn.*, 1875, pág. 214.)

prolapsus. Errores de este género han sido cometidos por los más hábiles cirujanos, cuya consecuencia fué la muerte de la enferma (1). Es difícil cometerlo practicando un exámen metódico.

Se ve primeramente, en los casos de inversion, que el globo uterino no existe en la pélvis menor. Esta disposicion, apreciable por medio del tacto y la palpacion, se hace más manifiesta introduciendo una sonda en la vejiga y el dedo en el recto. La superficie del tumor, á pesar de las modificaciones de la mucosa, es siempre irregular, llena de nudosidades y jamás lisa como la del pólipo. Ademas hay hemorragia en la época menstrual.

En la inversion completa se han comprobado los orificios de las trompas algo ocultos por el gran espesor de la mucosa. Cuando la inversion se complica con la presencia de un pólipo puede presentar el diagnóstico algunas dificultades, siempre posibles de vencer investigando si el fondo del útero está en su region y si conserva la distancia que le separa del orificio externo.

Comprobada la ausencia del útero en la excavacion, indudablemente se tratará de una inversion ó un prolapso. En la primera se encuentra, en la parte superior del tumor, un rodete circular que, si no es accesible al dedo, podrá demostrarse su presencia por medio de un histerómetro introducido á lo largo del tumor, haciéndole penetrar por una especie de hendidura, en cuya profundidad se encuentra el rodete fácil de percibir. Ademas, la masa herniada presenta diverso aspecto en ambos casos, no estando perforada en su parte inferior la correspondiente al prolapso.

Pronóstico. — Hemos visto que los trastornos resultantes de la inversion toman algunas veces un curso casi fulminante, bien por la hemorragia ó por la influencia de accidentes nerviosos. Se ha atribuido la muerte en estos últimos casos á un trastorno cardíaco, hipótesis que está en relacion con lo que nos enseñan algunas experiencias fisiológicas (2). Ademas puede sobrevenir una terminacion funesta á consecuencia de una peritonítis, una estrangulacion intersticial ó la gangrena (3).

Sin embargo, si la inversion se reduce á tiempo, se cura frecuentemente. Hemos expuesto anteriormente que, cuando las enfermas han resistido los primeros peligros, y aún en los casos crónicos que no dan lugar á sín-

(1) Barnes, *loc. cit.*, págs. 612 y 614.

(2) Provocando excitaciones en algunos animales (compresion, choque) en el abdomen, se paralizan las funciones cardíacas, si bien en todas estas experiencias la parálisis es momentánea y no produce la muerte. (Tarchanoff, *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1875, pág. 139.)

(3) En 109 casos de muerte, expuestos por Crosse, á consecuencia del parto, en 72 casos murieron pocas horas despues del parto, 8 una semana y 5 un mes despues. Si la mujer cría, pueden corregirse los accidentes, para reaparecer ó no al cesar la lactancia. En 23 casos, en estas circunstancias, sobrevino la muerte 1 vez al cabo de 5 meses, 1 vez á los 8, 3 á los 9 y 1 hasta pasados 20 años. (Crosse, *Transact. of the prov. med. a surg. ass.*, Londres, 1845.)

toimas importantes, se debe temer siempre á las hemorragias, que pueden comprometer la existencia en breve plazo. En algunos casos, muy excepcionales, se ha producido la reduccion espontánea. La menopausia puede disminuir y aún hacer desaparecer los accidentes. La posibilidad de esta terminacion feliz da á la edad gran importancia, que no hay que olvidar cuando se pretenda intervenir. Además, el estado de la salud general, la existencia ó ausencia de adherencias tienen suma importancia en el pronóstico.

Etiología. — Para que pueda producirse la inversion se necesita que el útero esté reblandecido y sea de mayor volúmen. En un órgano cuyo tejido esté sano y de consistencia normal es imposible se realice esta disposicion. Es, además, necesario que un agente cualquiera modifique la situacion del fondo del útero, sea por medio de una traccion ó de una repulsion. También las observaciones de inversion congénita señaladas por algunos autores (1) deben ser consideradas como vicios de conformacion, pues no creemos poderlas incluir en el cuadro de la afeccion que nos ocupa.

Las condiciones más favorables para producir esta afeccion en su mayor grado se encuentran en el parto (2). Excepcionalmente, tiene lugar la inversion en los primeros periodos del embarazo, hácia el cuarto ó quinto mes, sino que se manifiesta despues del parto de término bajo la influencia de la inercia uterina, coincidiendo con un cordon muy corto, más aún si la mujer ha parido estando de pié, siendo más frecuente cuando, en el momento del parto, se practican tracciones repetidas en el cordon existiendo adherencias anormales de la placenta. Se comprende fácilmente que así suceda, pues estando el útero blando y poco activo y sin contraerse aún, puede descender su fondo y deprimirse á la manera del fondo de una botella, y cuya disposicion aumenta por otras tracciones intempestivas.

El parto no es la única causa de inversion. Un tumor, y sobre todo un pólipo ó un cuerpo fibroso, pueden igualmente hacer descender el fondo uterino á través del cuello, bien espontáneamente ó á consecuencia de maniobras (3). Las condiciones y el proceso son casi idénticos, en tales casos, á lo que se observa en el parto estando el tejido uterino reblandecido y modificado por la presencia del neoplasma. Estas trasformaciones del parénquima uterino bajo la influencia de un pólipo, nos explican la posibilidad de este accidente, aún en las nulíparas (4). En resumen, la inversion, sobre todo completa, es una afeccion poco frecuente, pero que im-

(1) Sims, *loc. cit.*, pág. 148.

(2) Crosse ha encontrado, en 400 casos de inversion, 330 consecutivos al parto y 50 debidos á pólipos. (Crosse, *loc. cit.*)

(3) Ya en otro lugar hemos expuesto casos de inversion consecutiva á un sarcoma.

(4) Sims, *loc. cit.*, pág. 147.

porta no desconocer cuando se presenta, pues constituiría uno de los más graves errores (1).

Tratamiento. — En los casos agudos se reducirá el útero todo lo posible. Si no se practica enseguida esta operación, se hace imposible poderla verificar durante el primer día que sigue al accidente, y será más fácilmente practicable al cabo de tres ó cuatro días. Cuando se presente con la placenta adherida se desprenderá ántes de practicar la reducción.

En los casos de una intensa hemorragia se intentará la compresión de la aorta. Cuando la inversión es completa, se introducirá el fondo del útero con el dedo, y si éste fuera insuficiente será reemplazado por un instrumento blando cualquiera (2). A medida que más reciente sea la afección, más fácilmente podrá reducirse y mejor éxito obtenerse. No se debe creer, sin embargo, que esta condición es indispensable, pues se han citado casos de reducción después de 12, 13, 15 y 20 años de existencia (3).

Para practicar la reducción, se coloca la enferma en decúbito dorsal. Si las maniobras son muy dolorosas se procederá á la cloroformización. Préviamente vacíos la vejiga y el recto, los dedos de la mano derecha reunidos en forma de cono y cubiertos con una compresa, se introducirán en el fondo del útero invertido, haciendo presión con la otra mano en las paredes abdominales para evitar rasgaduras en los tejidos que unen el útero á la vagina. Obtenida la reducción, se practicarán inyecciones frías y guardará la enferma un reposo absoluto, estando en posición horizontal.

Sims (4) divide la operación en dos tiempos: el primero consiste en elevar el cuerpo uterino hasta el cuello, y el segundo en comprimir el fondo lateralmente, introduciendo el puño en el casquete del órgano, haciéndole deslizar solamente la mitad por el orificio interno, pues en su totalidad presenta gran volumen para introducirle de una sola vez. La operación no debe prolongarse más de media hora, dejando trascurrir algunos días ántes de comenzar nuevamente otro intento de reducción.

Courty, en lugar de practicar la contrapresión abdominal, sujeta el cuello por dentro de los ligamentos de Douglas con dos dedos encorvados introducidos en el recto, y con la otra mano pone el fondo en la dirección del púbis, empujándole lateralmente con el puño, como aconseja Sims.

Se puede igualmente obtener la reducción por medio de algunos pesarios elásticos en forma de estetoscopos, que, mantenidos por un vendaje en T, comprimen de un modo gradual y continuo la parte central del órgano desviado (5).

(1) Resulta, de las estadísticas hechas por Beigel, que se encuentra una vez en cada 100.000 partos. (Beigel, *loc. cit.*, t. II, pág. 318.)

(2) Depaul, *Mémoire sur l'inversion de l'utérus*. (*Archives de Tocologie*, 1879, página 209.)

(3) Sims, *loc. cit.*, pág. 150, y Beigel, *loc. cit.*, t. II, pág. 326.

(4) Sims, *loc. cit.*, pág. 160.

(5) Barnes, *loc. cit.*, pág. 625.

Se ha empleado también con éxito el pesario de Gariel, aún en casos que contaban muchos meses de existencia (1) y aún muchos años (seis años). Se debe ayudar la acción del pesario malaxando el tumor mañana y tarde, durante 10 minutos, con la mano introducida en la vagina. Esta maniobra sólo debe practicarse en los casos crónicos, en donde se hace muchas veces necesario practicar previamente algunas incisiones superficiales al nivel del cuello, haciendo las curas con supositorios belladonizados (2).

Cuando el fondo del útero esté fijo por las adherencias y no sea posible la reducción, todos los medios de tratamiento que podemos emplear son paliativos. Según la edad y el estado general de la enferma, podrán ser paliativos ó curativos.

Como medios paliativos, recordaremos la ergotina al interior para disminuir los peligros de las hemorragias. Se procurará modificar la mucosa por medio de cauterizaciones con el ácido nítrico, el percloruro de hierro, la tintura de iodo ó la aplicación de la pasta de Canquoin.

Los procedimientos curativos son: la excisión, la ligadura simple ó elástica y la ligadura seguida de excisión. La excisión sola es un medio funesto, sobre el cual no insistiremos. La ligadura elástica consiste en aplicar, sobre el pedículo del tumor ligeramente extraído de la vulva, un tubo de caoutchouc cuyos dos cabos están ligados con un hilo. Hecha ésta se introduce el órgano en la vagina. Al siguiente día se repite la operación, apretando el tubo cuanto éste lo permita. Si el dolor fuera muy intenso, podrá aflojarse un poco la ligadura. La enferma debe guardar reposo absoluto en la cama. Al mismo tiempo, para evitar los accidentes de putridéz, se harán frecuentes inyecciones con una disolución de coaltar ó de iodo y embadurnamientos con el percloruro de hierro. El primer día se administrará á la operada una píldora de extracto tebaico de un centígramo cada dos horas, ó bien se practicarán inyecciones hipodérmicas de hidrocloreto de morfina. La alimentación debe ser ligera, y compuesta de extracto de carne, leche y vino. Hacia el octavo día se puede dar, de cuatro en cuatro horas, una pequeña cucharada de aceite de ricino para desembarazar el intestino y evitar todo esfuerzo en la defecación. Del octavo al décimo-cuarto día se desprende el tumor.

La ligadura por medio del aprieta-nudos (propuesta por Courty), terminada por la sección del pedículo cuando se supone que se han establecido adherencias, es un procedimiento casi análogo al descrito por Schröder con el nombre de ligadura seguida de excisión, que, según la estadística

(1) Courty, *Comptes rendus de l'Académie de Sciences*, t. LXXXVI, pág. 1.425.

(2) Gaillard-Thomas propone la abertura del abdomen, como para la ovariectomía, y la reducción después de la dilatación del cuello por medio de instrumentos introducidos por la herida abdominal.

publicada por este mismo autor, constituye el método de tratamiento que mayores éxitos produce (1). Con este método hay que modificar igualmente la superficie del tumor por las aplicaciones del ácido fénico ó de percloruro de hierro durante todo el tiempo que transcurre desde la ligadura hasta el desprendimiento del tumor.

(1) Los 69 casos reunidos por él dan los resultados siguientes:

	Núm. de casos	Curacion	Muerte
Excision sola.	14	6 (43 por 100)	8 (57 por 100)
Ligadura sola.	26	19 (73 por 100)	7 (27 por 100)
Ligadura seguida de excision.	29	24 (83 por 100)	5 (17 por 100)
TOTAL.	69	49	20

Schröder, *loc. cit.*, pág. 209.)

CUARTA PARTE

AFECCIONES DE LOS OVARIOS, DE LAS TROMPAS Y DE LOS LIGAMENTOS ANCHOS

ANATOMÍA DEL OVARIO

Los ovarios, ordinariamente en número de dos (1), se hallan situados á cada lado del útero, en el ala posterior del ligamento ancho, cuya parte média contiene la trompa y la anterior el ligamento redondo. Se halla en relacion con el útero por el ligamento *útero-ovárico*, igualmente designado con el nombre de *ligamento del ovario*, que presenta á veces una disposicion doble. Un pequeño espacio fibroso, ó *ligamento tubo-ovárico*, le une á la trompa. Esta region tan pequeña del aparato ovario-tubario, juega un papel importante bajo el punto de vista de la fecundacion y de la progresion del óvulo. Se observa una disposicion frangeada, que no es constante, y apénas existe más que en las inmediaciones del pabellon.

Las dimensiones del ovario sufren algunas de las influencias que recibe el útero, aumentando durante el embarazo y disminuyendo despues del parto. Estas proporciones son, por lo demas, muy variables de una mujer á otra, desde el volúmen de una habichuela al de una almendra y aún más, sin que haya, propiamente hablando, atrofia ó hipertrofia, y sin dar lugar á ninguna manifestacion ni á ninguna diferencia apreciable durante la vida de la mujer. Los diámetros medios de los ovarios varían de tres á cuatro centímetros de largo, dos de ancho y uno y medio de grosor. Su peso, de seis á ocho gramos por término medio, sigue naturalmente las

(1) Ya veremos más tarde, cuando nos ocupemos de las anomalías, que los trabajos más recientes han demostrado la frecuencia relativa de ovarios supernumerarios. Beigel la ha encontrado 23 veces entre 500 autopsias. (*Pathologische Anatomie der weiblichen Unfruchtbarkeit*, etc., y Hermann Beigel, Braunschweig, 1878, pág. 42.)

mismas variaciones que su volúmen. Estos órganos presentan, las más veces, una forma ovoidea, aplanada de delante atrás; otras cilíndrica, esférica ó poliédrica y un color blanquecino.

Los vasos y los nervios penetran por el borde inferior. Las arterias proceden de un tronco común á ellas y á las del útero (*arterias útero-ováricas*). Presenta una disposición flexuosa en el tejido ovárico mismo, y una longitud notable, pues emergen directamente de la aorta al nivel de las renales.

Las venas abocan á la vena cava, directamente en el lado derecho, y por el intermedio de la vena renal en el izquierdo. Se unen á muchas venas uterinas y pueden igualmente tomar el nombre de *útero-ováricas*. Los vasos linfáticos siguen próximamente el mismo trayecto que las arterias, las venas y los nervios. Estos últimos proceden principalmente del plexo renal.

El peritoneo no reviste la superficie del ovario, segun se creyó durante mucho tiempo, y la demarcación entre la serosa y el epitelio ovárico forma una línea blanquecina, que á menudo se observa en la mujer si las preparaciones son frescas.

Se divide el ovario, bajo el punto de vista de su anatomía macroscópica, en dos capas: *cortical* y *medular*. Las relaciones de estas dos capas entre sí varían segun la edad del sujeto. Así, en los fetos de tres á cuatro meses, segun veremos más tarde, la zona medular no está representada más que por el pedículo que sostiene el ovario, únicamente formado en esta época por lo que será despues la porción cortical. A la edad de seis á siete años, las dos se dividen próximamente en partes iguales. Cuanta más edad tiene la mujer, más progresa la capa medular, en términos que, á una edad muy avanzada, forma la casi totalidad del órgano.

Para comprender bien la estructura y las relaciones de los diferentes tejidos ováricos y de los elementos que los constituyen, es necesario recurrir al estudio histológico.

Histología. — Si se estudia el corte de un ovario de mujer adulta durante el período de actividad genital, se distingue desde luego exteriormente una capa epitelial única, formada por pequeñas células cilíndricas aplanadas. Por debajo de este epitelio de revestimiento, una zona de tejido conjuntivo, cuyas fibras entrecruzadas, muy apretadas unas contra otras, contienen gran número de pequeños elementos celulares. Esta delgada capa, muy resistente, ha sido descrita con el nombre de albugínea del ovario. Se continúa sin línea de demarcación con el tejido subyacente, que posee casi la misma estructura, con la diferencia de que es menos denso y que contiene los folículos primordiales. Cuanto más cerca se hallan de la sustancia medular, más desarrollados están los folículos, en términos que los más pequeños son siempre los más superficiales. Separando los tejidos, se ven poco á poco en la superficie del órgano.

Generalmente se describen en el folículo de Graaf (*fig. 23*) dos capas, la *externa* y la *interna*. Esta denominación de capa externa y capa interna, distintamente interpretadas por los autores, han sembrado alguna confusión en las descripciones, sobre todo, como veremos bien pronto, en lo que concierne á la evolución de los cuerpos amarillos. También se ha llamado la capa externa *túnica fibrosa* y la interna *túnica propia*. Finalmente, Slawianski, habiendo impregnado con nitrato de plata por el procedimiento de Debove las paredes foliculares, ha visto un revestimiento endotelial subepitelial, admitido ya por Kölliker, y le ha dado el nombre de *membrana propria*. No creemos necesario describir con muchos detalles estas diferentes partes del folículo. La capa *externa* (*fig. 23, a*) es im-

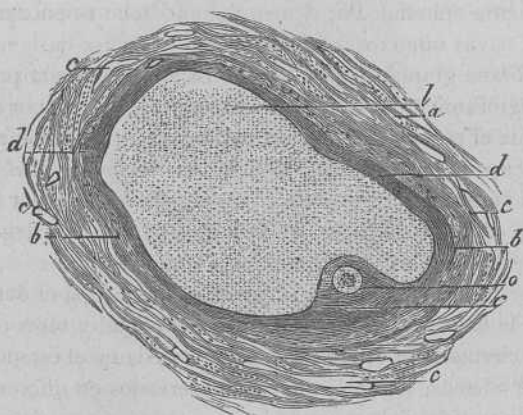


Fig. 23. — Corte de folículo de Graaf de una mujer adulta (aumento de 40 diámetros).

a. Capa externa del folículo. — *b.* Capa interna. — *d.* Membrana granulosa. — *e.* Cúmulus prolijer. — *l.* Líquido albuminoso coagulado (*liquor folliculi*). — *o.* Ovulo. — *c.* Corte de los vasos sanguíneos.

sible de limitar del resto del estroma ovárico, del cual sólo difiere por la mayor laxitud de sus fibras y la mayor riqueza en elementos celulares. En esta region se verifica la separación de los tejidos cuando se enuclea un folículo.

La *capa interna* (*fig. 23, b*) presenta una estructura reticulada, comparable al tejido cavernoso de los ganglios linfáticos. Se encuentran en sus mallas numerosas células, de forma y dimensiones variadas, que serán las gruesas células, llamadas por Robin *células del oaritulo*, acerca de las cuales volveremos á hablar cuando nos ocupemos de la formación de los cuerpos amarillos. His ha demostrado hace mucho tiempo la riqueza linfática del tejido peri-folicular. Waldeyer, habiendo inyectado en la yugular de una coneja polvos de bermellon, vió partículas coloreadas en gran

abundancia en las células de la capa interna. Nunca se observó una sola en la cavidad folicular misma.

El folículo está, digámoslo así, sumergido en un vasto saco linfático, dividido por tabiques, disposición que parece ser muy favorable para los fenómenos de nutrición. Sabemos, en efecto, que el sistema linfático es el principal laboratorio en que se verifican los numerosos cambios que constituyen la vida de los elementos-orgánicos (1).

En suma, no debemos olvidar, al leer las descripciones minuciosas de las diversas partes del ovario, que la albugínea, la túnica fibrosa, la túnica propia, no son más que tejido conjuntivo procedente del estroma, y más ó ménos modificado segun los puntos que se observan.

La cara interna del folículo se halla tapizada, como hemos dicho, por un revestimiento epitelial. Por dentro del endotelio se encuentra el epitelio folicular, cuyas numerosas capas forman lo que se designa con el nombre de membrana granulosa (*fig. 23, d*). Esta masa celular presenta en un punto un engrosamiento que rodea al óvulo (*fig. 23, o*) por todas partes, y que se llama el *cumulus proliger*. Finalmente, la parte central de la cavidad está ocupada por un líquido albuminoso (*liquor folliculi*) (*fig. 23, e*). Este líquido parece ser un producto complejo, formado por la exudación de una ligera cantidad de suero, y por la destrucción y la degeneración de cierto número de células de la membrana granulosa.

Se ha discutido mucho sobre la posición que ocupa el óvulo en el folículo: unos le han encontrado á cierta profundidad y otros en la superficie. Existen ciertamente diferencias, segun la edad y el estado de desarrollo. Creemos además, segun los hechos observados en diferentes especies animales, que su situación es variable.

El óvulo humano (*fig. 24*), llegado á su grande madurez, mide unos 0,2 milímetros. La vesícula germinativa, de 0,04 á 0,05. La mancha germinativa, de 0,006 á 0,007 (2).

El óvulo se compone, de afuera á adentro:

- 1.º De la zona pelúcida (*fig. 24, f*).
- 2.º Del vitelo (*fig. 24, g*).
- 3.º De la vesícula germinativa (*fig. 24, o*).

(1) En un trabajo publicado en 1874 acerca de los linfáticos del ovario, Exner dice que, haciendo una inyección en el ovario, ha podido seguir el líquido inyectado hasta el conducto torácico. Segun él, la inyección no pasa, como en los tendones, entre los haces de tejido conjuntivo, sino entre cada fibrilla, como el aceite en la mecha de una lámpara. (Véase Exner, *Wien. Acad. Sitzungsber.*, 1874, y *Centralblatt f. M.*, 1875, pág. 492.)

(2) Los histólogos toman como unidad de medida, para los elementos anatómicos, la milésima de milímetro, que representan con la letra griega μ . Esta unidad de medida facilita mucho las descripciones. Creemos, sin embargo, preferible, para los que no se hallan versados en estudios histológicos, referir al milímetro las dimensiones de los principales elementos del óvulo.

4.º De una ó de muchas manchas germinativas (*fig. 24, t*), y, al lado de esta mancha, de otras más pequeñas, ó corpúsculos pseudo nucleares de Van Béneden (Ed.) (1).

5.º De un corpúsculo descubierto por Balbiani, y al cual este autor hace jugar un papel importante en las primeras fases del desarrollo (2).

La zona pelúcida es un producto secundario, resultante de la reunion de los grupos de células epiteliales que rodean el óvulo (*fig. 24, e, f*). De aquí el aspecto radiado de esta zona, que se puede observar muy bien en algunas especies de animales (los óvulos jóvenes del murciélago, ó del conejo, por ejemplo) en medio del ácido ósmico (3).

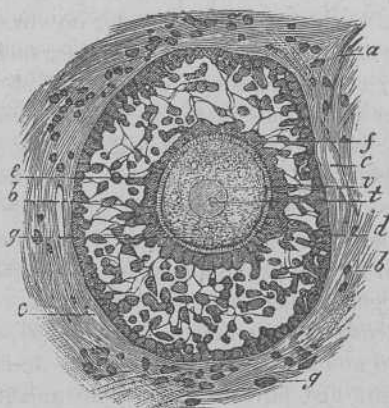


Fig. 24. — Corte del óvulo y del folículo de Graaf de la coneja (aumento de 380 diámetros).

a. Fibras conjuntivas. — *b.* Células conjuntivas ó linfáticas. — *c.* Corte del vaso. — *d.* Membrana granulosa. — *e.* Células radiadas que rodean el óvulo. — *f.* Zona pelúcida. — *g.* Vitelo. — *v.* Vesícula germinativa. — *t.* Mancha germinativa.

La existencia de numerosas fibras musculares en el estroma ovárico ha sido admitida por muchos autores y rechazada por otros. A beneficio de la purpurina, que da un fuerte color rosa á los músculos lisos, y no tiene ninguna acción sobre el tejido conjuntivo, hemos podido ver que, en

(1) *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 1875.

(2) Balbiani, *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1874, pág. 1.594.

(3) Ciertos detalles histológicos rara vez se pueden estudiar en la mujer, á causa de la dificultad de obtener objetos de estudio bastante frescos; sin embargo, las operaciones de ovariectomía hacen más frecuentes estas ocasiones. No nos extenderemos más sobre las granulaciones del vitelo ni sobre la acción de las diferentes materias colorantes, relativamente á las diversas partes del óvulo. Estas son cuestiones de técnica que no nos parecen oportunas en el presente libro.

el ovario humano, las fibras musculares no se encuentran apenas más que en la capa medular ó en las paredes de los vasos.

La accion de los llamados haces musculares situados alrededor del folículo, y cuya contraccion contribuiría á su dehiscencia, como se ha dicho, no es admisible, al ménos en la mujer.

Estudiemos ahora lo que es el folículo al llegar á cierto grado de desarrollo. Coste vió que, aunque, por lo general, despues del periodo del celo en los animales, se encuentran cierto número de folículos rasgados, en ciertos casos estos folículos desaparecen sin haber expulsado su contenido. Este modo de desaparicion ó de *atresia* ha sido descrito en todos sus detalles histológicos por Slavianski (de San Petersburgo), ora en la mujer adulta, ora en la niña. De las investigaciones que nosotros hemos hecho de algunos años á esta parte (1), resulta que, por el exámen histológico de una cicatriz follicular, se puede saber si el óvulo ha sido ó no expulsado, y si despues de haber sido expulsado fué fecundado ó no. No entraremos aquí en detalles, á que podría dar lugar esta descripcion; sólo resumiremos sus caractéres principales. En las partes centrales del cuerpo amarillo, verdadero ó falso (2), es donde se encontrará la prueba de la expulsion del óvulo. En las capas periféricas se podrá juzgar si ha habido ó no fecundacion. Cuando el óvulo ha sido expulsado, se observa en la cicatriz, con algunas diferencias, segun la época á que se remonta la rotura, un tejido conjuntivo fibroso, denso, pobre en elementos celulares, verdadero tejido cicatricial. Si el óvulo no ha sido expulsado, en vez de este tejido fibroso cicatricial, se encuentra una formacion de tejido conjuntivo mucoso, rica en células, á menudo de formas estrelladas, irregularmente acompañadas de raras fibras conjuntivas. Además, en los casos de atresia se observa á veces, en el centro de la cavidad, restos de óvulo, representados por la membrana pelúcida, más ó ménos deformada.

Cuando ha habido fecundacion, la parte periférica del cuerpo amarillo, constituida por la hipertrofia de la capa reticulada (capa interna ó túnica propia de los autores), es característica. No solamente sufre estas modificaciones el folículo recién rasgado, sino tambien los que están en vías de atresia, y aún otros casi maduros y perfectamente normales. Esto nos ha permitido decir que, en la mujer, la gestacion imprime á los ovarios un carácter completamente especial que no se localiza al último folículo roto, y que se observa tambien quizás en los órganos más distantes ó en cicatrices que siguen su evolucion en otros puntos.

El cuerpo amarillo debe su nombre á las granulaciones refringentes, más ó ménos coloreadas, libres ó contenidas en las células.

(1) *Bulletins de l'Académie des Sciences*, 1877.

(2) Se ha designado el cuerpo amarillo del embarazo con el nombre de *cuerpo amarillo verdadero* para distinguirlo del *cuerpo amarillo falso* que se observa en estado de vacuidad.

No se hallan todavía de acuerdo los autores respecto al origen de estas grandes células, ya bien descritas y representadas por el Dr. Robin en su Memoria de 1848. Es cierto que no proceden de los elementos de la membrana granulosa. Los consideramos como células linfáticas más ó ménos aumentadas de volúmen. Hemos podido seguir, en cortes muy finos de los cuerpos amarillos, al principio de su formacion, todos los grados intermedios entre los glóbulos linfáticos ordinarios y las células gigantes (1).

Podemos, pues, admitir, aún cuando no lo afirmemos en absoluto, que todas las células gigantes no tienen la misma significacion, y que cierto número de ellas son células vaso-formadoras en vías de evolucion. Pero esta idea no representa más que una simple hipótesis, que nuevas investigaciones podrán demostrar de una manera cierta.

Costa y algunos autores posteriores han dicho que el cuerpo amarillo del embarazo llegaba al máximo de su desarrollo desde el tercero al cuarto mes de la gestacion. Esta opinion puede ser verdadera, hasta cierto punto, si nos contentamos con un exámen á simple vista. Pero es absolutamente errónea si se estudia más atentamente lo que sucede bajo el punto de vista histológico.

En efecto; la capa reticulada, cuya hipertrofia caracteriza el cuerpo amarillo del embarazo, va siempre engrosando más y más, en términos que á los tres meses puede ser casi igual á la capa fibrosa. Hacia el sexto mes, esta última no forma más que la tercera parte de la masa total del cuerpo amarillo (2).

Finalmente, en la mujer de término, el tejido fibroso no se halla representado más que por un pequeño núcleo central, y las tres cuartas partes del cuerpo amarillo están constituidas entónces por tejido linfático conteniendo numerosas células gigantes (3).

(1) Cuando se inyecta un cuerpo graso emulsionado en la cavidad peritoneal, las células linfáticas se apoderan de él, aumentando considerablemente su volúmen. Así sucede quizás, al ménos en parte, con las gruesas células del cuerpo amarillo.

(2) Nunca hemos visto, en el cuerpo amarillo del embarazo, esas especies de circunvoluciones fibrosas observadas en la mujer en estado de vacuidad.

Esta diferencia puede explicarse, en mi concepto, del siguiente modo: inmediatamente despues de las reglas, el ovario disminuye de volúmen bajo la influencia de la cesacion de la congestion. Por esto mismo, la retraccion de los tejidos es más brusca y produce esas especies de rodetes internos, comprimiendo en todos sentidos la neoformacion conjuntiva. Por el contrario, durante el embarazo, continuando la congestion del ovario, la retraccion del tejido es lenta, los bordes de la capa fibrosa permanecen rectilíneos, y se sueldan en toda su extension para obliterar la cavidad.

(3) Las gruesas células del cuerpo amarillo no tienen por sí mismas nada de específico, y se pueden encontrar, en pequeño número y aisladas, fuera del embarazo y en diferentes puntos del ovario. Estos hechos, mencionados ya por C. Robin, han sido discutidos de nuevo en un reciente trabajo del Sr. Lebedinski (de San Petersburgo) (*Zur Lehre von der Atresie des Graaf'schen Follikels. Centralblatt für Gynécologie*). Por su reunion en gran abundancia en la capa linfática del folículo, las capas gigantes constituyen un carácter del ovario durante la gestacion.

DESARROLLO DEL OVARIO (1)

En los primeros períodos de la vida embrionaria, hacia el cuarto día de la incubación, se forma, en la parte anterior del cuerpo de Wolff, un engrosamiento del epitelio. Al propio tiempo, por debajo de este engrosamiento, se desarrolla en el mismo punto un mamelon de sustancia conjuntiva. Entre las células cilíndricas, que constituyen la mayor parte de la masa epitelial, llamada por Waldeyer *epitelio germinativo*, se observan algunas más voluminosas, redondeadas, provistas de un grueso núcleo. Estos elementos se designan con el nombre de *óvulos primordiales*.

Para estudiar bien las primeras fases de este desarrollo en el hombre, Waldeyer aconseja elegir un embrión de nueve centímetros próximamente (2). En un feto de tres á cuatro meses, el ovario se halla casi exclusivamente constituido por lo que será más tarde la sustancia cortical. La sustancia medular, formada por vasos y tejido conjuntivo embrionario, presenta, al hacer cortes trasversales, el aspecto de un pedículo aislado de la sustancia cortical, con la cual sólo comunica por un espacio bastante limitado. En estos ovarios se encuentran células de tamaño y aspecto diferentes: unas pequeñas, otras mucho mayores, con un grueso núcleo ú óvulos primordiales. Estos elementos se hallan reunidos en pequeños grupos, irregularmente separados unos de otros por pequeñas mallas de tejido conjuntivo y algunos vasos embrionarios. Las masas celulares más externas comunican extensamente con el epitelio de la superficie ó epitelio germinativo, formado también, como hemos visto, de dos especies de elementos.

Ya en esta edad se ve que los óvulos más desarrollados están casi siempre á lo largo de los vasos, pero no se observan todavía folículos primordiales. En el tejido conjuntivo embrionario que forma el pedículo se encuentran los conductillos del cuerpo de Wolff, cuyo epitelio cilíndrico es mayor y más oblongo que el que reviste la superficie del órgano ovárico.

A los cinco meses, el ovario presenta nuevas é importantes modificaciones. Las mallas de tejido conjuntivo, más gruesas y más abundantes, limitan claramente esas especies de utrículos, conocida con el nombre de utrículos ó *tubos de Pflüger ó de Valentin*, que algunos anatómicos han llamado *cordones ganglionares*. En esta edad se puede estudiar perfectamente la formación de los folículos primordiales por estrangulación de los

(1) Hemos modificado aquí el orden que hemos seguido en las demás regiones. Así, hemos estudiado el desarrollo ántes que las propiedades fisiológicas. Estas serán más fáciles de comprender cuando se conozca la embriología de tales órganos.

(2) Según lo que nosotros hemos observado, un embrión humano de 9 centímetros de longitud que corresponda al tercer mes, estaría ya demasiado desarrollado para estudiar estas primeras fases.

tubos (1). También se observan folículos primordiales completamente aislados, en los cuales se distingue claramente el óvulo, con su vesícula y su marcha germinativa, rodeado por una serie de células epiteliales y una capa limitante de tejido conjuntivo.

A los siete meses, el ovario no difiere apénas de lo que será en el niño de término. Los folículos primordiales aislados son mucho más numerosos que en el quinto mes, y las mallas conjuntivas más gruesas. Nunca hemos visto, en los siete ú ocho casos que hemos examinado en esta edad, folículos que excedieran del límite de los folículos primordiales, para revestir el aspecto de los folículos de Graaf (2). Otros anatómicos, en particular Raciborski, han visto folículos perfectamente formados, y fáciles de observar á simple vista, en fetos de siete meses. La divergencia que existe entre los hechos que hemos indicado y los mencionados por Raciborski, no nos sorprende en manera alguna, dadas las diferencias individuales que se presentan á menudo en el ovario en todas las épocas de la vida.

Al nacer, se encuentra todavía, en la superficie del ovario, el epitelio germinativo, compuesto de sus dos especies de células. Pero, en esta época, las células redondas son mucho más raras. Los tubos ováricos, anastomosados entre sí, están en su mayor parte separados del epitelio externo por una delgada capa de tejido conjuntivo. Sin embargo, se ven algunos en los cuales se observa claramente la comunicacion directa entre el epitelio germinativo y su contenido (3). La persistencia de esta disposicion anatómica ha sido observada en el adulto (4), y se le ha atribuido un pa-

(1) Se ve por estos hechos que, en una de las fases de la vida embrionaria, el ovario humano tiene una disposicion que puede compararse á los *tubos ováricos* de ciertas especies de animales adultos.

(2) Hemos empleado ya muchas veces la expresion de folículo primordial, folículo de Graaf, sin explicar el sentido preciso que atribuimos á estas denominaciones. Designamos con el nombre de *folículo primordial* aquel en que el óvulo no se halla rodeado más que por una sola capa de células epiteliales, y con el de *folículo de Graaf* el que posee muchas capas de células epiteliales (membrana granulosa) limitando una cavidad llena de líquido.

(3) Todos los embriólogos no se hallan de acuerdo en el día sobre la cuestion de la produccion de los óvulos, limitada únicamente á la fase embrionaria, y admiten que pueden desarrollarse nuevos óvulos durante la vida extra-uterina. La última opinion ha sido tambien formulada de algunos años á esta parte por Balbiani y por Kölliker. (Véase Balbiani, *loc. cit.*, pág. 775, y Kölliker, *Entwicklungsgeschichte*, Leipzig, 1879, página 969.) El origen comun de los óvulos y de los elementos de la membrana granulosa á expensas del epitelio germinativo admitido por Waldeyer, ha sido negado por otros. Balbiani, despues de haber dudado mucho tiempo, profesa en el día la opinion de Waldeyer (Balbiani, *loc. cit.*, pág. 783), que no es la de His y Kölliker. Esta última observacion ha dado lugar á conclusiones opuestas, por sus investigaciones en el ovario de la perra. (*Entwicklungsgeschichte*, 1879, pág. 970.—Véase His, *Untersuchungen über das Ei und die Entwicklung bei Knochenfischen*, *Zeitschr. f. Anat. u. Entw.*, t. I, Leipzig, 1877.)

(4) Slawianski, *Bulletins de la Société anatomique*, 1873, pág. 844. — Koster, Amsterdam, 1873, *Anal. dans le Jahresb.*, 1873, t. I, pág. 52, y Balbiani, Curso dado

pel, exagerado en nuestro concepto, en la patogenia de los quistes del ovario.

FISIOLOGÍA DEL OVARIO Y DE LA MENSTRUACION

Después de haber sido desconocido por los antiguos el papel del ovario en la menstruacion, fué considerado como secundario hasta hace pocos años. A consecuencia de los trabajos de Négrier, Gendrin, Coste, Bischoff y otros tantos, que demostraron que ordinariamente hay en cada época menstrual rotura de uno ó muchos folículos de Graaf, se hizo preponderante la importancia del ovario. Es, sin duda, sorprendente que se haya erigido tan pronto en teoría general una ley que sufre tantas excepciones, según sus mismos fundadores, y en particular Coste (1). Se ha pensado, pues, y muchos autores lo creen aún en la actualidad, que el punto de partida de cada menstruacion reside en la madurez de un folículo (2).

Pflüger admite que la hemorragia menstrual es un acto reflejo, procedente de la excitacion de las extremidades terminales de ciertos nervios, consecutiva á la presión producida por el folículo distendido. Cuando estas excitaciones aumentadas han llegado á su máximo, hay, según él, una acción sobre el sistema nervioso central que produce la congestión de los órganos genitales por efecto reflejo. Esta teoría no puede resistir á los hechos, que demuestran que, aún en el niño, el folículo adquiere las dimensiones de su estado de madurez más completa sin provocar el flujo menstrual.

Las observaciones de este género se han multiplicado, y nosotros mismos hemos tenido ocasion de ver algunos casos en que había habido rotura de los folículos en mujeres no menstruadas desde mucho tiempo ántes ó que nunca habían menstruado (3). Por el contrario, podríamos citar otras en que la menstruacion continuó, aunque los ovarios no presentaban

en el Colegio de Francia y publicado en la *Revue internationale des Sciences*, 1878, página 776.

(1) Coste, *Histoire du développement des corps organisés*, t. I, pág. 187.

(2) La Memoria de Négrier, de Angers, ha sido, sobre todo entre nosotros, la base de la teoría ovárica de la menstruacion. El mérito de Négrier consiste en haber demostrado, por hechos bien observados, que un folículo de Graaf puede romperse y expulsar su óvulo, en la mujer, sin la intervencion de las relaciones sexuales: esta es la evolucion espontánea. Mas, por lo que concierne á la evolucion de los folículos y su maduración periódica, se ve fácilmente que el autor ha confundido los estados de involucion folicular con las diversas fases de la evolucion. Así, lo que se llaman las bolsas grises y las bolsas amarillas no son más que restos de folículos atresiaados ó rasgados. No insistiremos más sobre estos hechos, bien observados, pero mal interpretados por Négrier. Llamamos la atención de los que lean su Memoria, si poseen las nociones que en el día son clásicas sobre la estructura del ovario.

(3) *Annales de Gynécologie y Société de Biologie*, 1877.

ningun indicio de rotura folicular (1). En una mujer, operada de ovariomía doble hace cuatro años por el Dr. Terrier, cuyas preparaciones anatómicas habían sido examinadas por el Sr. Malassez y por nosotros, las reglas habían reaparecido y continuaban como ántes, á pesar de la ablacion de ambos ovarios (2). Se ha creido ver casos de epistáxis uterinas (Gubler); pero, cuando el flujo menstrual se presenta todos los meses en la misma época y dura cuatro ó cinco dias, son verdaderas reglas.

En 1875 reunió Goodmann (3) en una Memoria 27 observaciones de ovariomías dobles, en 10 de las cuales la menstruacion no sufrió ninguna influencia por la operacion. En 1866 había ya citado Stover (4) casos de flujo catamenial, á pesar de la falta de los ovarios (5). En el dia se ha olvidado ya generalmente la teoría ovárica exclusiva de la menstruacion. Beigel, en Alemania, ha sostenido, apoyándose en gran número de hechos, la independencía de ambas funciones, que se consideran como los dos términos de aquella. Barker (6) ha observado embarazos tres, cuatro y aún diez años despues de la cesacion de las reglas. Sabemos, por consiguiente, que la ovulacion persiste despues de la menstruacion (7).

Algunos autores han ido más allá (acaso demasiado léjos) afirmando, como Reves Jackson (8), que los óvulos pueden ser expulsados de los ovarios en todos los períodos de la vida de la mujer, desde la más tierna infancia hasta la vejez, lo mismo ántes de la pubertad que despues de la menopausía. Segun los Sres. Scanzoni y Mayerhoffer, la ovulacion continúa miéntras dura el embarazo (9). Williams, observando el hecho de que al hacer la autopsia de mujeres muertas en el momento de las reglas no encontraba folículos maduros, sino que algunas veces veía folículos recién rotos en los ovarios de mujeres que sucumbieron durante un período inter-menstrual, ha adoptado un concepto de la menstruacion, basado únicamente en la evolucion de la mucosa uterina (10).

(1) *Société de Biologie y Archives de Physiologie*, 1876, pág. 807.

(2) Los Sres. Terrier y Pozzi han publicado dos nuevos casos de este género, *Société de Chirurgie y Ann. de Gyn.*, 1879, pág. 154.

(3) Goodmann, *Richmond and Louisville Med. Journ.*, 1875, y *Ann. de Gyn.*, 1876, págs. 231 y 363.

(4) *Archives de Physiologie*, 1868, pág. 376.

(5) Debemos recordar también que Aran, en el momento en que la teoría ovárica de la menstruacion estaba en todo su vigor, llegó, por su observacion personal, á admitir la independencía de ambas funciones.

(6) Barker, *Philadelph. Med. Times*, 1873, y *Fahresb.*, 1874, t. II, pág. 728.

(7) Barié, *Etude sur la ménopause*, tesis de doctorado, París, 1877.

(8) *The American Journal of Obstetrics*, 1876.

(9) Nosotros no hemos observado en los ovarios de mujeres muertas en diversos períodos del embarazo nada que pueda hacernos admitir las ideas de Scanzoni y de Mayerhoffer, ni en las niñas, segun las ideas de Jackson.

(10) John Williams, *On the structure of the mucous membrane of the uterus and its periodical changes*, Lóndres, 1875.

Estamos convencidos de que toda teoría general relativa á esta función es aún prematura en el estado actual de nuestros conocimientos.

Es lo cierto que, las más veces, en las mujeres muertas durante las reglas, se encuentra en uno de los ovarios un fólculo roto ó próximo á romperse. La congestión excesiva que sufren en esta época todos los órganos genitales explica perfectamente la rotura del fólculo, por poco desarrollado que se encuentre, y el ovario en tal caso desempeña un papel completamente pasivo. Pero no había más que una sola excepción, y en el día son tan numerosas que no puede admitirse en manera alguna la teoría ovárica tal como la encontramos formulada en la mayor parte de los libros clásicos (1).

Dirémos, pues, para resumir nuestro pensamiento, que *la ovulación y el flujo menstrual son dos fenómenos conexos por lo general, pero no ligados necesariamente entre sí*. Lo que desempeña el principal papel, y al mismo tiempo el más oscuro, en la menstruación, es la *periodicidad*. Ahora bien; estas manifestaciones periódicas se presentan continuamente á nuestra observación en una serie de variadas circunstancias (2). Por desgracia, en todas estas causas ignoramos la causa de la periodicidad. ¿Se dirá que reside en el sistema nervioso? Se añadiría una hipótesis más para no explicar nada nuevo (3). Creemos, pues, lo repetimos, que una teoría general de la menstruación es prematura en la actualidad. Sin embargo, si no podemos todavía comprender en su conjunto las causas del flujo menstrual, podemos, cuando ménos, estudiar las diversas manifestaciones fisiológicas que se verifican en este momento en la economía de la mujer.

Las manifestaciones que sufre la mucosa uterina ántes, durante y después del período catamenial, han sido objeto de estudios de gran número de histólogos (4).

(1) El hecho de que la castración practicada en animales jóvenes impide que se presente el celo no prueba nada ni en pró ni en contra de esta teoría. En efecto, se sabe que la ablación de los ovarios determina una suspensión de desarrollo ó una atrofia del útero. Sólo por este intermedio se opone quizás á los fenómenos en cuestión.

(2) La periodicidad de los flujos sanguíneos no constituye un privilegio exclusivo de la mujer. Se ha visto en algunas que padecen hemorroides que el flujo sanguíneo se reproduce todos los meses en las mismas épocas. Se han observado, además, hemorragias periódicas en el hombre, ora por el glande, ora por la nariz. (Beigel, *loc. cit.*, t. I, página 322.)

(3) Se ha comparado, y con razón, el flujo de los animales y la menstruación de la mujer. En los primeros la menstruación existe como en la mujer, aunque en épocas más distantes, que pueden aproximarse á consecuencia de ciertas causas, como la alimentación abundante, la cautividad del macho, etc. Además, en la mujer parece probable que el estar de pié, cuya acción sobre el desarrollo de la pélvis ha sido bien demostrada, tiene también cierta influencia sobre la frecuencia de las épocas menstruales. En efecto, el estar de pié produce una congestión de los órganos genitales, bastante más considerable que la posición adoptada por las demás especies animales.

Ciertas monjas tienen reglas periódicas comparables á las de la mujer. (Broca, *Bulletin de la Société d'Anthropologie*, 1859, pág. 352.)

(4) En particular Robin en Francia, y, en estos últimos años, Friedländer y Léopold en Alemania, y Williams en Inglaterra.

Unos admiten que el flujo sanguíneo procede de la degeneración grasosa de los elementos que forman la mucosa, y que presentan, por consiguiente, una resistencia menor á la salida de la sangre. Pero Léopold ha demostrado que el primer fenómeno que se observa en la cavidad uterina en los días que preceden á las reglas es un reblandecimiento con engrosamiento de la mucosa, la cual presenta entónces un aspecto edematoso. Las glándulas están dilatadas en longitud y en anchura. Los espacios linfáticos se hallan igualmente dilatados. En ciertos puntos se encuentran células hipertrofiadas, semejantes á las células gigantes, llamadas células de la caduca. Todo el estroma se halla infiltrado de elementos embrionarios. En este momento no se observa ninguna degeneración grasosa, y sólo después de la hemorragia se comienza á percibir. No podemos, pues, considerar esta transformación grasosa como la causa del flujo sanguíneo, pues es consecutiva á él.

La mucosa uterina presenta una disposición que debe facilitar mucho la congestión y la hemorragia en este punto. En efecto, existen gran número de arterias helicinas muy desarrolladas y muy apropiadas para la llegada de la sangre, y, por el contrario, un pequeño número de venas. Se comprende que, bajo la influencia de una cantidad más considerable de líquido, los capilares se dilatan, y que su contenido concluye por abrirse paso en el punto que ofrece menos resistencia, es decir, en la superficie de la mucosa. En efecto, casi nunca encontramos hemorragias intersticiales en el tejido uterino en el momento de las reglas.

Williams ha creído que toda la mucosa uterina se descamaba en cada época menstrual. Esta opinión nos parece errónea. Resulta, en efecto, de los trabajos de Kundradt, de Léopold y de muchas propias observaciones que, salvo los casos de alteración cadavérica, nunca está al descubierto la pared muscular y que queda siempre en el útero cierto espesor de mucosa y de glándulas. Las partes superficiales son eliminadas por pequeños cogajos, al ménos en estado normal.

No sabemos exactamente el tiempo que tarda en reproducirse la mucosa del útero después de las reglas. En dos casos de Léopold, al cabo de nueve días en uno y de 10 en otro, había vuelto por completo á su estado normal.

La superficie interna de las trompas da también su contingente á la hemorragia menstrual, pero no parece que se descama. La mucosa cervical no presenta otra transformación cátagenial que un exceso de funcionamiento, produciendo una cantidad más considerable de moco. Por lo demás, todos los órganos genitales, el ovario, la vagina, la vulva, y hasta las mamas participan más ó ménos de la congestión periódica. Al hacer cortes, del ovario en particular, se puede ver la enorme dilatación y el desarrollo exagerado de los vasos sanguíneos de estas glándulas en el momento del período menstrual.

Los órganos genitales no son los únicos que experimentan esta influen-

cia. Podemos observar cierto número de hechos que demuestran la acción del período catamenial sobre el conjunto de la economía de la mujer. Según Rabuteau, la cantidad de urea producida disminuye durante las reglas (1). También se observa un descenso de la temperatura, que puede llegar hasta medio grado. Esta disminución del calor, observada en la vagina, comienza uno ó dos días ántes del principio del flujo sanguíneo. Además se ha notado una disminución en el número de las pulsaciones. Este último fenómeno ha sido también observado por Hennig, que, en cambio, no ha podido comprobar el descenso de la temperatura admitido por Rabuteau (2).

Los cambios que se verifican en la respiración durante el período de actividad sexual de la mujer han sido demostrados por los trabajos de Andral y de Gavarret. Resulta de las investigaciones de dichos autores que, en ambos sexos, la exhalación del ácido carbónico por el pulmón aumenta gradualmente hasta la pubertad. Desde esta época se observan diferencias importantes. En el hombre, la cantidad de ácido carbónico exhalado aumenta sin cesar hasta los 30 años, poco más ó menos. Después, pasada esta edad, disminuye poco á poco, para volver á ser, en la vejez, lo que era á los 10 años. En la mujer, por el contrario, á partir del principio de la menstruación, la cantidad de ácido carbónico expulsada por el pulmón permanece estacionaria y no aumenta mientras el flujo catamenial persiste regularmente, es decir, durante todo el período adulto de la vida femenina. Al llegar la edad crítica, cuando las reglas se suprimen, la eliminación pulmonar aumenta de una manera notable, y decrece después, como en el hombre, á medida que la mujer se aproxima á la vejez. Lo propio sucede durante el embarazo, en que la exhalación carbónica aumenta, como en la edad de retorno, para disminuir de nuevo cuando ha reaparecido el flujo catamenial.

La época menstrual tiene igualmente cierta influencia sobre el sistema nervioso. A menudo, en este momento, las mujeres se tornan irritables, fatigadas, á veces con tendencia á la melancolía. Al lado de estos fenómenos psíquicos se observan desórdenes digestivos y vasculares. Casi siempre en la época de las reglas, sobre todo en los dos ó tres días que las preceden, sienten las mujeres dolores en la región lumbar ó en la pelvis, sin que exista, sin embargo, ningun indicio de lesiones por parte del útero ó de sus anejos (3). La intensidad de estas manifestaciones fisiológicas varía considerablemente en unas y otras mujeres. Apenas apreciables en cierto número de ellas, adquiere en otras un grado mucho más elevado.

(1) Rabuteau, *Gazette hebdomadaire*, 1870.

(2) Beigel, t. I, pág. 298.

(3) Estas diversas sensaciones, más bien desagradables que verdaderamente dolorosas, las han resumido las mujeres en una expresión vulgar, empleada á menudo por ellas: *Estoy indispueta*, en vez de decir: *Tengo las reglas*.

Aunque la rotura de un folículo de Graaf y la expulsión de un óvulo no resultan forzosamente de cada época menstrual, no es ménos cierto que la fecundación parece más probable en los pocos días que siguen á las reglas. Esto se comprende fácilmente, porque, como hemos dicho, la expulsión del óvulo, aunque no es más que un fenómeno pasivo, acompaña, las más veces, á la congestión menstrual (1).

Algunos autores han pretendido que la mujer tiene períodos agénésicos. En un trabajo del Dr. Avrard (2) se dice que, entre 28 días que constituyen el ciclo de las funciones genésicas correspondientes al intervalo entre dos épocas menstruales, sólo en la mitad de ellos es posible la fecundación. «El período genésico concluye ordinariamente, según el señor Avrard, á los 14 días del principio de las reglas, cualquiera que sea la duración del flujo. La fecundación, dice, es imposible desde el 14.º día de la aparición de las reglas hasta el fin de la época siguiente, por muy tardía que sea.» Insistimos acerca de estos hechos porque son cuestiones que importa mucho conocer, porque á cada instante se presentan en la práctica.

En efecto, á menudo se consulta al profesor para saber en qué época es más probable la fecundación. Por otro lado, muchas mujeres preguntan, con no poco interés, si hay una época en que estén al abrigo de un embarazo. En realidad, resulta de los hechos observados que, *aunque la impregnación es probablemente más fácil en los días que siguen á las reglas, es posible en cualquier momento del período inter-menstrual*. No debemos olvidar tampoco que una mujer puede ser fecundada antes de haber visto aparecer el primer flujo catamenial y algun tiempo después de su cesación. Ya hemos dicho que se han observado casos de embarazo 3, 4 y aun 10 años después de la menopausia.

La época en que se presentan las primeras reglas varía, bajo la influencia de una serie de causas generales é individuales. Se ha creído que el clima tiene una gran importancia respecto á la precocidad de la primera

(1) Es además muy verosímil que en la mujer, y quizás no en todas las especies animales, el óvulo sea fecundado en la trompa. En efecto, debemos guardarnos de generalizar demasiado al creer en la identidad de los fenómenos entre una especie y otra. La anatomía y la fisiología comparada nos han prestado, y nos prestan todos los días, inmensos servicios, pero siempre que no se generalice demasiado, y mucho ménos en lo referente á la generación.

La curiosa observación de Bischoff acerca del corzo dan un nuevo argumento en favor de nuestras ideas. En este animal, el cóito y la fecundación se verifican en Julio. El huevo fecundado sufre entonces una considerable suspensión de crecimiento, pues no comienza á desarrollarse hasta Diciembre. Van Beneden ha estudiado los mismos fenómenos en el corzo. Este pequeño animal practica el cóito antes del invierno, y, sin embargo, los óvulos sólo comienzan á desarrollarse con los primeros calores de la primavera. Hemos citado algunos ejemplos para demostrar que no deben confundirse unas especies con otras, y que las relaciones que existen entre el momento de la cópula, la fecundación y el desarrollo del óvulo pueden variar de un modo curioso, según el animal que se elija como objeto de estudio.

(2) Avrard, tesis de París, 1867, y Raciborski, *loc. cit.*, pág. 119.

aparicion menstrual. Estudiando la cuestion más de cerca, se vé que tales diferencias son pequeñas, y que quizás se deben tanto á las costumbres del país, á los usos adoptados por la juventud, á la edad en que la mujer se casa, como al clima mismo.

De las estadísticas se deduce que el término medio de la primera menstruacion es, próximamente, el mismo en París y en Madrid (1). En Madera corresponde á la edad de 15 años y medio. Ahora bien, Madera está á 33° de latitud, y su temperatura es de 19°3, igual, por consiguiente, á la de muchas provincias del Asia meridional, en que las mujeres menstruan (por término medio) á los 12 años, 9 meses y 14 dias. Estos ejemplos bastan para probar que ni el clima, ni la latitud tienen una influencia considerable sobre la época de la primera menstruacion.

No es ménos cierto que, generalmente, en los países calidos las reglas aparecen más pronto y son más abundantes que en los países frios. Así, miéntras que en las negras de Africa y las Indias la menstruacion comienza hácia los 10 ó 12 años, en Suecia y Noruega se observa á los 15 ó 16 y en la Sajonia á los 18. Por lo demas, sabido es que el clima resulta de una série de causas complejas.

Las diferencias de razas obran tambien, al parecer, sobre la menstruacion. Se ha observado, por ejemplo, que, en Polonia, las judías tienen las reglas más pronto que las jóvenes pertenecientes á otra religion, aunque habiten el mismo país y estén sometidas al propio régimen (2). El género de vida, la nutricion y la alimentacion, tienen tambien su parte de influencia. Así, las reglas tardan más en aparecer en el campo que en las ciudades. Se presentan más tarde en las clases pobres que en las acomodadas. Finalmente, la sociedad de seres de un sexo diferente debe tambien tenerse en cuenta. Sé ha observado en ciertas especies de animales, la coneja por ejemplo, que las hembras, colocadas en cajas próximas al macho, entran en calor mucho más pronto que las que están aisladas.

La primera aparicion del flujo menstrual va precedida de numerosos cambios en el conjunto del organismo femenino. Las mamas se desarrollan, aparecen los pelos en el púbis, la pélvis toma los caracteres de la pélvis adulta. Las más veces, en las jóvenes bien constituidas, la menstruacion inicial comienza sin ningun desórden prodrómico. Sin embargo, existen á menudo ciertos prodromos, como laxitud, fatiga de los miembros, do-

(1) Catorce años y 7 meses en París; 14 años, 6 meses y 7 dias en Madrid. (Raciborski, *loc. cit.*, pág. 188.)

(2) En ciertos países frios, y aún entre nosotros, en las montañas, las reglas son ménos abundantes, y hasta se suprimen en invierno durante seis meses, sin ningun desórden de la salud. (Lagneau, *Bulletins de la Société d'Anthropologie*, 1877, pág. 580.)

Segun el mismo autor, la raza juega un papel algo más considerable que el clima, respecto á los fenómenos menstruales. (Lagneau, *Bulletins de la Société d'Anthropologie*, 1865, pág. 740.)

lores vagos en el vientre y en la region lumbar; á menudo cefalalgia y manifestaciones cutáneas diversas. La exageración de estos síntomas constituye la dismenorrea, de que nos ocuparemos en el capítulo próximo.

Las reglas, una vez establecidas, vuelven á presentarse en épocas fijas con intervalos que varían, según los sujetos, de 20 á 30 días.

La duración del flujo sanguíneo es también variable; unas veces termina al cabo de tres días, otras se prolonga una semana y aún más. Si el flujo se limita á 1 ó 2 días, debe suponerse una causa patológica. Las más veces, en estado normal, las reglas duran 4 á 5 días y van precedidas y seguidas de un flujo mucoso más ó menos teñido de rojo. La cantidad de sangre que se pierde en cada época menstrual oscila entre 100 y 250 gramos (1).

La salida de líquido sanguíneo por el orificio uterino no se verifica de una manera continua. Si se aplica el espéculo en tales condiciones, se vé que la sangre sale por oleadas, como á chorros, fenómeno que se observa también algunas veces en el moco segregado por las glándulas cervicales, sin que la mujer experimente el menor dolor, sin que tenga la menor noción. Esto demuestra que existen contracciones uterinas insensibles é inconsecuentes.

Algunos autores han dicho que la sangre de las reglas no se coagulaba. La falsedad de esta idea se prueba diariamente por la observación. En las mujeres que tienen las reglas abundantes se ven salir verdaderos coágulos por la vulva. Con todo, debemos decir que la sangre menstrual suele ser poco coagulable. Se ha invocado, para explicar esta propiedad, la influencia de las secreciones ácidas de la vagina. Ahora bien, semejante hipótesis se halla en oposición con todos nuestros conocimientos fisiológicos. Sabido es, en efecto, que los ácidos coagulan el líquido sanguíneo. Algunos, como el ácido acético, le redisuelven después, siempre que se encuentren en exceso. Una modificación producida por el moco uterino, de reacción alcalina, estaría más en relación con las leyes de la química, pues los líquidos alcalinos, entre otros el bicarbonato de sosa, impiden ó disminuyen la coagulabilidad de la sangre.

Sin embargo, nos parece más lógico suponer que semejante disposición se debe, sobre todo, á que la que procede de las reglas es asfíxica, muy cargada de ácido carbónico, y, por consiguiente, poco propia para formar coágulos (2).

El olor especial y algo fuerte que contrae este líquido es debido, en

(1) Sims aconseja en la práctica, para darse cuenta aproximada de la cantidad de sangre que ha perdido, preguntar á las enfermas el número de trapos que necesitan. La cifra normal es, próximamente, 4 en las 24 horas. (Sims, *loc. cit.*, pág. 44.)

(2) Krieger admite una teoría sobre la periodicidad de las reglas, que creemos inútil exponer aquí, pues sólo se funda en teorías, en ideas hipotéticas. (Krieger, *Die Menstruation*, Berlin, 1869.)

parte, según dijo ya de Graaf, á que, verificándose lentamente la excreción menstrual, sus productos ofrecen mayor disposición á alterarse y á adquirir un olor particular (1).

Después de haberse reproducido todos los meses durante unos 30 años, el flujo periódico cesa en una edad que varía tanto y aún más que la de la primera menstruación. El término medio de las diferentes estadísticas da, en nuestros climas, 46 años, 4 meses y 2 días. En suma, en nuestros países, esta función fisiológica comienza hácia los 15 años y concluye hácia los 45. Las más veces, la menopausia, lo mismo que la aparición de las reglas, no ocasiona ningún accidente notable. Sin embargo, no siempre sucede así, y en ciertas mujeres se presentan desórdenes más ó menos graves, coincidiendo con la cesación de la hemorragia catamenial (2).

En las mujeres que comienzan á menstruar muy pronto, suele ser tardía la menopausia. En las mujeres precoces, la menstruación dura por término medio 33 años, y sólo 27 en las tardías. En efecto, de todos los trabajos recientes se deduce, por más que digan lo contrario muchos libros, que cuanto más pronto aparecen las reglas, más poderosas son las funciones generales y más se prolonga el período de actividad. Se ha observado igualmente que las irregularidades de esta función son más frecuentes cuando la erupción es tardía.

PATOLOGÍA DE LA MENSTRUACION

Hemos visto en el capítulo precedente que, en la mujer en estado normal, desde los 15 años hasta los 45 por término medio, se presenta todos los meses por los órganos genitales un flujo de sangre que varía de 100 á 250 gramos y dura cuatro ó cinco días. Estos diversos fenómenos pueden sufrir ciertas modificaciones, ciertas desviaciones del tipo normal y constituir de este modo una *menstruación patológica*.

MENSTRUACIONES PRECOCES Y TARDÍAS

Se llaman *menstruaciones precoces* aquellos casos en que, no sólo el flujo sanguíneo, sino también los demás signos de la pubertad, se manifiestan en las niñas mucho tiempo ántes de la edad en que deben observarse.

(1) Pocas funciones han dado lugar á tantas supersticiones como la menstruación de la mujer. La idea de las propiedades nefastas, atribuidas por los antiguos á los productos del flujo catamenial, subsiste todavía hoy entre nuestras campesinas.

(2) El Dr. Burdel ha citado el caso curioso de una mujer que tenía una inversión uterina reducida, á consecuencia de la cual se suprimieron las reglas; esto no le impidió tener tres embarazos seguidos de partos normales y de término. (*Annales de Gynecologie*, 1879, pág. 133.)

En ocasiones, en los primeros días que siguen al nacimiento, se ve en las niñas un flujo de sangre por la vulva. Esta hemorragia cesa ordinariamente al cabo de uno ó dos días. En algunas niñas no vuelve á aparecer, en otras se renueva una ó dos veces y desaparece definitivamente (1). No puede aplicarse á estos casos la denominacion de menstruacion precoz, aunque média quizás una relacion entre esta hemorragia vulvar y los fenómenos que se observan en los ovarios, los testículos y las mamas en los recién nacidos de uno y otro sexo. Pero existen otras niñas que sólo cuentan algunos meses ó algunos años y que ofrecen todos los signos de la pubertad. Dichas manifestaciones exteriores van acompañadas de un flujo menstrual, que dura tres ó cuatro días y reaparece todos los meses. A pesar de estas hemorragias precoces, algunas niñas no presentan ninguna modificacion en su salud general. El flujo periódico, una vez establecido en ellos, se continúa ordinariamente hasta la edad adulta; otras veces cesa al cabo de algunos años solamente (2).

En los casos de este género, ó al ménos en algunos de ellos, la menstruacion existe con la evolucion, segun lo demuestran los casos de parto á los 7 y $\frac{1}{2}$, 8, 9, 10 y 11 años (3). Estos hechos de precocidad sexual no son más sorprendentes que aquellos en que se ven niños que nacen con dientes, con cabellos completamente desarrollados.

Se han citado igualmente casos de *menstruaciones tardías*. Sin hablar de las observaciones antiguas, que carecen de toda comprobacion científica, dirémos que los autores modernos, entre ellos Raciborski, Puech, Courty y Beigel, han visto la persistencia del flujo menstrual en mujeres de 56 y 57 años (4). Ante las afirmaciones de observadores tan competentes, debe admitirse que la menopausia se retrase hasta dicha edad, con un estado de salud perfectamente normal por lo demas.

Ya hemos dicho, al hablar del cáncer, que, en las mujeres viejas, las metrorragias adquieren el carácter periódico de las reglas. A menudo, estas pretendidas reglas no son más que la primera manifestacion de un tumor maligno, cuya existencia se comprueba algunas semanas ó algunos meses despues (5). Así, el ginecólogo debe ser muy reservado ántes de

(1) Bouchut, *Gaz. des Hôpitaux*, 1876, pág. 1.073.

(2) Véase el caso de Puech, en que una hemorragia periódica en una niña de cinco años, que continuó regularmente hasta los ocho años y medio, cesó á esta edad, y no había reaparecido á los 14 años, época en que perdió de vista á dicha niña. (Puech, *Des ovaires, de leurs anomalies*, París, 1873, pág. 129.)

(3) Schröder, *loc. cit.*, pág. 301, y Kilpatrick, *Ann. de Gyn.*, 1874, pág. 403. Los casos de pubertad precoz se han observado también en el niño. Recordáremos, bajo este punto de vista, la observacion de un muchacho de cuatro años, cuyos órganos sexuales estaban completamente desarrollados, y en el cual había ereccion seguida de eyaculacion. (Flinth South, citado por Beigel, t. I, pág. 325.)

(4) Barié, *loc. cit.*, pág. 43.

(5) Véanse las observaciones de Siredey en el artículo *Ménorrhagie* del *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*.

formular su juicio sobre la naturaleza de una metrorragia en una vieja, cualquiera que sea, por lo demas, su semejanza con el flujo menstrual.

DE LA AMENORREA

Se designa con el nombre de *amenorrea* la falta de hemorragia periódica. Esta falta puede depender, ora de que no se verifique la hemorragia, ora de que exista un obstáculo á la salida de la sangre, que entónces permanece acumulada en la cavidad del útero. Ya hemos estudiado este segundo grupo de fenómenos al hablar de la atresia de los órganos genitales.

La amenorrea puede ser *permanente* y *transitoria*.

Aunque casi siempre en relacion con una afeccion cualquiera, la *amenorrea permanente* puede, sin embargo, encontrarse con un estado de salud, satisfactorio por lo demas. El siguiente hecho es uno de los más concluyentes bajo este punto de vista. Se trataba de una señora de 37 años, casada á los 19, sin haber menstruado nunca. Tuvo nueve embarazos normales; el primero inmediatamente despues del matrimonio. La secrecion láctea era bastante abundante para permitirle criar á sus hijos. La salud era completamente satisfactoria.

En otros casos, el flujo sanguíneo no se presenta hasta más tarde. Lawy cita el caso de una mujer de 31 años que parió seis veces sin tener nunca la menstruacion, que comenzó á esta edad. Esta última observacion entra más bien en el grupo de casos de amenorrea transitoria (1).

Encontramos la *amenorrea transitoria* en estado fisiológico durante el embarazo y la lactancia. Durante el embarazo, las excepciones son tan raras que las han negado muchos tocólogos. En las nodrizas, por el contrario, las excepciones son frecuentes y dirémos como de paso que no debe atribuirse una excesiva importancia á este síntoma. A los siete ú ocho meses de lactancia es bastante frecuente que sobrevengan las reglas, sin que por eso sufra la menor influencia la secrecion láctea, ni en su cantidad, ni en su calidad. Raciborsky, que ha estudiado la cuestion y ha hecho numerosas análisis de la leche en tales condiciones, dice que «la única particularidad que presentan, al parecer, las nodrizas regladas, consiste en que su leche es generalmente ménos rica en crema, miéntras dura la evacuacion menstrual, que en el intervalo de dichas épocas (2).» Nosotros hemos tenido ocasion de observar cierto número de buenas nodrizas que criaban perfectamente á sus niños, y en las cuales, sin embargo, se presentaban las reglas todos los meses (3).

(1) Véase, para los detalles de estas observaciones, Beigel, *loc. cit.*, t. I, pág. 330.

(2) Raciborski, *loc. cit.*, pág. 148.

(3) Segun los trabajos más recientes de Marchand, la lactina disminuye, y hay, por el contrario, un ligero aumento de materias albuminoideas durante las reglas. (*Ann. de Gyn.*, 1874, pág. 401.)

Si se interroga en este sentido á las nodrizas mercenarias, engañarán casi siempre y negarán hasta el retorno del flujo sanguíneo, sin duda por la creencia vulgar de que el cumplimiento de la función menstrual puede perjudicar á la lactancia.

Etiología. — No tenemos que ocuparnos aquí de las amenorreas resultantes de las afecciones uterinas, estudiadas en los capítulos anteriores. La amenorrea transitoria es producida á menudo por desórdenes de la nutrición ó enfermedades generales. La clorosis, sobre todo poco tiempo después de la pubertad, es una de las más frecuentes (1). La tuberculosis es también una causa frecuente, lo mismo que las enfermedades agudas, consuntivas, las afecciones tifoideas, etc. La amenorrea es, según Fournier, el desorden de las funciones menstruales que más á menudo se encuentra relacionado con la evolución de la sífilis (2). La excesiva gordura va también acompañada en muchos casos de falta de hemorragia periódica.

Existe una forma de amenorrea transitoria que se presenta bajo la influencia de causas psíquicas. Esta etiología es mucho más rara de lo que se admite generalmente. Es cierto, sin embargo, que un terror, una mala nueva inesperada, en una palabra, una emoción viva cualquiera, puede detener repentinamente el flujo menstrual (3). Raciborski (4) ha llamado la atención sobre una variedad de amenorrea transitoria, que consiste en un retraso de 8 á 15 días en la aparición de las reglas en mujeres que temen estar embarazadas, porque la gestación sería una verdadera desgracia para ellas. Otros ginecólogos han venido á confirmar las ideas de Raciborski, y nosotros hemos tenido ocasión de observar algunos hechos que entran completamente en esta categoría. Se ha visto el mismo efecto en mujeres estériles con vivos deseos de tener un hijo.

Constituyen las *reglas desviadas* aquellos casos en que, faltando las reglas ó siendo insuficientes, se presentan hemorragias periódicas en otros puntos del cuerpo. Estos flujos sanguíneos tienen, por lo general, su asiento en las mucosas nasales, pulmonares, estomacales y rectales (5). Otras veces son tumores, úlceras ó heridas los que dan regularmente salida á cierta cantidad de sangre (6). Como quiera que los flujos de este género se presentan también en el hombre, debe el médico ser muy reservado en la interpretación de tales hechos. Con todo, hay circunstancias en que estas hemorragias reemplazan verdaderamente á la menstruación. En este número se encuentran muchas histéricas, milagrosas y estigmatizadas.

Tratamiento. — Si la falta de las reglas se halla bajo la dependencia

(1) Sée, *Du sang et des anémies*, París, 1866, pág. 248.

(2) Fournier, *loc. cit.*, pág. 946.

(3) Schroeder, *loc. cit.*, pág. 307.

(4) Raciborski, *loc. cit.*, pág. 621.

(5) Baret, *London, med. Records*, y *Archives de toxicologie*, 1876, pág. 496.

(6) Véase, respecto á las reglas desviadas, Camiade, tesis de París, 1872.

de una afección uterina ó de una enfermedad constitucional, tal como la tuberculosis ó sífilis, será ésta la que se debe combatir. Lo propio diremos de la clorosis, cuya curacion basta para que se presente el flujo menstrual.

Cuando se supone una falta de actividad del aparato útero-ovárico, el profesor debe buscar sus recursos en una buena higiene, la gimnasia, los paseos al aire libre, asociados á las duchas calientes y frías, y á las prácticas hidroterápicas en general. Se pueden ordenar, además, los baños de piés ó de asiento calientes, la aplicacion de sinapismos en la cara interna de los muslos, etc. Tambien se ha intentado el cateterismo de la cavidad uterina para excitar de este modo la vitalidad de la mucosa. Asimismo se han preconizado los pesarios intra-uterinos permanentes. Ya hemos manifestado, al hablar de las desviaciones, nuestras pocas simpatías por este tratamiento. Diversos observadores han preconizado el empleo de la electricidad. Unos han empleado las corrientes farádicas (1); otros han hecho uso de las corrientes directas (2) y han obtenido resultados, no sólo electrizando la region pélvica, sino tambien la region del cuello en las inmediaciones de los ganglios simpáticos cervicales y de la parte superior de la médula (3).

En los casos de excesiva gordura se planteará un régimen diatésico apropiado, compuesto de carne, legumbres verdes y un poco de vino. Las enfermas beberán lo ménos posible y se abstendrán de pan y de todo alimento harinoso. Además, dos veces por semana se administrará una dosis de escamonea ó algun purgante salino. La dieta láctea se ha empleado tambien con éxito, en el tratamiento de la amenorrea, en las mujeres polisárcicas (4).

Por lo general, no nos fiaremos mucho de todos los medicamentos llamados emenagogos, como el áloes, la ruda, el azafran, la sabina, que muchas veces no hacen más que fatigar el estómago de las enfermas. En los casos de clorosis, el hierro es el mejor de los emenagogos.

(1) Duchenne, de Bolonia, *De l'électrisation localisée*, 1872, pág. 92.

(2) Hemos visto que esta práctica daba buenos resultados, avanzando muchos días las reglas y siendo más abundantes en las mujeres no amenorreicas.

(3) Onimus, *De l'influence des courants continus sur les phénomènes vasculaires de la matrice*. (*Ann. de Gyn.*, 1874, t. II, pág. 126.)

(4) Tarnier, *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1876, pág. 542, y Debove, *Du régime lacté dans les maladies*, tesis de agregacion, 1878, pág. 58.

DE LA MENORRAGIA

Cuando el flujo menstrual pasa, ora en duracion, ora en cantidad, de las condiciones normales, hasta el punto de comprometer la salud, dícese que hay *menorragia*.

Esta difiere de la *metrorragia* en que, en el primer caso, el flujo sanguíneo se verifica en la época menstrual, y en el segundo, por el contrario, fuera de esta época.

Las menorragias son casi siempre sintomáticas de una lesion del útero ó de sus anejos. Así, se ven en las enfermedades generales, como el escorbuto, la púrpura, la enfermedad de Werloff, de Bright, en las mujeres debilitadas, cuya nutricion ha sufrido mucho, ó despues de una prolongada permanencia en la cama. El exceso de gordura que, como hemos visto, es á veces causa de amenorrea, puede tambien dar lugar á menorragias. A menudo se suceden los dos trastornos menstruales (1).

El *tratamiento* de la menorragia consiste, ante todo, en el reposo en la cama. Por lo demas, como es casi siempre sintomática, el profesor deberá dirigir su tratamiento contra la afeccion principal. El agua fría nos presta grandes servicios en los casos de menorragias abundantes. Pero no debemos olvidar, cuando se emplea el frio, que éste debe ser continuo, so pena de producir un efecto inverso al que se busca. La vejiga de hielo, aplicada sobre las paredes abdominales, tiene en estos casos una accion bastante dudosa. Nosotros aconsejamos las irrigaciones frias permanentes en la vagina, y al mismo tiempo el cornezuelo ó la ergotina, ora introducida por la boca, ora por inyecciones hipodérmicas.

DE LA DISMENORREA

Hemos visto en el capítulo precedente que la menstruacion, aún la fisiológica, va acompañada á menudo de diversos desórdenes de los aparatos circulatorio, digestivo y nervioso. Hemos dicho tambien que las sensaciones que experimentan las mujeres en tales circunstancias son más bien desagradables que dolorosas. Estas sensaciones penosas pueden adquirir cierto grado de agudeza y convertirse en verdaderos sufrimientos, lo cual constituye la *menstruacion dolorosa*.

En otros casos los dolores adquieren tal intensidad que constituyen por sí solos un estado morboso de alguna consideracion. Entónces se dice que hay *dismenorrea*.

Las ideas respecto á este particular han variado necesariamente con

(1) Dancel, *Gaz. des Hôp.*, 1866, págs. 289 y 301.

nuestros conocimientos, relativos á la fisiología de la menstruacion. Así, la hipótesis de una forma ovárica, resultante de la contraccion de los músculos lisos entre los cuales nacen los folículos, no es sostenible hoy que poseemos nociones más precisas sobre la estructura del ovario.

Raciborski admitió tres formas de dismenorrea, la *espasmódica*, la *congestiva* y la *inflamatoria*. (La dismenorrea espasmódica ha sido indicada por otros autores con el nombre de *ovárica* ó *nerviosa*.) Segun este ginecólogo, la forma inflamatoria es aquella en que las enfermas expulsan coágulos decolorados.

La mayor parte de las observaciones de *dismenorrea congestiva* mencionada por los autores se halla, en nuestro concepto, relacionada con una metritis crónica, cuyos dolores se exasperan durante el período de las reglas. La variedad llamada *nerviosa* suele estar relacionada con una neuralgia lumbo-abdominal, ó más bien no es una dismenorrea nerviosa, sino una neuralgia exterior, que se hace más intensa bajo la influencia de la congestion catamenial. En tales enfermas se encuentra, en el intervalo de las reglas, un punto sensible que persiste en la union del cuello con el cuerpo. A menudo, estos casos se confunden con la dismenorrea, y desgraciadamente son tratados como tal, por las dilataciones, las incisiones, las cauterizaciones, sin éxito ó con resultado funesto.

En suma, la dismenorrea verdadera es casi siempre sintomática de una afeccion del útero ó de sus anejos, y depende las más veces de un obstáculo mecánico. En otros términos: resulta de la presencia en el útero de un cuerpo extraño, que produce contracciones exageradas de dicho órgano, y, por consiguiente, dolores. Así, se vió que un pequeño pólipo, situado al nivel del orificio interno, daba lugar á una dismenorrea de las más dolorosas, que cesó, para no reaparecer, inmediatamente despues de su ablacion.

Este cuerpo extraño puede hallarse formado por sangre líquida, coagulada, por trozos de la mucosa, que adquieren á veces notables dimensiones, y constituyen entónces la dismenorrea membranosa, de la cual, volverémos á hablar en el capítulo siguiente.

La dificultad que experimentan estos diversos productos para ser expulsados por el útero, resulta, ora de su volúmen demasiado considerable, ora de que el espacio por el cual deben ser eliminados sea demasiado estrecho. La disminucion del orificio de salida depende de una multitud de circunstancias. La estenosis congénita ó adquirida del orificio externo es una de las más frecuentes. Sims cree que juega el principal papel, bajo el punto de vista que nos ocupa. En efecto, entre 100 mujeres dismenorreicas, encontró 90 que tenían una estrechez cervical.

Se comprende tambien que el diámetro de un conducto, normal exteriormente, puede disminuir por un engrosamiento de la mucosa ó la presencia de un neoplasma. Las desviaciones, como ya hemos visto, no sue-

len tener importancia en este sentido más que cuando se complican con otras lesiones por parte del útero. Puede existir también un espasmo del orificio interno que produzca su oclusión momentánea y secundariamente dolores menstruales. Esta última forma es la más rara; sin embargo, Duneau la cree bastante frecuente y la compara á ciertos espasmos de la vejiga en el hombre, con estrechez en el meato.

Si la llegada de la sangre á la cavidad uterina y la descamación de la mucosa se verifican poco á poco, su expulsión al exterior será fácil, aún con un orificio estrecho. Si, por el contrario, es abundante y repentina y el líquido no sale en la misma proporción, el útero se distiende y las enfermas experimentan dolores. Entónces salen coágulos más ó menos decolorados, que constituyen una de las variedades confundidas con el nombre de dismenorrea membranosa.

Síntomas. — Los dolores dismenorreicos ofrecen un carácter especial. Son verdaderos cólicos uterinos que se irradian á los riñones y á los muslos. A veces son intermitentes, y cesan durante algún tiempo para presentarse de nuevo. Otras veces, acaso las más, son continuos, y presentan exacerbaciones irregulares. Estos sufrimientos pueden adquirir un grado excesivo de agudeza. Las pacientes se agitan en su cama, gritan y gimen á cada momento. A pesar de todo este cortejo doloroso, la temperatura es normal, cualquiera que sea la intensidad y la duración de las crisis (1). Estas crisis se presentan ordinariamente ántes de que aparezca al exterior el flujo sanguíneo, y cesan cuando el cuerpo extraño ha franqueado el obstáculo. A menudo, al cabo de algunas horas, todo ha desaparecido sin dejar el menor indicio, y no puede comprenderse el estado en que se hallaba la enferma poco tiempo ántes (2).

La dismenorrea va acompañada muchas veces de esterilidad. Entre 250 mujeres estériles observadas por Sims, 129, es decir, más de la mitad, presentaban menstruaciones acompañadas de dolores anormales (3).

Tratamiento. — El de la dismenorrea deberá ser ante todo mecánico, si se observa la estrechez de uno de los orificios, externo ó interno. Sims ha preconizado la incisión del orificio externo. Esta pequeña operación no es siempre inofensiva, por lo cual preferimos la dilatación. Duncan, en Inglaterra (4), ha combatido igualmente las incisiones, que considera como

(1) No nos ocuparemos de las relaciones de la menstruación con las enfermedades generales ó ciertas afecciones convulsivas, como el histerismo ó la epilepsia; semejante estudio nos desviaría mucho del cuadro que nos hemos trazado.

(2) En algunas mujeres, todo este cortejo doloroso se reproduce entre dos épocas, y da lugar á lo que se ha llamado *dismenorrea inter-menstrual*, atribuida por Priestley á una ovulación lenta ó difícil, hipótesis que no se halla basada en ningún hecho anatómico. (Priestley, *Cases of intermenstrual or intermediate dysmenorrhoea*, 1871; analizado en el *Jahresbericht*, 1872, t. II, pág. 559.

(3) Sims, *loc. cit.*, pág. 164.

(4) Duncan, *Brit. med. Journ.*, 1873 y 1874.

inútiles y peligrosas, y que reemplaza por la dilatación progresiva con sondas introducidas y dejadas en la cavidad cervical todos los días durante un cuarto de hora. Este procedimiento nos ha dado buenos resultados en los casos en que el empleo de tallos de laminaria no fué seguido de ninguna mejoría duradera.

Si no se observa estrechez en ningún punto, será preciso emplear los medios generales, como la hidroterapia, la electricidad (1). En tales condiciones será preciso intervenir, sobre todo en el momento de la crisis. Los narcóticos, el ópio, el cáñamo indiano, preconizados por los médicos ingleses, están entonces indicados (2).

Si los sufrimientos son muy vivos, se practicarán algunas inyecciones hipodérmicas de cloruro mórfico. Las duchas de clorofórmico en la vagina ayudarán á calmar los dolores. La ovariectomía normal ó operación de Battey, se ha propuesto contra las amenorreas dolorosas ó las menorragias rebeldes. El éxito, poco seguro, de la operación, basada en teorías falsas ó no demostradas, y sobre todo su gravedad, no deben estimularnos á practicarla (3).

DE LA DISMENORREA MEMBRANOSA

Después de los vivos dolores de la dismenorrea, ciertas enfermas expulsan productos sólidos, de forma, dimensión y naturaleza variados. Esto constituye lo que se ha designado con el nombre de *dismenorrea membranosa*. Nosotros reuniremos en semejante grupo *todos los casos en que los dolores menstruales violentos van seguidos de la expulsión de un producto membraniforme*.

Algunos ginecólogos han aconsejado reservar esta denominación para los que resultan de la exfoliación de la mucosa uterina; otros han propuesto el nombre de *endometritis exfoliatriz*. En efecto, existen circunstancias en que este adjetivo sería exacto, pero no siempre sucede así. Podemos repetir, respecto á este punto, lo mismo que hemos dicho concerniente á la metritis: rara vez se practican los exámenes anatómicos, y cada autor

(1) Se puede ensayar el apiol, administrado diariamente, á la dosis de cuatro á seis cápsulas, durante los dos ó tres días que preceden á la aparición probable de las reglas.

(2) Puede formularse lo siguiente:

Agua destilada de tilo	100 gramos.
Tintura de cannabis indica	1,50 gramos.
Agua destilada de laurel-cerezo	10 gramos.
Jarabe de ópio.	} añ 20 —
— de éter.	

para tomar una cucharada cada hora.

(3) Véase, á propósito de la observación de Battey, *Annales de Gynécologie*, 1878, página 188, y Sims, *Brit. med. Journ.*, 1877.

que ha estudiado un caso con el cuidado necesario ha querido generalizarle inmediatamente con todos los demas.

No expondremos todas las teorías á que ha dado lugar la afeccion que nos ocupa, desde la célebre observacion de Morgagni (1) hasta nuestros dias. Su existencia, puesta en duda y hasta negada por ciertos autores de anatomía patológica, ha sido demostrada de una manera indiscutible por los descubrimientos modernos (2). Con todo, debemos decir que acaso se halle considerada mal la dismenorrea como una sola y misma afeccion, una especie de entidad morbosa, cuando, por el contrario, se observa en estados muy diferentes unos de otros.

Anatomía patológica. — Los caracteres macroscópicos de los productos expulsados en los casos de dismenorrea membranosa, son absolutamente insignificantes. Cualquiera que sea, en efecto, su naturaleza, tienen la misma tendencia á presentarse en la cavidad uterina, cuya forma presentan.

El exámen histológico es el único que puede indicar la estructura. Las preparaciones obtenidas por disociacion son á menudo insuficientes y es necesario practicar cortes (3).

La composicion de estas pseudo-membranas es muy variada. Hemos observado las siguientes categorías:

- 1.^a Coágulos fibrinosos decolorados.
- 2.^a Moco coagulado y mezclado con mayor ó menor número de elementos figurados. Productos comparables á estas falsas membranas irregulares, á menudo expulsadas en diferentes circunstancias, en particular en los estreñimientos pertinaces.
- 3.^a Colgajos de mucosa uterina. Esta última variedad no ha sido bastante estudiada hasta ahora.

Generalmente se han contentado los ginecólogos con indicar la naturaleza de su produccion, sin llevar más allá el exámen, y sin averiguar en qué estado se encuentra la mucosa (4); unas veces es normal, con trozos de glándulas nadando en un tejido infiltrado de pequeñas células redondas, absolutamente como en el período menstrual en la mujer en estado fisiológico. Otras veces está infiltrado de glóbulos sanguíneos y purulentos, constituyendo lo que los alemanes han llamado la inflamacion diftérica (5). Finalmente, en ocasiones se ve una masa de tejido embrionario,

(1) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, carta XLVIII.

(2) Troque, tesis de doctorado, París, 1869. — Huchard y Labadie-Lagrave, 1870. — Beigel, *Arch. f. Gyn.*, t. IX, pág. 84. — Léopold, *Arch. f. Gyn.*, t. X, pág. 293. — Hoggan, *Arch. f. Gyn.*, t. X, pág. 301. — Siredey, artículo *Disménorrhée*, del *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.* — Bernutz, *Contribution à l'histoire de la dysménorrhée membraneuse.* (*Archives de Tocologie*, 1879.)

(3) Cuando estas membranas son delgadas, es preferible extenderlas sobre una hoja de papel y fijarlas con un alfiler ántes de someterlas al endurecimiento.

(4) Hemos estudiado, de algunos años á esta parte, un gran número de casos de este género. Comparándolos entre sí, hemos podido adquirir algunos datos nuevos.

(5) Que no deben confundirse con las falsas membranas resultantes de la difteria;

que no presenta glándulas ni epitelio, y semejante al que hemos descrito en los períodos avanzados de la metritis interna crónica.

4.^a Los productos de un verdadero aborto, confundidos á menudo con restos dismenorreicos (1).

5.^a Membranas de procedencia vaginal, fáciles de reconocer por su estructura, únicamente constituidas por gruesas células de epitelio pavimentoso.

Algunas de estas variedades pueden encontrarse reunidas en una misma enferma. Así, hemos visto productos compuestos de moco acompañados de verdaderos colgajos de mucosa.

Sintomas. — Los dolores no ofrecen ningun carácter que sea peculiar de esta forma de dismenorrea. Las épocas menstruales se presentan con su regularidad habitual. Cuando esta regularidad sufre una modificacion, el período se retrasa, por lo general, en vez de avanzar; en ocasiones reviste una forma menorragica. Hacia el segundo ó tercer dia, mas rara vez hacia el cuarto, se verifica la expulsion de la membrana. Si se presenta al principio de los dolores, éstos son ordinariamente ménos vivos. En otros casos, son excesivos, y la membrana, obliterando el orificio interno y oponiéndose á la salida de sangre al exterior, es expulsada en muchos colgajos al cabo de más ó ménos tiempo. Los sufrimientos desaparecen en el intervalo de las reglas, si no hay complicaciones. En algunos casos se observa, durante la época inter-menstrual, un flujo moco-purulento en relacion con la metritis crónica que acompaña á la dismenorrea membranosa, de la cual es frecuentemente la causa.

Estos desórdenes morbosos se renuevan generalmente en cada período menstrual, se prolongan algunos años y á veces durante toda la fase de actividad genital de la mujer. Su aparicion, limitada á una sola época catamenial, es tan rara que muchos autores la han puesto en duda (2). Por lo general, los accidentes disminuyen con la edad ó son reemplazados por menorragia. La menopausia los hace desaparecer por completo.

éstas pueden revestir la superficie uterina, como la de todas las mucosas, pero no tienen nada de comun con la dismenorrea.

(1) Con este motivo hemos indicado un procedimiento que permite obtener fácilmente preparaciones características, aún á simple vista, cuando se trata de un aborto. Basta introducir la membrana que debe examinarse en una disolucion de ácido pírico durante un cuarto de hora próximamente. Despues se coge con unas pinzas una porcion de tejido, y se agita en el agua. Todos los elementos extraños á la vellosidad corial son así expulsados, y esta queda aislada. No hay más que extenderla sobre una lámina de cristal, añadir un poco de glicerina y cubrirla con una laminilla, para obtener una pequeña masa arborescente, que recuerda la disposicion de ciertas algas marinas, y que no puede confundirse con ningun otro tejido. — *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1876, t. XXVIII, pág. 141.

(2) Haussmann, *Berl. B. z. Geb. und Gyn.*, t. I, pág. 156. — El caso citado por Schræder (*loc. cit.*, pág. 314) no puede resolver la cuestion si no se practica el exámen histológico.

En ciertas mujeres, la expulsion de falsas membranas se verifica sin producir accidentes dismenorreicos propiamente dichos. En ocasiones es intermitente, sólo se presenta cada dos ó tres meses, y coincide entónces con algunos ligeros cólicos y un flujo de sangre más abundante. El señor Bernutz (1) considera estos casos ligeros como un primer grado de la enfermedad (2).

Diagnóstico. — La dismenorrea membranosa podrá confundirse, sobre todo, con una neuralgia con exacerbaciones menstruales. En la neuralgia se encuentran puntos diseminados, dolorosos á la presion, que persisten durante el intervalo de las reglas, sobre todo en la union del cuerpo y del cuello del útero; más á menudo en el lado izquierdo que en el derecho. En cuanto á la naturaleza misma del producto expulsado, el exámen histológico es el único que puede ilustrarnos en este sentido y ponernos en camino de un tratamiento racional.

Pronóstico. — La dismenorrea membranosa no produce la muerte por sí misma. Con todo, puede considerarse como una afeccion bastante grave, á causa de la vida penosa y llena de sufrimientos que impone á las enfermas, de su larga duracion y de la resistencia que opone á veces á los diversos modos de tratamiento.

Merece llamar la atencion, sobre todo bajo el punto de vista de la esterilidad. La mayor parte de las mujeres que presentan estos accidentes menstruales son y permanecen estériles; sin embargo, se han visto algunas en las cuales llegó á haber una verdadera concepcion. En tales condiciones, el parto suele hacer cesar definitivamente los accidentes dolorosos. No siempre sucede así, pues en ocasiones los dolores dismenorreicos se reproducen nuevamente despues de un parto de término. Esto prueba que la estenosis del cuello, aunque es un factor importante, no es el todo en la patogenia de la afeccion que nos ocupa. Es probable que el pronóstico cambie, segun los casos, á medida que se conozcan mejor las variedades.

Etiología. — La dismenorrea membranosa, sin ser una afeccion muy frecuente, es ménos rara de lo que generalmente se cree. En algunas mujeres comienza con la primera menstruacion, miéntras que en otras es consecutiva á las primeras relaciones sexuales, ó á un aborto de algunas semanas, que pasa desapercibido, y por consiguiente, mal cuidadas. Esta es una etiología comun á muchas afecciones de los órganos genitales, acerca de la cual no volverémos á hablar.

(1) Bernutz, *Arch. de Tocologie*, 1879, pág. 81.

(2) Los pocos casos de este género que nosotros hemos observado no se hallan en relacion con tales hipótesis. Las mujeres que han tenido estas ligeras manifestaciones han conservado el mismo carácter de benignidad miéntras las hemos observado. Por el contrario, en los casos muy marcados, los dolores vivos se presentaron igualmente desde el principio. Ahora bien, nos parece que, segun la hipótesis del Sr. Bernutz, el curso debería ser diferente, acentuándose más y más á medida que la enfermedad progresara.

El estudio de los fenómenos que se observan en la mucosa uterina en la época de las reglas, ha ilustrado mucho la patogenia de ciertas especies de dismenorrea membranosa. Sabemos, en efecto, que en esta época las glándulas se alargan y se ensanchan, los tejidos se engruesan y se infiltran de elementos embrionarios. Estos cambios se verifican lentamente y ántes del flujo sanguíneo. Despues, una parte de esta mucosa hipertrofiada se descama poco á poco y por pequeñas porciones.

Ahora bien; ciertas formas de dismenorrea membranosa no son más que una exageracion de este proceso normal. En vez de verificarse por pequeñas porciones, la descamación, ora en masa, ora en grandes colgajos, necesita contracciones uterinas más enérgicas. La estrechez del orificio cervical aumenta todavía las dificultades de expulsion y la agudeza de los síntomas. Éstos pueden presentarse, aún con su cuello normal, si el producto que se debe emplear es muy voluminoso. Por último, ciertas mujeres presentan una excitabilidad nerviosa exagerada, que hace que, bajo la influencia de un estado anatómico idéntico, los sufrimientos sean mucho más marcados en ellas que en otras.

Aparte de estas disposiciones individuales, una metritis interna, un pólip, ó cualquier otra causa que produzca una hipertrofia de la mucosa uterina, pueden ser el punto de partida de la dismenorrea membranosa. Se ha atribuido á un desarrollo incompleto del útero, á una trombosis de la mucosa.

Es indudable que se han observado casos de este género, pero existen otros que nada tienen que ver con tales condiciones. El Dr. Gauthier la ha comparado á la ictiosis lingual (1). Se ha invocado igualmente la influencia de una mala constitucion, de la diátesis escrofulosa. Hemos tenido ocasion de observar algunos casos en mujeres bien constituidas y que no presentaban ninguna alteracion de su salud.

Tratamiento. — El tratamiento debe diferir segun que se observe la enferma en el momento de una crísis ó en el intervalo: los medios se dividen en *locales y generales*.

Ademas de los períodos dolorosos, si el cateterismo revela una estrechez del conducto cervical, se podrá recurrir á la incision, aconsejada por Sims. Nosotros empleamos más bien la dilatacion gradual con bujías ó con tallos de laminaria.

Si no hay estenosis del cuello, ni anatómica ni espasmódica, y se supone una alteracion de la mucosa del cuerpo del útero, se procurará modificarla por medio de cáusticos líquidos ó sólidos. Damos la preferencia al nitrato de plata, llevado con el histerómetro segun el procedimiento de Siredey, que ya describimos al hablar de la metritis interna crónica.

(1) Gauthier, *De la pathogénie de la disménorrhée membraneuse*, Génova, 1878.

Estos diversos métodos de tratamiento han dado éxitos y reveses, á veces, á un mismo observador (1).

Las investigaciones anatomo-patológicas nos han explicado, en parte, la diferencia de acción de un mismo procedimiento aplicado á afecciones semejantes al parecer, y muy diferentes en realidad.

Se comprende, en efecto, que las cauterizaciones son buenas si hay endometritis, y en cambio son inútiles ó perjudiciales si el proceso patológico consiste solamente en una hipertrofia simple ó una descamación exagerada de la mucosa normal. Así, creemos que, sólo después de un examen microscópico serio de los productos expulsados se puede plantear una terapéutica lógica y regular.

Las indicaciones del tratamiento general deben fundarse en el estado diatésico de las enfermas. Así, el ioduro de potasio, el aceite de hígado de bacalao, útiles para unas, serán reemplazados, en otras, por el arsénico ó los alcalinos. La hidroterapia y las curas termales tienen también una influencia favorable. La electricidad ha dado buenos resultados, en casos de este género, á enfermas que en vano habían empleado otros medios curativos (2).

La medicación que debe oponerse á las crisis dolorosas no presenta aquí nada de particular. Como en la dismenorrea simple, se recurrirá á los narcóticos, á los supositorios belladonizados, á la tintura de cáñamo indiano y á la morfina (3).

VICIOS DE CONFORMACION DEL OVARIO

La *falta de ambos ovarios*, como anomalía aislada, es un hecho tan raro que no sabemos exista ninguna observación positiva. Este vicio de conformación coincide casi siempre con otras anomalías de desarrollo incompatibles con la vida (4). Los casos referidos por los autores antiguos de falta de ovarios en el adulto eran probablemente consecutivos á la torsión

(1) Algunos ginecólogos han aconsejado igualmente los pesarios intra-uterinos, cuyo uso rechazamos nosotros en tales condiciones.

(2) *Dysmenorrhoea membranacea geheilt durch die Anwendung der Electricität*, Alejandro Solowieff (de Kazan). (*Arch. für Gyn.*, t. VIII, 1875, pág. 527.)

(3) Las lavativas frías con tintura de ópio y alcanfor, son un buen medio calmante.

Agua comun.	500 gramos.
Tintura de ópio.	10 gotas.
Alcanfor.	20 centigramos.
Yema de huevo núm. I.	

Conviene tener cuidado de vaciar previamente el recto, administrando una lavativa simple, para que la enferma retenga después la lavativa medicinal.

(4) Puech, *Des ovaires, de leurs anomalies*, París, 1873.

de los ligamentos, de donde puede resultar una atrofia secundaria, más ó ménos completa, del órgano.

A veces la anomalía es unilateral y no existe más que un ovario. La trompa del mismo lado está entónces casi siempre atrofiada. El riñon, en muchos casos de este género, se halla igualmente desviado ó alterado, sin participacion de la cápsula supra-renal. En ciertas mujeres se ha visto un ovario único acompañado de útero bífido, con suspension de desarrollo de uno de los lados. Los embarazos gemelares existentes en tales condiciones han demostrado que el mismo ovario puede producir simultáneamente óvulos que dén lugar á machos y hembras: esto ha destruido una hipótesis defendida por algunos fisiólogos antiguos.

Los *ovarios rudimentarios* coinciden generalmente con lesiones análogas congénitas por parte del útero. Sin embargo, esta relacion no es necesaria, y, con un útero rudimentario, se pueden encontrar ovarios normales que lleguen á funcionar con actividad (1). Esto es muy comprensible, dado lo que sabemos acerca del desarrollo independiente de ambos órganos.

El exámen histológico de los ovarios rudimentarios ha probado que algunas veces faltaban por completo los óvulos y los folículos. En otros casos se han observado óvulos en dichas glándulas, aunque tenían éstas las dimensiones de un cañamon (2).

La falta ó el estado rudimentario de los ovarios no se revela durante la vida por ningun signo cierto. Se ha dicho que esta anomalía se halla relacionada con la amenorrea permanente; pero nosotros hemos demostrado que la amenorrea puede existir, áun siendo los ovarios muy desarrollados y la ovulacion activa. De cualquier modo, tales relaciones distan mucho de ser constantes. Resulta, en efecto, de los trabajos más recientes acerca de esta cuestion, que el tipo femenino es perfectamente compatible con la atrofia congénita ó el desarrollo incompleto de las dos glándulas, y que los caracteres sexuales aparentes son independientes (3).

Los ovarios no tienen, al parecer, ninguna accion sobre los apetitos sexuales. En efecto, éstos eran nulos en la enfermedad (cuya observacion os he referido), que tenía los ovarios normales y un útero infantil. Por el contrario, se han visto mujeres sumamente apasionadas, áun cuando las glándulas ováricas eran en ellas rudimentarias (4).

La esterilidad es forzosamente la consecuencia de la suspension de desarrollo de los ovarios ó de su ablacion. La privacion de uno sólo de

(1) Véase Siredey y Sinéty, *loc. cit.*, pág. 28.

(2) Eppinger, *Prager Vierteljahrscr.*, 1873, y Schroeder, *loc. cit.*, pág. 326.

(3) Hegar, *Die Castration des Frauen, Sammlung Klin. Vorträge*, 1878, y *Centralblatt, f. Gyn.*, 1878, pág. 291.

(4) Roubaud, *De la stérilité*, etc., pág. 544.

estos órganos no tiene ninguna influencia sobre las funciones genitales: no es una causa absoluta de esterilidad.

En suma, las anomalías ováricas pueden sospecharse, pero no afirmarse, durante la vida, y el aforismo *propter solum ovarium mulier est quod est* sólo es cierto por lo que se refiere á la reproducción.

La existencia de *ovarios supernumerarios* es muy rara. A veces se encuentran, junto al órgano principal, pequeñas masas conjuntivas, del grosor de un cañamon ó de un guisante, llenas de cavidades. Es necesario el exámen histológico: en ocasiones hemos visto verdaderos ovarios supernumerarios que contenían óvulos y folículos de Graaf; en otros casos, á pesar de su semejanza absoluta á simple vista, estas producciones se hallan constituidas por fibromas pequeñísimos, sembrados de quistes con epitelio vibrátil (1).

Según Beigel, los casos de ovarios supernumerarios son más frecuentes de lo que se ha dicho. Este anatómico los ha encontrado 23 veces entre 500 autopsias de mujeres adultas. Existían casi siempre en el borde peritoneal de la glándula normalmente desarrollada, y una sola vez en la superficie del ligamento ancho (2).

La presencia de ovarios supernumerarios no se manifiesta en la mujer viva, por ningún signo exterior; pero puede tener cierta importancia respecto á los embarazos extra-uterinos y á algunos quistes del ligamento ancho (3).

HERNIAS Y DESVIACIONES DEL OVARIO

Anatomía patológica.—Las hernias del ovario observadas con más frecuencia pertenecen á la variedad inguinal (4). Las crurales son más raras (9 entre 38). Figuran despues, en órden de frecuencia, las formas abdominal, isquiática, oval, vaginal ú ovariocele vaginal. Unas veces simples y otras dobles, son, en ocasiones, complejas, y el ovario acompaña al intestino en la formación del tumor herniario. La glándula ovárica, en tales condiciones, puede inflamarse y dar lugar á un absceso. Se ha visto también atrofiada ó atacada de degeneración quística ó cancerosa.

Síntomas.—El ovario herniado constituye un tumor piriforme, del grosor de una nuez ó de un huevo, rara vez más voluminoso si no hay producciones quísticas concomitantes. Casi siempre irreductible, sobre todo

(1) (*Société de Biologie*, 1875, pág. 259, y *Archives de Physiologie*, 1876, pág. 806.)

(2) *Pathologische Anatomie der weiblichen Unfruchtbarkeit*, Hermann Beigel, Braunschweig, 1878, pág. 42.

(3) Esto es una simple hipótesis que hemos emitido para llamar la atención de los que hagan autopsias de este género, en las cuales podrá buscarse dicho origen.

(4) Véase Perc. Pott, *Chirurg. observations*. — Deneux, *Sur la hernie de l'ovaire*, París, 1813, y Loumaigne, *De la hernie de l'ovaire*, tesis de París, 1869.

en la variedad congénita, este tumor se parece, á primera vista, á un ganglio linfático infartado, cuya consistencia tiene poco más ó ménos. Su sensibilidad á la presión, siempre bastante notable, aumenta, lo mismo que su volúmen, al llegar el período catamenial. En algunas observaciones se ha notado una gran agudeza del dolor bajo la influencia de las relaciones sexuales, ó si la enferma se acuesta sobre el lado sano (1). Por lo demás, los desórdenes consecutivos á estas lesiones son muy variables en las distintas mujeres. Apénas marcados é insignificantes en unas, adquieren en otras gran intensidad.

Diagnóstico.— Podrá confundirse una hernia ovárica con un ganglio linfático hipertrofiado; pero el ganglio no se puede aislar y pediculizar como el tumor herniario. Además, por medio del tacto y la palpacion combinados, se observa, en el segundo caso, que el útero es atraído hácia el tumor y que los movimientos comunicados al cuello uterino son percibidos ligeramente por la mano aplicada sobre el punto tumefacto.

El diagnóstico con la hernia intestinal se fundará, sobre todo, en la diferente consistencia: blanda, pastosa, si es el intestino; dura y resistente si se trata del ovario. El aumento de volúmen y la exageracion de los fenómenos de agudeza en la época de las reglas tienen una gran importancia cuando existen, y se observan más particularmente en el ovario (2). Sin embargo, estos casos no son patognomónicos, pues se han observado en casos en que la causa existía en el intestino. El error sería más fácil de cometer si se tratara de un ovario quístico, cuya densidad podría recordar la del intestino. La esterilidad es la regla en los casos de hernias ováricas dobles; pero también se ha visto la concepcion en tales condiciones.

Etiología.— Las hernias del ovario pueden ser *congénitas* y *adquiridas*. Las variedades inguinales son casi siempre congénitas, y van acompañadas generalmente de otros vicios de conformacion. El proceso que las produce debe ser comparable al que se observa en el descenso del testículo en el hombre. Las demás formas suelen ser adquiridas, y se presentan casi siempre, en el momento del parto, en enfermas que ya presentan hernias inguinales.

Tratamiento.— Como las hernias ováricas inguinales son, las más veces, irreductibles, la primera indicacion consistirá en protegerlas contra los peligros de un traumatismo por medio de una pelota cóncava. Si llegan á inflamarse, se recurrirá primero á los antiflogísticos y despues á la evacuacion del pus, cuando exista fluctuacion.

La reduccion no es posible generalmente más que para las adquiridas. Se ha obtenido algunas veces dilatando con los dedos el trayecto y sin

(1) Beigel, *loc. cit.*, t. I, pág. 436.

(2) Segun Englisch, este fenómeno se observa solamente en 13 casos entre 38. (Englisch, *Medicinische Jahrbücher*, 1871.)

operacion cruenta. Otras veces el desbridamiento ha dado resultados favorables (1). Una vez obtenida la reduccion, se mantendrá con un vendaje apropiado. Las crisis dolorosas se calmarán con los narcóticos, y sobre todo por las inyecciones de morfina. Pero si los sufrimientos se hacen demasiado vivos y casi contínuos, ó si existe un quiste del ovario herniado, se intentará la cura radical por la ablacion del tumor. Esta operacion ha dado éxitos y reveses en manos de muchos cirujanos. En casos de quistes ováricos herniados, se ha obtenido la curacion por la puncion seguida de inyeccion iodada.

Las *desviaciones de los ovarios* son debidas, sobre todo, á las inflamaciones de las partes contínuas y á las adherencias que de ellas resultan. Así, se les ve fijos á la trompa, á una de las caras del útero, en un punto cualquiera de los fondos de saco.

Los signos clínicos que se han dado para reconocer estas diversas desviaciones, como el dolor al tacto durante las relaciones sexuales ó el acto de la defecacion, son más bien teóricos que prácticos. Si el ovario no está aumentado de volúmen, no puede hacerse más que un diagnóstico de probabilidad, aun empleando el tacto vaginal y rectal, y todos los medios de exploracion de que se dispone. La torsion del pedículo, ó ligamento ovárico, no se puede practicar más que en los casos de tumores: entónces adquiere una importancia, de que ya nos ocuparemos al hablar de los quistes ováricos.

HEMORRAGIAS DEL OVARIO

Bajo la influencia de la congestion menstrual pueden presentarse hemorragias del ovario. Se han dividido en *foliculares* y *parenquimatosas*, segun que se verifiquen á expensas de los folículos de Graaf ó del tejido ovárico mismo. La rotura fisiológica de un folículo puede determinar una ligera hemorragia, aunque este fenómeno es constante, como se creía en otro tiempo (2). Es muy raro que la cantidad de sangre, en tales casos, sea bastante considerable para tener una significacion patológica. Otras veces, la apoplejía existe en el folículo ántes de su rotura. Las más veces no se observa entónces rotura de las paredes. Estas se engruesan, se endurecen y forman un quiste hemático. El óvulo se altera y desaparece, y la sangre concluye por ser reabsorbida. Segun el período en que se observe, la bolsa quística está llena de sangre pura ó de un líquido de color de chocolate. En las fases avanzadas no quedan más que restos pigmentarios ó cristales de hematoïdina. Los tumores de esta naturaleza no suelen pa-

(1) Maisonneuve, *Opérations applicables aux maladies de l'ovaire*, Paris, 1850.

(2) El papel que se había hecho jugar al coágulo sanguíneo en la formacion del cuerpo amarillo es completamente imaginario.

sar del volúmen de una nuez ó de un huevo (1). Si la cantidad de sangre es considerable, puede sobrevenir un hematocele. En los casos en que un quiste de medianas dimensiones dé lugar á un derrame de muchas libras de sangre, cabe dudar si se trata de un embarazo extra-uterino al principio.

Las hemorragias se presentan en los quistes ováricos, sobre todo como consecuencia de la torsion del pedículo. La posibilidad del mismo proceso no puede probarse en el ovario normal. La congestion menstrual rara vez produce hemorragias intersticiales. Estas son más frecuentes á consecuencia de enfermedades generales: púrpura, enfermedad de Werloff, escorbuto, tífus, viruela, escarlatina, sarampion y fiebre puerperal. Unas veces están diseminadas y limitadas á ciertos puntos; otras invaden todo el tejido ovárico, que puede llegar á destruirse, y no consistir más que en una papilla negruzca contenida en una bolsa de paredes gruesas. Estas hemorragias intersticiales se hallan tambien bajo la dependencia de obliteraciones venosas, y han sido observadas en el recién nacido. Nosotros las hemos visto con bastante frecuencia, irregularmente dispuestas en las capas superficiales del ovario, en casos de pelvi-peritonitis con peri-ovaritis y neo-membranas, rodeando la glándula. En los puntos en que las neo-membranas se adhieren al tejido ovárico, es donde principalmente se observan esos pequeños focos diseminados.

Tales lesiones no suelen ser fáciles de diagnosticar durante la vida, y sólo presentan interés clínico cuando hay rotura de las paredes y hematocele. Sin embargo, algunas veces se puede hacer un diagnóstico de probabilidad, fundado en los siguientes signos: tumor de pequeño volúmen, situado en la region ovárica, redondeado, movable, que aparece repentinamente en el período menstrual, y desaparece poco á poco y lentamente bajo la influencia del reposo (2).

Los dolóres que sienten las enfermas no tienen la agudeza y la violencia que se observa en los casos de hematocele, del cual se distingue, además, la hemorragia ovárica, por su sitio, forma y movilidad. Su terminacion se verifica por resolucion y por supuracion. Puede tambien ser mortal á consecuencia de una peritonitis.

DE LA OVARÍTIS

Los autores que más han insistido sobre la importancia de la ovaritis han reconocido, sin embargo, que la inflamacion limitada al ovario es ex-

(1) Léopold cita un caso de tumor que había alcanzado las dimensiones de una cabeza de feto. (*Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, pág. 302.)

(2) En un caso de Léopold, el tumor tardó 12 semanas en desaparecer.

cesivamente rara (1). Así, los casos de Bouveret (2) y de Darolles (3) iban acompañados de peritonitis y de adherencias, y la mayor parte de los terminados por resolución podrían recibir otra interpretación que la que se les ha dado (4). En nuestro concepto, lo que domina la historia de la ovaritis es la pelvi-peritonitis y la linfangitis. La presencia de pus ó de un líquido turbio observado en los folículos de Graaf, hace todavía mayor esta semejanza. Sabemos, en efecto, que el folículo se halla rodeado por un tejido linfático reticulado, comparable al de los ganglios.

El dolor que se provoca en ciertas mujeres comprimiendo sobre la región ovárica no es debido siempre á una ovaritis, como creyeron algunos autores; porque, en casos en que hemos examinado los órganos genitales de algunas histéricas que presentaban una gran hiperestesia, nunca vimos inflamación de estas glándulas (5).

En las ovaritis crónicas que hemos tenido ocasión de estudiar histológicamente, las lesiones del ovario parecían secundarias. Consistían, sobre todo, en un considerable engrosamiento de la capa externa (albugínea de los antiguos anatómicos). Además, se observaban en la superficie mame-lones fibrosos revestidos de epitelio cilíndrico, ó neo-membranas igualmente fibrosas y tapizadas en su cara glandular por los mismos elementos. Los pequeños focos hemorrágicos, cuando existían, sólo se encontraban en la periferia. Los vasos no estaban aumentados de volumen ni eran más numerosos que en la capa externa, por lo cual podía pensarse en su origen peritoneal. Nunca encontramos alteraciones en las regiones profundas de la glándula. Las cicatrices estrelladas, las granulaciones pigmentarias y los cristales de hematóidina, mencionados como hechos patognomónicos, se observan igualmente en estado normal.

Se ve, por este enunciado, que nuestra descripción de la ovaritis se hallará más bien fundada en las opiniones de los diferentes autores que nos han precedido que en los resultados de nuestras propias investigaciones.

Anatomía patológica. — A pesar de las modificaciones tan considerables que produce en el ovario la congestión menstrual, la inflamación de este órgano es verdaderamente rara. Ambos estados son difíciles de distinguir bajo el punto de vista anatómico.

Se ha dividido la ovaritis en *folicular* y *parenquimatosa*. Estas denominaciones se han empleado en un sentido diferente, según los autores.

(1) Gallard, *loc. cit.*, pág. 731.

(2) Bouveret, *Annales de Gyn.*, 1878, pág. 427.

(3) Darolles, *Ann. de Gyn.*, 1876, pág. 419.

(4) A. Guérin, *Gazette des Hôpitaux*, 1876, págs. 81 y 106.

(5) Véase *Archives de Physiologie*, 1876, pág. 803, y *Photographie iconographique de la Salpêtrière*, t. I, pág. 11.

Así, Slawianski (1) admite una forma *parenquimatosa* y una forma *intersticial*, correspondiendo esta última á la parenquimatosa de los autores, mientras que la parenquimatosa de Slawianski es sinónima de la folicular de algunos alemanes. En esta última variedad las lesiones se localizan en los folículos primordiales más externos, que son rojos, friables; su contenido, turbio ó purulento, y el tejido que los rodea infiltrado. El epitelio folicular (membrana granulosa) se altera en un principio, conservando todavía el óvulo sus caracteres normales. El óvulo degenera á su vez y la membrana pleurítica es la última que desaparece (2).

En la forma intersticial, las dos glándulas se hallan casi siempre comprometidas. Su volúmen aumenta, su capa externa (albugínea) está engrosada, y su superficie irregular, sembrada de mamelones fibrosos ó de neomembranas de la misma naturaleza. El parénquima ovárico está edematoso, infiltrado de elementos embrionarios que presentan puntos hemorrágicos. En los casos algo intensos, los folículos están igualmente lesionados, se atrofian, y todo el tejido se trasforma, hasta tal punto que los dos ovarios no se hallan representados más que por dos bolsas que contienen una masa caseosa ó purulenta. Las adherencias que les unen á los órganos vecinos le dan las posiciones más variadas.

Síntomas.—Se han admitido dos formas clínicas de la ovarítis, la *aguda* y la *crónica*. El síntoma más constante es un dolor violento, profundo, pungitivo (3), acompañado de escalofríos, fiebre, náuseas y vómitos. Pero como nunca se ha visto, al hacer la autopsia, la ovarítis aislada sin lesiones de las partes inmediatas, es posible que todos estos fenómenos se manifiesten bajo la influencia de la inflamación del peritoneo inmediato. Otro tanto diremos de la sensibilidad del vientre, de los desórdenes de la micción y de la defecación.

Se ha pretendido que la ovarítis que complica la menstruación daba lugar á metrorragias abundantes. Todos estos síntomas se calman poco á poco, y las funciones genitales recobran su carácter normal, ó bien la forma aguda pasa al estado crónico. Los casos de abscesos ováricos abiertos en la vejiga, la vagina ó el recto, referidos por los autores antiguos, resultaban las más veces de la peritonítis. Las metrorragias y las menorragias han sido observadas en las formas crónicas como en las variedades de curso agudo. Ninguno de los síntomas que acabamos de enumerar es, por lo demás, patognomónico y especial de esta afección.

(1) Slawianski, *Arch. f. Gyn.*, t. III, pág. 183.

(2) El lector recordará que también la membrana pelúcida representa el último vestigio del óvulo en la atresia de los folículos.

(3) Se ha exagerado mucho la sensibilidad del ovario en estado normal. Es fácil asegurarse de esto en los casos en que, bajo la influencia de tejidos relajados y muy depresibles, se consigue coger el glándulo entre dos dedos introducidos en la vagina y los dedos de la otra mano, que deprimen las paredes abdominales.

Diagnóstico.—La mayor parte de las pretendidas ovarítis diagnosticadas durante la vida, son perimetritis ó linfo-adenitis circum-uterinas. Aun cuando la glándula ovárica forma parte del tumor, las inflamaciones del peritoneo son las que dominan la sintomatología. En los casos en que el órgano era aislable, redondeado y muy aumentado de volúmen, se trataba más bien de un quiste inflamado.

Pronóstico.—La forma aguda es generalmente poco grave, á no ser que llegase á supurar. Algunas veces se ven, al hacer la autopsia, los dos ovarios degenerados y trasformados en dos bolsas purulentas, sin que durante la vida hubiera llamado nada la atencion.

La forma crónica tarda á menudo en desaparecer.

La esterilidad domina la importancia del pronóstico. En estas circunstancias, las causas de la no fecundacion son complejas y pueden resultar de la fijacion del ovario léjos del pabellon de la trompa, de la envoltura formada por las membranas fibrosas, y finalmente, de la desaparicion de la atrofia ó de la degeneracion de los folículos, y algunas veces de todo el tejido ovárico.

Etiología.—La ovaritis aguda es rara, fuera del estado puerperal. En las recién paridas puede ser consecutiva á las lesiones del sistema linfático, que se presentan por parte del ovario, lo mismo que en el útero, el peritoneo y los ligamentos anchos. Slawianski considera la variedad folicular como frecuente en algunas enfermedades agudas ó fiebres graves, tífus, viruela, etc. En tales condiciones, la inflamacion del ovario es secundaria y tiene poca importancia clínica, toda vez que se halla subordinada á la enfermedad general.

Se ha pretendido que la supresion brusca de las reglas era una causa de ovaritis. La frecuencia de una, relativamente con la rareza de la otra, demuestra que esta relacion, si existe, dista mucho de ser constante. Segun hemos dicho al hablar de la metritis, la amenorrea transitoria, en tales circunstancias, es más bien el efecto que la causa de la lesion orgánica. La importancia etiológica atribuida al onanismo y á los excesos sexuales es más bien una idea teórica, en relacion con el papel exagerado que se ha hecho jugar al ovario en la patogenia de las enfermedades de las mujeres, que el resultado de hechos de observacion. Las formas crónicas, lo mismo que muchas de curso agudo, están á menudo relacionadas con el estado puerperal y van acompañadas igualmente de pelvi-peritonitis.

Las variedades de ovaritis herpética (1), blenorragica, sifilítica, han sido admitidas, sobre todo, gracias á las ideas *à priori* fundadas en la semejanza, más aparente que real, que existe entre el testículo y la glándula ovárica. Otro tanto dirémos de la forma reumática, aceptada en una época en

(1) Véase una observacion del Dr. Lizé (del Mans), *Annal. de Gyn.*, 1876, página 298.

que se consideraba la superficie del ovario como de naturaleza serosa, cuando en realidad se parece bastante más á una mucosa.

Tratamiento.—Las enfermas de ovarítis aguda guardarán reposo en la cama, tomarán baños tibios é irrigaciones vaginales continuas. Los anti-flogísticos, bajo la forma de sangrías locales, de sanguijuelas aplicadas al abdómen, se hallan igualmente indicados. Contra los fenómenos dolorosos se usarán los narcóticos, el cloral, el cloroformo, y principalmente las inyecciones de morfina. Es útil limpiar el recto á beneficio de lavativas glicerinadas ó pequeñas dósís de aceite de ricino. Se vigilará la vejiga y se vaciará, por medio del cateterismo, si la micción es penosa ó incompleta (1). Finalmente, si el tumor se torna fluctuante y forma eminencia en un punto, se vacía el pus, principalmente con un aparato aspirador.

Las enfermas que han padecido la flegmasía del ovario, están expuestas á las recidivas. Así, se proscribe todo lo que congestione los órganos genitales.

En las formas crónicas, casi siempre acompañadas de cierto grado de anemia, es útil hacer uso del hierro y de la quina. Se han aconsejado, como en la pelvi-peritonitis, las preparaciones iodadas, el ioduro de potasio ó la tintura de iodo (2). Las aguas minerales poco excitantes se hallan igualmente indicadas.

Si las enfermas presentan metrorragias ó menorragias, se emplearán los medios que ya hemos enumerado.

TUMORES DEL OVARIO

QUISTES DEL OVARIO

Anatomía patológica.—En el ovario, más que en cualquier otro órgano, los neoplasmas ofrecen cierta tendencia á revestir la disposición quística. Las más veces está enfermo un solo ovario, otras los dos al mismo tiempo. Hemos observado casos en que el segundo ovario no se hallaba aumentado de volúmen y parecía sano á simple vista, cuando el microscopio permitía observar que su tejido se hallaba ya alterado.

Unas veces son las masas sólidas las que forman la mayor parte del tumor; otras, por el contrario, el elemento líquido. Así, se encuentran todos

(1) Al hablar del cateterismo de la vejiga nos hemos olvidado de mencionar una disposición que se observa algunas veces, y que puede molestar al profesor si no la conoce. Existen normalmente, en ciertas mujeres, alrededor del orificio uretral, numerosas carúnculas simulando excrecencias que ocultan el meato. En tales casos se busca siempre la uretra demasiado baja. Por encima de estas especies de excrecencias fungosas se encuentra generalmente el orificio.

(2) Tres gotas de tintura de iodo en medio vaso de agua de arroz, para tomar tres veces al día.

los tipos intermedios entre los ovarios quísticos, los tumores quísticos, y esos enormes neoplasmas que llenan toda la cavidad abdominal (quistomas de los alemanes).

Por lo general, se dividen los quistes ováricos en *uniloculares* y *multiloculares*. Esta distinción es importante en el sentido quirúrgico de la palabra, pero ilusoria bajo el punto de vista anatómico. Aun en los casos en que no existe más que una sola bolsa aparente, se encuentran en el espesor de las paredes pequeñas cavidades secundarias, en términos que, de más de 60 casos que nosotros hemos examinado, ninguno era unilocular, anatómicamente hablando (1).

Llamamos quistes *uniloculares* á los constituidos por una sola bolsa libre ó con tabiques; *pauciloculares* á los que poseen dos ó tres cavidades principales; y, finalmente, *multiloculares* (fig. 25) y *areolares* (fig. 26) á los que

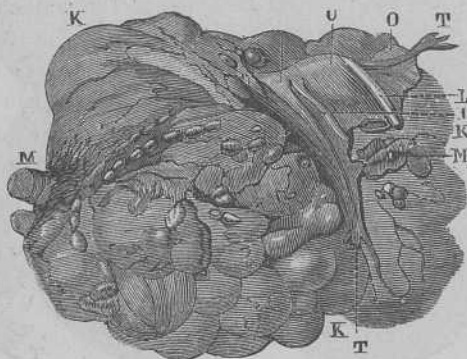


Fig. 25. — Quiste multilocular del ovario (segun Cruveilhier).

KK. Abolladoras y vesículas de diversos órdenes que forman eminencia en la superficie. — MM. Materia gelatiniforme que sale de diversos puntos abiertos. — TT. Trompas: la derecha, muy oblonga, esta aplicada sobre el tumor. — LL. Ligamentos redondos. — U. Utero. — O. Ovario izquierdo.

presentan numerosas bolsas de forma y dimensiones variables, disposición que se ha comparado á un panal de miel. Los quistes secundarios, las vegetaciones, forman eminencias, ora en la superficie externa de las cavidades principales, ora en su cara interna. Son sesiles ó pediculados, y entónces recuerdan la disposición de un racimo de uva. A veces estas cavidades se hallan cerradas por todas partes y aisladas unas de otras, ó bien comunican entre sí por orificios circulares, adelgazados por sus bordes y como cortados con un saca-bocados.

(1) Sur la structure, l'origine et le développement des kystes de l'ovaire, Malassez y de Sinéty, *Archives de Physiologie*, 1878 y 1879.

Las vesículas transparentes, así diseminadas en la superficie del neoplasma, habían hecho creer en la existencia de folículos de Graaf; ya veremos que no sucede nada de esto. Sin embargo, á veces se observan todavía vestigios del ovario con todos sus caracteres. Deben buscarse en las inmediaciones del pedículo. En los tumores muy voluminosos no existe, por lo general, ningún indicio de tejido ovárico.

El pedículo presenta una longitud y un grosor variables. Se forma á expensas del ligamento útero-ovárico y contiene gruesos vasos, entre ellos la arteria ovárica, muy aumentada de volúmen. Estos troncos vasculares darían lugar á hemorragias formidables si se cortara el pedículo sin tomar las necesarias precauciones.

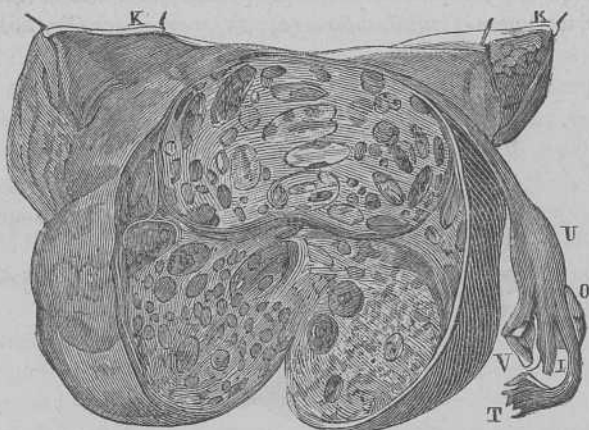


Fig. 26. — Quiste areolar del ovario (según Cruveilhier).

KK. Restos de las paredes del quiste principal, en el cual se hallaba contenida la masa alveolar. — U. Utero deformado, que se continúa directamente con la trompa derecha, aplicada sobre el tumor. — O. Ovario izquierdo. — L. Ligamento redondo izquierdo. — T. Trompa izquierda. — V. Cuello del útero y parte superior de la vagina hendida.

La pared de las grandes bolsas presenta tres capas distintas, que pueden separarse por la simple disección con los dedos. La externa y la interna son fibrosas. La média se halla formada por tejido conjuntivo laxo. En ciertos puntos no existen más que dos capas; en otros no hay más que una. Las arterias existen principalmente en la capa média; las venas en las capas média y externa. Esta última categoría de vasos posee paredes gruesas y muy musculares, lo cual ha hecho que se confundan con las arterias (1). En ciertos puntos, las venas se confunden con los tejidos que las rodean, y recuerdan la disposición de los senos de la dura-madre. Los

(1) La estructura de las venas explica el error cometido por los anatómicos, que decían que en los quistes del ovario todos los vasos son arteriales.

linfáticos (que nosotros hemos estudiado por medio de las inyecciones de nitrato argéntico) son muy numerosos en las paredes y se continúan con los de los ligamentos anchos. Se observan en ciertos quistes fibras musculares lisas, á menudo muy abundantes. La presencia de estos elementos nos da quizás cuenta de la disminucion de volúmen de los tumores de este género, obtenida por las inyecciones de cornezuelo de centeno (1).

La superficie externa de los quistes del ovario se halla tapizada por una capa de epitelio cilíndrico, que no puede confundirse con el endotelio peritoneal. La naturaleza de este revestimiento explica cómo, á pesar de su notable desarrollo, ciertos quistes sólo contraen adherencias tardías. Desgraciadamente, la presencia del epitelio, aunque hace menos frecuentes las adherencias, no impide su produccion á consecuencia de los fenómenos inflamatorios. Por eso deben tocarse lo ménos posible los tumores del ovario si se les ha de operar despues.

La superficie interna se halla revestida de formas epiteliales diversas, calciformes, cilíndricas, simples ó con pestañas vibrátiles. Otras veces se ven elementos, de aspecto indefinido y raro, á los cuales ha dado Malassez el nombre de *epitelio metatípico* (2). Muchos epitelios pueden existir en una misma cavidad. El líquido contenido en los quistes, variable segun los casos, se halla en relacion con la naturaleza del revestimiento.

Trasparente y filamentososo con las células cilíndricas, se hace espeso y gelatiniforme cuando domina el epitelio calciforme.

Unas veces trasparente, otras amarillo ó purulento, se encuentra mezclado, en algunas ocasiones, con mayor ó menor cantidad de sangre, lo cual da á los líquidos un color rojizo, pardo ó de chocolate. Estos productos, cualquiera que sea su apariencia, son siempre complejos, y dependen, no sólo de la secrecion epitelial, sino tambien de restos de elementos degenerados y de una mayor ó menor cantidad de suero trasudado.

La *paralbúmina* (que, segun algunos autores, es específica y sólo pertenece á esta variedad de tumor) puede igualmente encontrarse en otras partes y en otras condiciones. La densidad y la composicion química del contenido quístico no es en manera alguna constante. Se observan, las más veces, sustancias proteicas, sales y grasa en cantidad variable; en casos excepcionales azúcar y urea (3).

Los quistes del ovario se hallan expuestos á una série de trasformaciones, que brevemente vamos á examinar.

Las *hemorragias* se presentan, sobre todo, en las formas papilares. Si

(1) Gray, *Obstetrical Journal*, 1876, analizado en la *Revue des Sciences médicales*, 1876, t. IX, pág. 179.

(2) Malassez, *Archives de Physiologie*, 1877, pág. 44, y Malassez y de Sinéty, *loci citati*, pág. 356.

(3) Véase, para la composicion química de estos diversos líquidos, Olshausen, *Die Krankheiten der Ovarien*, Stuttgart, 1877, pág. 71.



el derrame sanguíneo es abundante, como se observa las más veces en los casos de torsion del pedículo, el tumor adquiere de repente un considerable aumento de volúmen.

La *inflamacion* puede producir, ora una peritonitis, ora la supuracion de la cavidad. Esta inflamacion, rara vez espontánea, es casi siempre consecutiva á una puncion ó á un traumatismo. En ocasiones produce la rotura del quiste en un órgano al cual está adherido, ó en el peritoneo mismo.

La *perforacion* de la bolsa se presenta bajo la influencia de un absceso, de una gangrena, pero más á menudo por la accion de las vegetaciones papilares, que desgastan y perforan las paredes.

En los casos de *quistes tubo-ováricos*, descritos en particular por Richard, se trata casi siempre de la abertura de un tumor quístico en la trompa, fija por adherencias.

La *degeneracion grasosa* del epitelio ó de las paredes no se presenta apénas más que parcialmente. La presion del contenido puede producir la destruccion de los quistes secundarios y de los tubos epiteliales, y formar de este modo una gran cavidad, que permanece estacionaria.

Tambien se observan modificaciones en el tumor á consecuencia de la *torsion del pedículo*.

En algunos de estos neoplasmas se observan *partes calcificadas*.

Finalmente, bajo la influencia de causas que nos son todavía desconocidas, los quistes ováricos revisten caractéres de *tumores malignos*, se generalizan hácia el útero, el recto, la cavidad peritoneal, algunas veces á los órganos más distantes, y recidivan despues de la ablacion (1).

Desarrollo y modo de proliferacion. — Se ha creido durante algun tiempo que los quistes del ovario se desarrollaban á expensas de los folículos de Graaf. Pero las cavidades así desarrolladas no adquieren un volúmen considerable, y en ninguno de los casos de grandes quistes que hemos examinado se podía admitir este origen. En los recién nacidos se observa á menudo una hipertrofia folicular de triple ó cuádruple volúmen que la glándula.

Resulta, de nuestras investigaciones en este sentido (2), que las cavidades más voluminosas están arrugadas, contraidas, presentando, en una palabra, un principio de *atresia*. Hemos observado los mismos fenómenos en los ovarios quísticos de las mujeres adultas, resultantes de una hidropesía de los folículos, y cuya estructura no tiene ninguna relacion con la de las neoformaciones patológicas que ahora estudiamos. Por lo demas, todos los autores que han admitido el origen folicular de los grandes quis-

(1) Véase, con este objeto, las observaciones del St. Panas, *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1874, y *Gaz. des Hôp.*, 1874, núms. 89 y 92.

(2) *Recherches sur l'ovaire du fœtus et de l'enfant nouveau-né.* (*Archives de Physiologie*, 1875, pág. 501.)

tes, en los raros casos en que han observado la presencia de un óvulo, no lo han encontrado nunca en una cavidad cuyo volúmen fuera mayor de una avellana ó una nuez (1).

Se han descrito unos quistes procedentes de los cuerpos amarillos, otros de origen hemático, y otros, en fin, del reblandecimiento del estroma ovárico. Estas diferentes variedades de tumor no adquieren nunca dimensiones considerables ni presentan más que un interés anatómo-patológico. Dejándolas á un lado, seguiremos ocupándonos de aquellas cuya importancia clínica es indudable.

Si los grandes quistes del ovario no resultan de la hipertrofia de los folículos de Graaf, creemos que ambas producciones tienen un origen común, el *epitelio germinativo de la superficie del ovario*. Con todo, en los casos de quistes, la neoformación epitelial, en vez de constituir los tubos de Pflüger y después los folículos primordiales y, finalmente, los folículos de Graaf, sigue una dirección ménos especial, ménos elevada y sólo tenemos el tipo vulgar del epitelio de revestimiento, que da lugar á tubos y á cavidades más ó ménos esféricas, cuya semejanza con los tubos de Pflüger y los folículos es bastante vaga. En vista de la semejanza que existe entre el epitelio de estos tumores y el revestimiento de las mucosas normales, el Sr. Malassez ha propuesto para ellos la denominación de *epitelio-ma mucoide* (2).

Nosotros hemos podido seguir el proceso del desarrollo desde sus fases iniciales en los ovarios que no estaban apénas aumentados de volúmen, aunque presentaban los primeros vestigios histológicos de la lesión (*figura 27*) (3). Se ven, ante todo, invaginaciones epiteliales comparables á las glándulas en tubos (*fig. 27, c*). La naturaleza de este epitelio varía, y pasa desde las células calciformes á las células cilíndricas simples ó con pestañas vibrátiles. Penetrando más profundamente en el estroma ovárico, estos neoplasmas se dilatan en ciertos puntos (*fig. 27, d*). La secreción epitelial, distendiendo más y más los espacios dilatados, da lugar á cavidades quísticas, que continúan creciendo hasta producir esos enormes tumores que conocemos con el nombre de *quistes del ovario*.

La formación de estos epiteliomas quísticos se parece, pues, mucho á lo que ya sabemos acerca del modo de desarrollo del ovario normal á expensas de la invaginación del epitelio de la superficie.

Podía también preguntarse si la penetración del epitelio de la superficie en el estroma ovárico es, desde el principio hasta el fin, un fenómeno reciente, ó si resulta de alguna mala formación en la embriogenia del ór-

(1) Cuando existen óvulos en un punto del tumor, sucede esto, las más veces, en las inmediaciones del pedículo, como hemos dicho en otro lugar.

(2) Véase *Bulletins de la Société Anatomique*, 1874, pág. 362.

(3) De Sinéty y Malassez, *Bulletins de la Société anatomique*, 1876, pág. 540.

gano, mala formación latente, cuyas consecuencias funestas no se observan hasta más tarde (1).

Cualquiera que sea el origen primitivo de los quistes ováricos, debemos reconocer en su desarrollo dos estadios: el primero es la formación glandular y el segundo la degeneración quística.



Fig. 27. — Corte de un ovario quístico por neoformación epitelial (aumento de 25 diámetros).

a. Epitelio de la superficie del ovario. — *b.* Depresiones epiteliales. — *c.* Tubo epitelial que se abre en la superficie del ovario. — *d.* Cavidades quísticas de formas y dimensiones variables. — *e.* Vasos. — *f.* Estroma ovárico.

Su proliferación se verifica por dos procesos diferentes, que han dado lugar a la división admitida por Waldeyer de *quistomas glandulares* y *quistomas papilares*.

En efecto, unas veces se encuentran nuevos tubos de epitelio, procedentes de las paredes, que invaden más profundamente los tejidos, para dar lugar a nuevas cavidades. Así, se encuentra en el espesor del tumor

(1) En este orden de ideas se ha hecho jugar un papel á la persistencia de los tubos de Pflüger en la mujer adulta, observada algunas veces.

principal una serie de pequeños quistes ó de tubos epiteliales. Otras, se forman, en las cavidades quísticas ó en su superficie externa, vegetaciones epiteliales y conjuntivas, á menudo muy vasculares. En ciertos casos, los mamelones adquieren un desarrollo considerable y llenan en parte las cavidades. El epitelio variado que los cubre penetra con frecuencia en estas vegetaciones y forma cavidades secundarias. Ambas variedades de quistes se combinan entre sí y producen tumores que ofrecen á simple vista los aspectos más variados, y llegan á adquirir enormes dimensiones, hasta el punto de ocupar todo el abdómen.

Pueden existir en uno sólo ó en ambos ovarios. Con todo, al hacer una ovariectomía deberémos fiarnos poco de la glándula, al parecer sana. Nosotros hemos publicado observaciones en las cuales los dos ovarios, pareciendo normales á simple vista, presentaban ya las manifestaciones de la enfermedad, y hubieran dado lugar, sin duda, á una recidiva si el cirujano no los hubiera extirpado al mismo tiempo que el tumor principal, formado á expensas del órgano del lado opuesto.

Estos procesos, al parecer diferentes, son siempre casi idénticos, si se estudian con atención. Más tarde, los quistes secundarios se abren en la parte principal, y los tabiques concluyen por desaparecer. Hay, pues, dos tendencias simultáneas é inversas, una que marcha hácia la forma unilocular por la destruccion de los tabiques, y otra que da lugar, por el contrario, á la produccion de nuevos quistes. Ambas pueden equilibrarse, ó dominar una sobre otra, lo cual nos explica todas las variaciones observadas en la forma anatómica y en las manifestaciones clínicas de estos tumores. Los que tienen un desarrollo rápido producen la muerte en dos ó tres años, mientras que otros, más raros, permanecen casi estacionarios durante 20 ó 30 años. Así se comprende que un quiste con cavidades múltiples puede hacerse único, del mismo modo que un tumor unilocular llega á trasformarse en plurilocular por la produccion de cavidades secundarias.

Sintomas. — Los suministrados por los quistes del ovario varían segun el período de la enfermedad. A veces la afeccion pasa desapercibida al principio, y sólo llama despues la atención el desarrollo del neoplasma. Sin embargo, las enfermas se quejan de una sensacion de peso en la pélvis, de dolores lumbares; algunos varios conceden cierta importancia á los dolores perineales.

Al mismo tiempo se observa, en parte de la vejiga, retencion de orina ó ganas frecuentes de orinar. En el recto, estreñimiento pertinaz. Algunas veces aquejan dolores en una ó en ambas piernas; otras aparece un edema. Ciertas enfermas experimentan vivos sufrimientos en el vientre, á menudo localizados en las inmediaciones del tumor. Los dolores de esta índole son casi siempre el signo de alguna peritonitis local, y de aquí la importancia que presentan respecto al tratamiento, pues la peritonitis pro-

duce casi constantemente adherencias. Estos diversos desórdenes pueden mejorar, bajo la influencia del aumento de volúmen del neoplasma, cuando el tumor se remonta á la cavidad abdominal.

La menstruacion se modifica algunas veces, observándose principalmente la amenorrea (1). En gran número de casos, sin embargo, continúa en estado normal, á pesar de la degeneracion quística de ambos ovarios (2). En algunas circunstancias, el tumor se halla mantenido en la pélvis menor por adherencias, y se han citado enfermas en las cuales un quiste del ovario iba acompañado de hernia del recto (3).

Cuando la ascension del neoplasma á la cavidad abdominal produce una mejoría momentánea de la intensidad de los síntomas, esta mejoría no es muy duradera.

El volúmen, siempre creciente del quiste, produce nuevos accidentes bajo la influencia de la compresion de los vasos y de los nervios, tracciones de la vejiga y alargamiento del útero. Sobreviene luégo una dilatacion del abdómen, con numerosas manchas, debidas á la rotura de la red de Malphigio, como durante el embarazo.

La elevacion del diafragma es una causa frecuente de disnea. La retencion de orina resulta de la presion del tumor sobre los uréteres, y de aquí su dilatacion y la presencia de la albúmina en este líquido. Entónces es cuando se observan otras alteraciones del organismo, entre las cuales ofrecen gran importancia los desórdenes del tubo digestivo.

Ora por efecto de la compresion sobre el intestino, ora, y esto es más frecuente, bajo la influencia general que ejerce la enfermedad, sobreviene una pérdida del apetito, dispepsia, y á menudo náuseas y vómitos.

Por último, el estado general se va agravando progresivamente; el edema de los miembros inferiores y la aparicion de una cantidad más ó ménos considerable de líquido ascítico dan á la afeccion una nueva apariciencia. El aspecto de las enfermas es entónces casi característico. El vientre forma una enorme eminencia hácia adelante, y presenta una forma cónica, en punta. Este desarrollo del abdómen contrasta con el adelgaza-

(1) La frecuencia y naturaleza de estas modificaciones menstruales son, por lo demas, muy variadas, segun se desprende de diversas estadísticas. El Dr. West no vió, entre 65, en 26 casos ninguna anomalfa: hubo dismenorrea en 1; en 5 una menstruacion profusa; en 4 eran más frecuentes las reglas; en 7 existían irregularidades; en 3 se prolongaron los espacios inter-menstruales; en 5 disminuyeron las reglas, y en 14 estaban suprimidas.

Beigel, entre 76 casos, no observó en 49 ningun desórden menstrual; en 13 había irregularidad; en 5 reglas abundantes; en 6 disminuidas, y en 3 amenorrea.

Olshausen ha visto en 12 casos las reglas normales; en 8 aumento; en 4 disminucion y en 4 faltaban.

(2) Aran, *loc. cit.*, pág. 1.062.

(3) En el caso citado por Schroeder se extirpó el tumor, se redujo la hernia y la enferma curó. (Schroeder, *loc. cit.*, pág. 348.)

miento exagerado de todas las demas regiones del cuerpo (1). La muerte sobreviene á menudo, ora por el hecho del tumor mismo, que comprime el pulmon y ocasiona el edema pulmonar, ora por un derrame pleurítico, peritoneal ó pericardíaco. En ciertos casos, una peritonitis intercurrente precipita la terminacion funesta.

Scanzoni ha indicado una serie de signos estetoscópicos que la auscultacion del tumor puede hacernos observar (2). Consiste en ruidos de soplo, comparables al soplo uterino y en roces, indicios casi ciertos de adherencias. A veces se observa un verdadero gorgoteo cuando la cavidad está muy llena de líquido y se aplica el oido sobre el abdómen, al mismo tiempo que se practica la percusion. Esta nos dará ademas preciosas indicaciones, lo mismo que el tacto y la palpacion, segun verémos al hablar del diagnóstico.

Bajo la influencia de los tumores ováricos, se ve algunas veces una tumefaccion de las mamas, acompañada de pigmentacion de la areola y de una secrecion lactescente.

Diagnóstico.— Sus dificultades varían segun que el tumor se halle situado todavía en la pélvis menor, que haya abandonado la pélvis menor y no pase, sin embargo, del ombligo, ó que haya adquirido dimensiones comparables á las del útero en el noveno mes del embarazo.

Cuando se halla situado en la pélvis menor, por el tacto y la palpacion combinados es fácil comprobar el aumento de volúmen del ovario; pero rara vez es llamado el ginecólogo en un principio.

En este período de la enfermedad puede confundirse un quiste con un *exudado inflamatorio* intra ó extra-peritoneal. En los casos de quiste, el tumor suele ser movable, poco doloroso, bastante fácil de limitar. En el exudado, por el contrario, es fijo, difuso y doloroso á la presion. Los sufrimientos violentos, acompañados de fiebre en la fase inicial de la enfermedad, y, finalmente, la disminucion del exudado, no permitirán, por lo general, ninguna duda.

El tumor formado por el *hematocele* rara vez es limitable como un quiste ovárico. Ademas, el hematocele va acompañado de fiebre, dolores, síntomas de peritonitis, náuseas, vómitos. Estas manifestaciones agudas, coincidiendo con una anemia casi repentina en relacion con el principio brusco, no justifican apénas la confusion que ha existido en ciertos casos (3).

La *hidropesía de la trompa* no adquiere casi nunca dimensiones bastante considerables para simular un quiste ovárico. Si el tumor llega á tener

(1) Los casos de curso lento, en que la enfermedad dura 20 y 30 años, son excepcionales. Generalmente, los quistes del ovario tienen una evolucion bastante rápida, y en el 80 por 100 de las enfermas apénas se cuentan 3 ó 4 años entre los primeros síntomas y la terminacion fatal.

(2) Scanzoni, *loc. cit.*, pág. 373.

(3) Boinet, *Maladies des ovaires*, pág. 203.

las dimensiones del puño, es casi cierto que no se trata de una hidropesía de la trompa.

Al principio, se puede confundir un quiste ovárico con un *embarazo extra-uterino*. La falta de las reglas, el desarrollo de las mamas, la coloración de la vulva, vagina y cuello, serán signos de presunción. Pero, las más veces, sólo por la marcha ulterior se podrán distinguir ambas afecciones de una manera cierta.

La *retroflexion del útero en estado de gestacion* se distingue del quiste en que el tumor quístico es independiente del útero, mientras que en la retroflexion se puede observar la continuidad que existe entre el tumor y el cuello uterino y el ángulo formado por los dos segmentos. La falta de las reglas, el reblandecimiento del hocico de tenca y la retencion de orina vendrán en favor de la idea de una gestacion.

Todavía puede confundirse ménos un quiste del ovario con una *retroflexion del útero en estado de vacuidad*.

Los *fibro-miomas subperitoneales* son reconocibles por su dependencia del útero, al cual se adhieren casi siempre por una ancha base. Si el cuerpo fibroso es pediculado, el diagnóstico con un quiste ovárico incipiente será casi imposible. Pero como quiera que sólo más tarde cabe pensar en la intervencion, la duda, en tal caso, no puede ser perjudicial á la enferma.

Cuando el tumor ha abandonado la pélvis menor, sin pasar del nivel del ombligo, se puede confundir un quiste ovárico con un *hematómetra* ó acumulacion de sangre en la cavidad uterina. Sin embargo, el hematómetra se confundirá más bien con el embarazo, excepto en los casos de vicios de conformacion, en que he confundido un hematómetra unilateral con un tumor del ovario. La situacion del neoplasma, en el lado derecho ó en el izquierdo de la línea média, debe excluir la idea de un quiste del ovario.

La *replecion de la vejiga* se ha tomado tambien por un quiste ovárico. En tales casos, las enfermas orinaban por regurgitacion, y las paredes vesicales habían aumentado de grosor. La vejiga, distendida, forma un tumor prominente, detras del cual se halla situado el útero; esto es raro en los quistes. Por lo demas, el cateterismo vesical disipará todas las dudas.

Los *tumores estercoráceos*, por su forma abollada y los dolores que causan, se confunden tambien con los quistes que nos ocupan, aunque no tanto como con el cáncer del peritoneo (1).

La *timpanítis*, unida á la tension de las paredes abdominales, puede simular un neoplasma. Muchas histéricas se preocupan por esas producciones imaginarias, que, en la mayoría de los casos, permite distinguir la

(1) Boinet, *loc. cit.*, pág. 216.

percusion. A veces, si la masa adiposa es gruesa y los músculos abdominales se hallan fuertemente contraídos, existen grandes dificultades. Entónces es preciso hacer espirar fuertemente á las enfermas, y al final de la espiracion se encuentra un momento favorable para penetrar en la pélvis. Una presion sostenida podrá obrar con más seguridad que una presion brusca é instantánea.

La *peritonitis crónica enquistada*, un *absceso de las paredes abdominales*, tambien *enquistado*, podrían hacer creer asimismo en un tumor ovárico (1).

Los *fibro-miomas sólidos del útero* suelen ser difíciles de distinguir de los quistes del ovario. Se ha invocado la diferente consistencia y la fluctuacion; pero estos productos adquieren á veces considerables dimensiones sin presentar fluctuacion. Los signos suministrados por la auscultacion suelen ser nulos ó no tienen ninguna importancia. El carácter más útil es la conexion del tumor con el útero en los casos de fibro-miomas y su independencia en los de quistes. Con todo, el número considerable de errores cometidos en este punto indica cuántas dificultades puede presentar el diagnóstico.

Hablarémos del diagnóstico diferencial entre los quistes del ovario y los del ligamento ancho, cuando nos ocupemos de estos últimos. Se ha querido encontrar, en la naturaleza de los líquidos obtenidos por la puncion, un medio de distinguirlos. Sin embargo, semejante procedimiento no es siempre cierto. Verdad es que el líquido trasparente, claro como el agua, es más comun en los tumores del ligamento ancho, pero tambien se encuentra en los del ovario. La naturaleza del contenido es, pues, un signo de probabilidad, pero no de certeza.

En el tercer estadio del desarrollo quístico, los errores son más frecuentes y al mismo tiempo más graves.

Se han confundido los quistes con el embarazo, sobre todo complicado con hidro-amnios. En efecto, en tales condiciones existe fluctuacion, los ruidos del corazon son inapreciables, y las partes fetales difíciles de sentir. Algunas veces se ha puncionado un útero en estado de gestacion, considerándolo como una produccion quística. Otros cirujanos han tenido la desgracia de practicar la ovariectomía en casos de este género (2).

El diagnóstico de un quiste con una *ascitis* es muy importante. Cuanto más voluminoso es el tumor, mayor es la semejanza. El aspecto del vientre es distinto en ambos casos: en forma de tonel, más alto que ancho en el quiste; blando, aplanado y cilíndrico en la ascitis. Acostada la enferma, en los casos de quiste, la parte más prominente del tumor se halla por debajo del ombligo; en la ascitis, al nivel de éste ó por encima. El edema, la anasarca, una lesion cardíaca, un hígado pequeño (cirrósís), ven-

(1) Boinet, *Union médicale*, 1866, núm. 60.

(2) Olshausen, *loc. cit.*, pág. 151.

drán en favor de la ascítis. El edema debido á un quiste no se observa más que en los casos de tumores voluminosos, y la anasarca cuando existen complicaciones renales.

La percusion da, en el quiste, una macidez central estando la enferma en decúbito dorsal. En estos puntos, por el contrario, se observa un sonido timpánico en la ascítis. En uno, la macidez no varía de lugar ó varía poco por los cambios de posicion; en la otra sucede lo contrario. Además, conviene tener cuidado de percutir á las enfermas en el decúbito lateral derecho é izquierdo.

Los caracteres diferenciales que algunos autores han creído encontrar en la composicion química de los líquidos, no presentan ningun interés clínico. El exámen histológico no puede tampoco proporcionarnos datos útiles. Sin embargo, las más veces, el líquido quístico no se coagula espontáneamente, y contiene elementos epiteliales y cristales de colesterina (1). El líquido ascítico se coagula, aunque lentamente; no contiene nunca células epiteliales ni cristales de colesterina. Finalmente, existen casos en que este diagnóstico es muy difícil, porque el tumor se halla complicado con ascítis: los errores en este sentido son numerosos en la ciencia.

La distincion entre los quistes del ovario y los gruesos tumores *fibro-císticos* del útero ofrece á menudo dificultades invencibles, pues no siempre puede comprobarse la conexion del neoplasma con el útero.

Los tumores de los riñones que se podrían confundir con un quiste del ovario son la hidronefrósis, el carcinoma y los equinococos. En tales casos existe una asimetría de las paredes abdominales y se observa un desarrollo más notable en un lado que en el otro. Si la neoplasia, cualquiera que sea, ha adquirido dimensiones considerables, no cabe buscar su movilidad ó su punto de implantacion.

Los tumores del hígado y del bazo han dado lugar, á su vez, á errores de diagnóstico, habiéndose extirpado de este modo bazos hipertrofiados. Los neoplasmas del peritoneo, y sobre todo el cáncer acompañado de ascítis y de adherencias de las asas intestinales entre sí, pueden hacer creer en un quiste del ovario. En tales casos, la percusion, dando puntos sonoros diseminados en medio de puntos macizos, cambiando unos y otros segun la posicion de la enferma, deben excluir la idea de un quiste ovárico. Además, en el carcinoma, los tumores suelen ser mamelonados.

Pronóstico. — El de los quistes del ovario es generalmente muy grave. Sin embargo, se han visto algunos que permanecieron estacionarios durante algunos años y aún durante toda la vida de la enferma. En estos casos,

(1) La presencia de la mucina será el signo casi cierto de un líquido quístico. Para comprobarla, se filtra, se recoge una gota de líquido filtrado en una laminilla de cristal, se añade un poco de ácido acético, y, si existe moco, se observa el precipitado granuloso característico. Si se encuentra epitelio, sobre todo células calciformes, se trata probablemente de un quiste.

tan favorables, las producciones quísticas suelen ofrecer un pequeño volumen. Cuando han adquirido mayores dimensiones, su crecimiento continúa más ó menos lentamente, ó con más ó menos rapidez, según las enfermedades. Ocurre, sin embargo, aunque en casos excepcionales, que ciertos tumores, ya bastante voluminosos, se detienen en su curso, ora por metamorfosis regresiva de las paredes, ora por enquistamiento. En cuanto á los casos de disminucion ó de desaparicion espontánea de quistes ováricos, á parte de los hechos de torsion del pedículo, no existe, que sepamos, ninguna observacion concluyente.

Los accidentes causados por la torsion del pedículo varían, según que el cambio se verifique de una manera repentina ó poco á poco. En los casos de torsion repentina se puede observar la muerte por peritonitis, por hemorragia intra-quística, por supuracion ó gangrena. La terminacion fatal resulta, en otros casos, de la presion de una asa intestinal por el pedículo, contorneado sobre sí mismo. Por el contrario, cuando la torsion es lenta, sus consecuencias suelen ser favorables. El quiste puede ser reabsorbido en parte á causa de la disminucion de la llegada de la sangre. Se ha observado tambien una seccion espontánea del pedículo, y entónces el tumor, rodeado por las falsas membranas, permanece estacionario en un punto cualquiera del abdómen. Los vasos suministrados por las adherencias bastan, sin embargo, en ciertas condiciones, para la nutricion del neoplasma. Cuando la torsion del pedículo da lugar á accidentes agudos, puede estar indicado practicar inmediatamente la ovariectomía, cuyo éxito, cada vez más numeroso, ha mejorado mucho el pronóstico de los quistes del ovario.

La *rotura* de las paredes se verifica por causas diversas, supuracion, gangrena, hemorragia, ó bajo la influencia de un traumatismo (1). Cuando el líquido quístico se derrama en la cavidad peritoneal, la muerte puede ser su consecuencia, pero tambien es posible la curacion (2). Otras veces el quiste se abre en el recto, dando lugar á verdaderas curaciones espontáneas. Por último, la rotura puede verificarse en la vagina, en la vejiga y aún, al exterior, por las paredes abdominales, sobre todo por el ombligo.

La esterilidad no es siempre la consecuencia de los quistes ováricos. Tambien se han observado embarazos coincidiendo con vastos tumores de ambos ovarios, de los cuales uno ú otro habia conservado en parte sus folículos.

(1) Véase *Rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine*, con un apéndice *Sur les ruptures dans les visceres avoisinants*, por el Dr. Nepveu. (*Annales de Gyn.*, 1875, t. IV, pág. 14.)

(2) Entre 70 casos de rotura de quistes reunidos por Tilt, curaron 30 enfermas, mejoraron 19 y sucumbieron 21.

Embarazo complicando los quistes.—Bajo la influencia de la gestacion, algunos de estos neoplasmas aumentan de volúmen. Muchos autores han llegado á admitir que la accion del embarazo podía ser bastante energética para trasformar un quiste simple en un tumor maligno. Nosotros hemos hecho ver la relacion que existe entre ciertos cánceres ováricos generalizados y los quistes ordinarios. Es posible que hubiera, en tal caso, no una trasformacion en la naturaleza de los elementos, sino un aumento en su vitalidad y su potencia reproductora (1).

Los quistes del ovario, sobre todo los que no han adquirido todavía un gran desarrollo, impiden que la gestacion llegue á su término, y son causa de aborto ó parto prematuro. Sin embargo, con bastante frecuencia, el embarazo realiza su evolucion normal, á pesar de la presencia de un quiste, que sólo se reconoce despues del alumbramiento.

En tales condiciones, desde los primeros períodos de la gestacion, se observa la aparicion de dolores más ó ménos violentos acompañados de disnea, al mismo tiempo que se presentan las varices y el edema de los miembros inferiores. La influencia del tumor es unas veces mecánica y solo se ejerce en el momento del parto. En otras ocasiones es de distinto orden y se manifiesta durante el puerperio, cuyo pronóstico se agrava considerablemente por esta complicacion (2). La muerte sobreviene entónces por hemorragia, por peritonitis ó por supuracion de la cavidad quística. A pesar de la rotura de la bolsa durante el embarazo, ésta puede continuar su evolucion hasta el término normal, observándose la curacion definitiva. Con mayor frecuencia todavía, este accidente produce fatales consecuencias. El contenido del quiste se elimina otras veces por el recto ó la vagina. Durante la gestacion es cuando principalmente se ha observado la torsion del pedículo, cuyas consecuencias ya hemos indicado. La rotura del útero es rara en tales circunstancias.

El *diagnóstico de los quistes del ovario* complicando el embarazo puede presentar ciertas dificultades. A veces se ha presentado, en tales casos, en un embarazo gemelar, otras en un hidro-amnios. A menudo, pero no siempre, se observa un surco de separacion entre ambos tumores. Además, el útero se desvía en sentido inverso á la produccion quística. Bajo la influencia de semejante complicacion, el abdómen adquiere á veces tales proporciones que, despues de la expulsion del feto y de la placenta, apenas se nota una disminucion de volúmen.

(1) Se han visto tumores, indolentes y estacionarios durante mucho tiempo, que se desarrollaron de repente durante el embarazo; al hacer la autopsia se vió que era un carcinoma del ovario. (Olshausen, *loc. cit.*, pág. 101.)

(2) Entre 215 casos reunidos por Oetter, 140 mujeres sobrevivieron y 64 murieron, ignorándose el resultado de las demas. Litzmann ha visto 24 defunciones y 56 terminaciones felices. Spencer Wells cita 3 defunciones entre 12 casos. (Olshausen, *loc. cit.* pág. 105.)

Etiología. — La época del principio de los quistes del ovario es difícil de precisar, tanto más cuanto que algunas veces llega á padecer el órgano sin que haya aumentado su volúmen. Los quistes de algunas dimensiones son raros ántes de la pubertad; sin embargo, se han publicado observaciones en niñas de 3, 5, 6, 8 y 13 años (1). Resulta de las estadísticas que la afeccion se presenta con mayor frecuencia desde los 30 á los 40 años (2). En cuanto á la variedad anatómica observada segun la edad, puede decirse que, generalmente, ántes de la pubertad dominan los quistes dermoideos, ántes de los 20 años los del ligamento ancho y pasada esta edad los quistes ordinarios del ovario.

Todas las teorías etiológicas, por ejemplo, la de la anemia invocada por Scanzoni, se hallan en relacion con la idea del desarrollo á expensas de los folículos. Ahora bien, en todos los casos de tumores voluminosos nos ha sido imposible admitir este origen, que consideramos excepcional, si es que alguna vez existe.

Tratamiento. — Se debe considerar el tratamiento de los quistes ováricos bajo dos puntos de vista diferentes: el tratamiento *médico* y el *quirúrgico*.

Se han citado casos mejorados bajo la influencia ó más bien durante el uso de ciertos medicamentos internos (3). El mercurio, el ioduro de potasio, la glicerina iodada, se han ensayado repetidas veces. A estos diversos medios se puede añadir la medicacion termal, la compresion metódica asociada á las fricciones y al amasamiento, la electro-puntura. Segun lo que hemos dicho respecto á la estructura de estos tumores, parece difícil admitir la posibilidad de una curacion por estos diversos procedimientos. El cornezuelo de centeno ha mejorado el estado de algunas enfermas. En los casos en que la hemos ensayado (4) ha obrado bien contra ciertos síntomas, como los desórdenes digestivos y el estreñimiento.

Pero, hablando con sinceridad, no podemos atribuirle ninguna curacion verdadera (5).

(1) Véase un caso de ovariectomía seguida de curacion en una niña de 13 años. (Kreberlé, *France médicale* y *Archives de Tocologie*, 1876, pág. 424.)

(2) Entre 348 casos, había 97 ántes de los 30 años, 145 entre 30 y 40, 70 entre 40 y 50, 31 entre 50 y 60, 3 entre 60 y 70, y 2 entre 70 y 80. (Schroeder, *loci citati*, pág. 335.)

(3) Véase, para la estadística de los casos sometidos á los tratamientos internos, Boinet, *loc. cit.*, y Gallez, *Histoire des kystes de l'ovaire*, etc., Bruselas, 1873.

(4) Cuarenta á sesenta centigramos por día, con interrupcion cada 15 dias, segun el método que hemos indicado en otro lugar.

(5) Gray cita una observacion de tumor del ovario que adquirió dimensiones considerables, pues el abdómen de la enferma presentaba un desarrollo parecido al de una mujer que hubiera llegado al sexto mes del embarazo. Despues de un año de tratamiento por las inyecciones cotidianas de ergotina, interrumpidas de tiempo en tiempo cuando se presentaban síntomas de ergotismo, se obtuvo la desaparicion completa del tumor. (*Ergotin used hypodermically in a case of fibrocystic ovarian tumor, Americ suppl. to*

El tratamiento médico se empleará, sobre todo, contra los accidentes dispépticos, ó cuando sobrevengan complicaciones inflamatorias por parte del peritoneo.

Los principales medios quirúrgicos son: la *puncion*, el *desagüe* y la *ovariotomía*.

La puncion puede ser *exploradora*, *paliativa* ó *curativa*. Exploradora, en los casos en que se trata de precisar un diagnóstico. Además de las indicaciones suministradas por los caracteres del líquido, estando ménos distendido el tumor, puede apreciarse mejor su grado, de movilidad y la situacion de las adherencias, si existen (1). Se ha recurrido á la puncion paliativa, cuando es imposible una operacion radical, para disminuir los desórdenes mecánicos causados por el volúmen del tumor, principalmente en la respiracion. También se pueden hacer desaparecer momentáneamente accidentes alarmantes y prolongar bastante tiempo la vida de las enfermas. *Una simple puncion ha bastado algunas veces para producir la curacion de un quiste ovárico* (2). Con frecuencia se asocia la *inyeccion* iodada.

Este método ha dado buenos resultados en manos de algunos cirujanos (3). Pero no puede aplicarse más que á los tumores uni ó pauciloculares, de líquido claro y trasparente. Ahora bien; en tales casos, la ovariotomía da tan buenos resultados que la preferimos á la inyeccion iodada. Para practicar la puncion es preciso, despues de haber vaciado préviamente la vejiga, asegurarse de que no existe ninguna asa intestinal interpuesta en el punto elegido. La puncion se hará, ó bien en el sitio de eleccion de la paracentésis en general, ó bien al nivel de la línea alba. Esta última region es preferible por si acaso fuera preciso practicar luégo la ovariotomía, pues las adherencias consecutivas á la puncion se encuentran de este modo al nivel de la incision abdominal. La enferma estará acostada del lado en que se debe practicar la puncion.

Generalmente se emplea un trócar de cinco milímetros de diámetro, unido á un aparato aspirador. El instrumento, hundido perpendicularmente á la superficie de la piel, debe penetrar de una sola vez á bastante

Obst. Journ., Julio, 1876, analizado en la *Revue des Sciences médicales*, t. IX, página 179.)

(1) Se ha aconsejado, en vez de una puncion, practicar una incision exploradora. Este procedimiento será quizás preferible en los tumores de contenido gelatinoso.

(2) Los quistes así curados por una simple puncion, se hallaban quizas formados á expensas de los ligamentos anchos. Véase, respecto á esta parte, Panas, *Academie de Médecine*, sesion del 10 de Marzo de 1875, y *Archives de Tocologie*, 1875, pág. 206.)

(3) El Sr. Boinet, entre 130 casos así tratados, obtuvo 64 curaciones. Dicho cirujano aconseja la siguiente disolucion:

Agua destilada	150 á 200 gramos.
Tintura de iodo.	100 —
Ioduro de potasio.	4 —

profundidad, para que la cánula no se escape del quiste en el momento en que éste disminuya de volúmen. Durante la salida del líquido, es preciso comprimir ligeramente el abdómen con las manos colocadas de plano. Si llega á obstruirse la cánula, será preferible cambiar de sitio, esperar un instante, en vez de introducir un estilete. Cuando se saca el trócar, es útil comprimir fuertemente los bordes de la herida para aproximar las paredes abdominales y quísticas, á fin de impedir lo más posible la penetracion de los líquidos en la cavidad peritoneal. Si sobreviene durante la operacion algun indicio de síncope, debe el cirujano esperar un instante, procurando, despues de esta suspension momentánea, extraer todo el líquido contenido en la bolsa (Kœberlé); esto es, lo contrario de lo que acostumbramos hacer en la paracentesis, en la cual dejamos siempre cierta cantidad del exudado pleurítico, aún cuando no haya ninguna tendencia sincopal. Despues de haber sacado la cánula, se acuesta la enferma del lado opuesto al de la herida, que basta cubrir con dos tiras de diaquilon. Cuando el tumor tiene adherencias en la pélvis menor y forma eminencia en la vagina, se puede puncionar por esta vía.

El *desagüe* se halla indicado solamente cuando el quiste está fijo por adherencias sólidas y cuando es imposible la ovariotomía. Este procedimiento ha dado algunas curaciones; pero, á menudo, las enfermas sucumben con accidentes de putridez, de septicemia ó de fiebre héctica, á pesar de las inyecciones detersivas, iodadas ó fenicadas. Los mismos reproches se dirigen á la *incision*, despues de la aplicacion de la potasa cáustica, por el método de Recámier. El *desagüe* secundario es útil, en ocasiones, despues de la *ovariotomía*, cuyos principales tiempos vamos á indicar sucintamente.

Esta operacion se practica por medio de una incision abdominal, y toma entónces el nombre de *ovariotomía abdominal*, ó bien por la vagina, y entónces se llama *ovariotomía vaginal*.

La *ovariotomía abdominal*, segun las estadísticas más recientes, da una mortalidad de 25 á 30 por 100. (1) Gracias á la mayor precision del diagnóstico, que sólo hace emprender las operaciones posibles, el número de los resultados satisfactorios tiende á aumentar de día en día. Estos éxitos son debidos principalmente á determinadas precauciones, nunca demasiado minuciosas. La mayor limpieza, el empleo de un apósito apropiado para mantener los bordes de la herida é impedir la penetracion de los líquidos en el peritoneo, tienen indudable importancia. Con este motivo debo recordar los buenos resultados del empleo de la pulverizacion del agua fenicada segun el procedimiento de Lister.

(1) Segun una estadística reciente, en España se han practicado 36 ovariotomías, habiendo fallecido 21 enfermas y curado 15. La mortalidad fué, pues, de un 58 por 100. (Dr. Carreras Sanchis. *La ovariotomía en España*, artículo publicado en *El Diario Médico*, núm. 47).

Si durante la operacion sobrevienen vómitos, el cirujano debe detenerse y esperar á que pase este período de náuseas. Es importante, para evitar tal inconveniente, cloroformizar bien á la enferma, que debe permanecer en un estado de anestesia completa.

Cinco ó seis dias ántes es útil hacer una puncion, sobre todo cuando el tumor es voluminoso (1). La víspera se vaciará el intestino, por medio de un ligero purgante. Será preferible elegir una época intermenstrual y se procurará, durante el período que precede á la intervencion quirúrgica, colocar á la enferma en condiciones de salud general favorables. La habitacion en que se va á operar estará á una temperatura de 20° próximamente: se vestirá á la enferma con franela, colocándola en una cama especial (2). Uno de los ayudantes se encargará de administrar el cloroformo, no ocupándose más que de esta tarea, á veces laboriosa, y vigilando atentamente el pulso y la respiracion.

Despues de haber vaciado la vejiga y afeitado los pelos del púbis, se hace una incision de 6 á 10 centímetros, que parta del ombligo para detenerse á 5 ó 6 centímetros del púbis (3). Si esta longitud es insuficiente, se debe prolongar la seccion hácia arriba, contorneando el ombligo por el lado izquierdo. Se cortarán los tejidos, capa por capa, en la línea média y los planos fibrosos sobre la sonda acanalada, hasta que se llega al peritoneo. Sacando la serosa con las pinzas, se abre un ojal y despues se incinde entre dos dedos. Antes de pasar á este tiempo de la operacion es importante que dos ayudantes mantengan los bordes de la herida para evitar la penetracion de los líquidos en la cavidad peritoneal. Mientras duran las maniobras operatorias se irán cogiendo los vasos que den sangre con las pinzas hemostáticas, para lo cual será conveniente tener á mano gran número de ellas. La superficie del quiste, lisa, brillante, de color blanco más ó ménos azulado, se reconoce fácilmente en el fondo de la herida. Se vacia la bolsa quística con un grueso trócar adaptado á un aparato aspirador. En este momento los ayudantes deben redoblar las precauciones para impedir la penetracion del líquido en el peritoneo. Despues de aspirado el contenido, se saca la cánula y se aplica sobre la abertura una pinza de quistes.

Vaciado así el tumor, de un modo más ó ménos completo, se introduce la mano en la cavidad abdominal y se exploran sus diferentes puntos. Si existen adherencias, se procurará en lo posible romperlas con los dedos.

(1) Despues de la puncion, se pueden precisar algunas veces las adherencias y su sitio. Nosotros hemos visto al Dr. Terrier diagnosticar adherencias despues de la puncion. Véase, respecto á este punto, Karl Sthal, *Zur Diagnose der Adhasionen bei Ovarialgeschwülsten*, (*Centralblatt f. Gyn.*, 1879, pág. 78.)

(2) En París se usa generalmente el modelo fabricado por el Sr. Guéride.

(3) Todos los instrumentos, lo mismo que las manos de los ayudantes, se lavarán préviamente en una disolucion fenicada.

Después se extrae el quiste lentamente y con precaución para evitar la rotura de adherencias que hayan pasado desapercibidas. Llevado el pedículo al exterior, se atraviesa con dos alfileres, cruzados oblicuamente, por debajo de los cuales se coloca un hilo de hierro. Después de haber apretado fuertemente la ligadura por medio de un aprieta-nudos, no queda más que excindir el pedículo, tocar su superficie de sección con percloruro de hierro y fijarla al exterior en el ángulo inferior de la herida. También se puede, en ciertos casos, recurrir á las ligaduras con el *catgut* ó la *seda preparada*, procedimiento que presenta la gran ventaja de que estas ligaduras puedan abandonarse en el abdomen sin que se comprometa el resultado final. Cuando todas las regiones se han limpiado cuidadosamente, se quitan con precaución las pinzas hemostáticas, una después de otra, y se practica la sutura de los bordes de la herida con puntos superficiales y profundos, y aún con una sola sutura que parta de alguna distancia. Colocada de nuevo la enferma en su cama, se aplican vejigas de agua caliente y se cubre el vientre con una gruesa capa de algodón en rama, mantenida por un vendaje de cuerpo. La operada guardará un reposo absoluto y se la sondará cada tres ó cuatro horas. Durante los primeros días, se la dará un poco de hielo. Las suturas se quitarán del cuarto al sexto día, y el pedículo, sometido á frecuentes toques con el percloruro de hierro, caerá espontáneamente del 12.º al 15.º En los casos favorables, la curación es completa al cabo de tres ó cuatro semanas.

Diversos accidentes pueden ocurrir *durante ó después de la operación*. Los vómitos del período anestésico se evitarán dando el cloroformo á grandes dosis y haciendo que la paciente esté continuamente bajo su influencia. Si sobreviene una hernia del intestino, se empujará y mantendrá, hácia arriba y atrás, con la mano de un ayudante. Las hemorragias resultan, sobre todo, de la rotura de las adherencias, y pueden ser bastante abundantes para producir rápidamente la muerte. En cuanto á las que proceden de la sección de los vasos, se cohiben por medio de las pinzas hemostáticas. Si, después de quitar las pinzas, da sangre algun punto, se aplica una ligadura. En los casos de heridas del intestino ó de la vejiga se recurrirá á las suturas con hilos de *catgut* fenicadas.

La peritonitis constituye el más importante y el más grave de los accidentes consecutivos. Si se generaliza, puede producir la muerte en tres ó cuatro días; pero es frecuente que se limite á algunos puntos y cure. La septicemia se combatirá ventajosamente por el desagüe del fondo de saco vaginal.

La timpanitis puede adquirir cierta gravedad, porque el diafragma es empujado hácia arriba, de donde resultan determinados trastornos respiratorios. Se combatirá con ligeros purgantes, la introducción de una gruesa sonda en el intestino, y, finalmente, la aspiración y el lavado del estómago. (Kœberlé.) Rara vez se observan las hemorragias al caer el pedículo:

cuando sobrevengan, se cohibirán con el percloruro de hierro, ó se recurrirá á la ligadura si son muy abundantes.

Indicaciones y contraindicaciones. — Los resultados, cada vez más ventajosos, de la ovariotomía, tienden á demostrar más y más su superioridad sobre la mayor parte de las demas formas de tratamiento. Sin embargo, aunque la gravedad de la operacion ha disminuido de algunos años á esta parte, no debe emprenderse más que cuando el tumor ha adquirido un volúmen bastante considerable para comprometer en breve plazo la vida de la enferma. Se puede practicar una puncion prévia, conforme hemos dicho, para asegurar el diagnóstico; pero se evitarán siempre aquellas maniobras y exploraciones que no sean absolutamente indispensables.

Toda afeccion crónica mortal, como la tfsis, una enfermedad del hígado ó de los riñones, es una contraindicacion de la ovariotomía.

Lo mismo sucede cuando el estado general de las enfermas es muy malo. No se operará el tumor si no da lugar á ningun trastorno funcional; si su curso es lento ó estacionario, se esperará á que ocasione ciertos accidentes. Los quistes muy voluminosos ó muy pequeños no dan tan buenos resultados como los de medianas dimensiones: unos por las adherencias que los acompañan casi siempre, y otros por el peligro de que los intestinos salgan al exterior.

Despues de la puncion exploradora conviene, ántes de operar, esperar que el quiste tenga, cuando ménos, la tercera parte de su volúmen primitivo. Las adherencias poco numerosas no son una contraindicacion. Cuando son múltiples, antiguas, y el útero está adherido al púbis ó forma cuerpo con el tumor, cabe suponer que la operacion será muy grave y áun imposible. Cuanto ménos se haya puncionado, examinado y palpado á las enfermas, más probable es que curen por la ovariotomía. La ascitis agrava el pronóstico, pero no constituye un obstáculo á la intervencion quirúrgica, lo mismo que la peritonítis ó la rotura intra-peritoneal del quiste (1).

La ovariotomía vaginal, aconsejada por Gaillard-Thomas para ciertos quistes pequeños de la excavacion, no se ha empleado apénas hasta la fecha (2).

Cuando el quiste del ovario se complica con embarazo, el aborto ó el parto prematuro intentado en tales casos no suelen producir buenos resultados. La puncion no presenta más inconvenientes que en el estado de vacuidad del útero: se halla indicado, sobre todo, si existe un peligro de asfixia disneica, pues á veces le hace desaparecer inmediatamente. Esta intervencion, teniendo cuidado de no herir el útero, carece de influencia sobre la marcha del embarazo. A veces basta una sola puncion; en otras

(1) Véase, para más detalles, el artículo *Ovariotomie*, de Kœberlé, en el *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*.

(2) Gaillard-Thomas, *Diseases of Women*, pág. 733, y Leblond, *loc. cit.*, pág. 628.

ocasiones se necesitan muchas. La ovariectomía no se halla absolutamente contraindicada durante la gestación: podríamos citar casos de esta índole con resultado favorable.

QUISTES DERMOIDEOS DEL OVARIO

Anatomía patológica. — Los quistes dermoideos del ovario presentan, las más veces, el volumen de una naranja. Rara vez llegan á tener, y mucho ménos pasan, el grosor de una cabeza de adulto. En cambio se ven algunos del volumen de un huevo, y en otros casos el ovario presenta dimensiones casi normales (Cruveilhier). Se han denominado así estas producciones porque contienen cierto número de elementos cutáneos. En ellos se encuentran igualmente dientes, músculos y nervios. No difieren tanto como podría creerse de las formas ordinarias. Hemos visto algunos que eran en parte dermoideos y presentaban en otros puntos la estructura de los tumores quísticos simples, con los tubos epiteliales y las células cilíndricas ó con pestañas vibrátiles.

Estos quistes suelen ser uniloculares (1); sus paredes son unas veces delgadas y otras gruesas. Su superficie interna es á veces lisa y otras cubierta de eminencias mamelonadas. Su cavidad se halla revestida por capas estratificadas de epitelio pavimentoso semejante á los elementos epidérmicos, situados por encima de un corion, absolutamente como en la piel. Por debajo de las papilas, cuya presencia no es, por lo demás, constante, existe á menudo cierta porción de tejido adiposo. También se encuentran glándulas sebáceas y sudoríparas, y nosotros hemos observado en un caso una estructura acinosa, que recordaba la de la mama.

Los pelos y cabellos entran con frecuencia en la estructura de estos curiosos tumores. Unas veces libres y diseminados, otras adheridos por su extremidad ó por su parte média, forman una masa de aspecto especial. Su longitud, aunque variable, es á veces muy grande. Presentan un color claro, rubio ó rosáceo, rara vez oscuro, áun en las mujeres de raza negra, y van acompañados de glándulas sebáceas y de bulbos pilosos, como los cabellos normales. También se encuentra en estas cavidades quísticas una materia grasa amarillenta, que recuerda la consistencia y el aspecto de la manteca, en medio de la cual hay algunos pelos aglomerados. Esta materia grasa, ordinariamente inodora, se torna algunas veces parduzca y fétida. En ocasiones existen en un mismo ovario quistes pilosos y otros llenos de materia adiposa.

En algunos de estos tumores la superficie de la bolsa está revestida por

(1) Cruveilhier ha publicado casos en los cuales existían dos quistes dermoideos, uno en el ovario y otro en el pabellón de la trompa. (Cruveilhier, *Atlas d'Anat. pathologique.*, t. I, cuaderno 18.)

células epidérmicas, sin glándulas ni pelos, y el contenido es muy rico en cristales de colesterina. Puede también hallarse constituido por pus. Se encuentran igualmente huesos, dientes y tejido cartilaginoso. Los huesos presentan á veces una forma definida, que les da más ó menos el aspecto de una de las piezas del esqueleto; otros, por el contrario, proporciones irregulares y no recuerdan ninguna configuración conocida. Los dientes se hallan implantados en el tejido óseo y poseen entónces una pulpa dentaria. En los casos de este género hemos visto, por el empleo del ácido ósmico, que la pulpa dentaria no poseía nervios con médula (1). Los dientes no se hallan implantados en los huesos; se observan algunos libres en la cavidad ó adheridos á las paredes del quiste. Se han llegado á contar hasta 100, 200 y aún 300 en una misma bolsa quística. Poseen todas las partes constituyentes de los dientes normales adultos, cuya forma revisten; en otros casos permanecen en estado rudimentario. Además de todos estos elementos, se han encontrado, en el interior de los quistes, nervios, células nerviosas, músculos lisos ó estriados.

Desarrollo.—La génesis de estas raras producciones, designadas con el nombre de quistes dermoideos del ovario, ha dado lugar á muchas teorías. Las que las consideraban como un embarazo extra-uterino, ó como el resultado del desarrollo anormal de un huevo fecundado, no resisten á la observación de los hechos, pues se han visto en niñas, y aún en recién nacidas ó en fetos nacidos ántes de término (2). La opinión que los atribuía á una inclusión fetal no es tampoco sostenible, pues no se explica de este modo la presencia de 300 dientes en un mismo tumor. Sólo quedan, pues, dos teorías: una que admite que, durante la vida intra-uterina, ciertas hojas del blastodermo han participado anormalmente de la formación del ovario y han penetrado en su tejido; y otra que supone que las células del ovario ofrecen la propiedad de producir todos los elementos, y pueden dar lugar á pelos, dientes, glándulas, por un procedimiento comparable á una especie de partenogénesis. Esta última hipótesis no se halla en relación con la existencia de las neoplasias que nos ocupan en otros puntos del cuerpo y en otras regiones del ovario (3).

Por nuestra parte, creemos que, en este punto, se ha abusado de las teo-

(1) Otros anatómicos han observado la existencia de filetes nerviosos que iban á los dientes. Véase *Bulletins de la Société anatomique*, 1867, pág. 109. *Kyste dermoïde présenté par Mahot, examen histologique*, por Legros.

(2) Según una estadística del Sr. Pigné, entre 49 casos de quistes dermoideos del ovario, 3 pertenecían á jóvenes vírgenes menores de 12 años, 6 á niños de 6 meses á 2 años, y 4 se encontraron en fetos que no habían respirado y otros dos en fetos, productos de un aborto ántes del octavo mes. (Cousin, *Du développement de l'ovaire, et en particulier des kystes dermoïdes*, tesis de doctorado, París, 1877, pág. 33.)

(3) Estos quistes se encuentran en otros puntos del cuerpo, pero principalmente en el ovario. Entre 188 casos reunidos por Lebert, 129 tenían su punto de partida en el ovario. (Lebert, *Mém. de la Société de Biologie*, 1852, pág. 202.)

rías, y que toda explicacion sobre el origen de los quistes dermoideos es, cuando ménos, prematura en el estado actual de la ciencia.

Síntomas. — Estos tumores pueden permanecer estacionarios durante toda la vida, y ser reconocidos tan sólo al hacer la autopsia de una mujer muerta de cualquier afeccion. En otros casos dan lugar á síntomas graves, y presentan, de repente, una marcha tan rápidamente mortal como los quistes ováricos ordinarios. Las formas dermoideas difieren generalmente de estas últimas por su desarrollo más lento, que hace que al cabo de 10 y 15 años no hayan pasado todavía de la pélvis menor. Poseen una mayor disposicion á inflamarse y á producir igualmente lesiones inflamatorias del peritoneo. La torsion del pedículo es un accidente más comun en esta variedad de quistes.

Algunas veces se abren en los órganos inmediatos, recto, vejiga, y con ménos frecuencia en la vagina. Su situacion en la pélvis menor los expone todavía más á las lesiones traumáticas producidas por la defecacion, el cóito, el parto, y por consiguiente á la supuracion. A consecuencia de la formacion del pus, las enfermas tienen escalofrios, fiebre héctica, pierden sus fuerzas y mueren de inanicion ó de accidentes peritonífticos. La abertura espontánea en una cavidad inmediata puede producir la curacion ó la muerte.

Diagnóstico. — El estado mucho tiempo estacionario de un pequeño quiste ovárico permite suponer su naturaleza dermoidea. Cuanto más jóven es la mujer, más probable será encontrar esta variedad, aunque se observa igualmente en mujeres de edad avanzada. Por lo demas, ningun carácter cierto los distingue de las demas formas de quistes del ovario.

La puncion, revelando la naturaleza del contenido, da á menudo indicaciones más precisas. Se ven, por lo demás, como ya hemos dicho, muchas variedades anatómicas combinadas en un mismo tumor.

Pronóstico. — De todas las especies de quistes del ovario, la forma dermoidea es la que ofrece un pronóstico más favorable, á causa de su mayor disposicion á permanecer estacionaria. Estos tumores rara vez tienen un curso rápido. El embarazo activa su pronóstico. A menudo, despues de un parto, una produccion de este género que había pasado desapercibida hasta entónces comienza á supurar. La abertura espontánea en el recto ó la vagina es preferible á la abertura en la vejiga ó á través de las paredes abdominales.

Etiología. — Los quistes dermoideos se observan en todas las edades, desde el feto hasta los 70 ú 80 años. Con todo, probablemente son siempre de origen congénito y permanecen estacionarios hasta la pubertad. Se han operado con éxito algunos quistes dérmicos en niñas de seis á ocho años. Su desarrollo se parece, probablemente, al de los demas quistes ováricos; algunas veces ofrecen una composicion mixta y están asociados entre sí.

Tratamiento. — La puncion debe rechazarse como procedimiento curativo. Aun como medio de exploracion, presenta el gran peligro de producir la peritonitis, á causa de la naturaleza del contenido quístico. Cuando sobreviene una perforacion espontánea, es necesario dilatar el trayecto fistuloso, si es accesible, y practicar en la bolsa inyecciones desinfectantes. Si el tumor sale por la vagina, si es fijo y presenta signos de supuracion, se puede ensayar la incision y el desagüe.

Cuando el quiste aumenta de volúmen y adquiere ciertas dimensiones, debe intentarse la ovariectomía. La operacion no presenta entónces indicaciones especiales, y hasta la curacion parece más frecuente en los quistes dermoideos que en las demas variedades (1).

FIBROMAS DEL OVARIO

Los tumores sólidos del ovario son relativamente raros, en términos que, cualquiera que sea su naturaleza (fibromas, carcinomas, sarcomas), apénas se observan en la proporcion de 1 á 2 por 100 (2).

Anatomía patológica. — Los fibromas ocupan las más veces un sólo ovario, aunque en algunos casos están interesados los dos. Estos tumores no adquieren, por lo general, proporciones muy considerables, y apénas pasan del volúmen de una nuez ó de un huevo. Sólo en casos excepcionales presentan las dimensiones de una cabeza de adulto, y entónces domina el elemento vascular. Su consistencia es dura, elástica; su superficie lisa é igual ó ligeramente mamelonada. A menudo están rodeados por una capa de neomembranas, que los fijan en las situaciones más variadas. El pedículo del ovario es casi siempre fácil de reconocer, y las relaciones del tumor con la trompa difieren de las que se observan en los quistes. En estos últimos, el pabellon se halla aplicado sobre la superficie, y forma, por decirlo así, parte de la masa patológica. En los fibromas, por el contrario, su extremidad es libre, independiente y conserva la situacion normal (3).

La mayor parte de los fibromas del ovario son una hiperplasia del estroma ovárico, ora en un punto, ora en la totalidad del órgano. De cualquier modo que sea, el tumor forma cuerpo con los tejidos que le rodean, y no está cubierto por una cápsula enucleable, á la manera de ciertos fibromas uterinos. A menudo se observan cavidades quísticas, como

(1) Entre 800 ovariectomías practicadas por Spencer Wells, habia 20 quistes dermoideos, de los cuales se obtuvieron 18 curaciones, lo cual constituye una mortalidad de 10 por 100, mientras que en las demas especies llega á un 25 por 100 próximamente. (*Transact. path. Soc. of London*, 1876.)

(2) Ziembicki, *Essai clinique sur les tumeurs solides de l'ovaire*, tesis de doctorado, París, 1875.

(3) *Die soliden Eierstocksgeschwülste*; Gerhard Léopold. (*Arch. f. Gyn.*, 1874, t. VI, pág. 874.)

en todos los neoplasmas, áun sólidos, del ovario. Estas cavidades contienen un líquido claro y trasparente, ó turbio y sanguinolento. Su origen es debido, unas veces, á puntos de reblandecimiento, de degeneracion grasosa; otras veces se les ha considerado, quizás con razon, como hipertrofias foliculares ó espacios linfáticos dilatados. En efecto, no pasan apénas del volúmen de una avellana ó de una nuez.

La estructura histológica de esta variedad de tumor ovárico es, sobre todo, fibrosa. Rara vez se observan músculos lisos en pequeña cantidad. Algunos anatómicos han pretendido que, cuando se observaba la presencia de numerosos haces musculares, el tumor era de origen uterino. En efecto, á menudo es difícil distinguir, áun en el cadáver, y todavía más en el vivo, los fibromas del ovario de los cuerpos fibrosos subserosos, pediculados ó desarrollados á los lados del útero, ó entre las dos dos hojas del ligamento ancho (1).

Si se examina un corte de tumor fibroso del ovario, se ve que los haces conjuntivos están dispuestos irregularmente, sin órden, y no se irradian alrededor de uno ó de muchos centros, como se observa en los fibro-miomas del útero. Los vasos son, por lo general, poco numerosos y de pequeño calibre. Sin embargo, algunas veces adquieren un desarrollo considerable y dan lugar entónces á masas de mayor volúmen. Se han visto fibromas desarrollados á expensas de los cuerpos amarillos. Las partes centrales de estos productos de involucion folicular en estado normal son, en efecto, verdaderos nódulos de tejido fibroso, semejantes al tejido cicatricial.

Los fibromas del ovario no se hallan expuestos á todas las modificaciones que hemos descrito en los fibro-miomas uterinos. La trasformacion calcárea es más rara, siendo la superficie externa la que primero se calcifica. Sin embargo, se han referido casos de producciones cretáceas y osteoideas difusas (2). La supuracion rara vez se observa en este género de tumores.

Sintomas.—Los fibromas del ovario ocasionan una série de desórdenes comunes á todos los tumores de la pélvis menor, y que nada tienen de especial para esta variedad anatómica. Su pequeño volúmen hace que pasen desapercibidos miéntras no adquieren las dimensiones del puño.

A veces llama la atencion el desarrollo de la ascítis que le acompaña con tanta frecuencia, y cuya causa es difícil de explicar con un neoplasma poco voluminoso, miéntras que sus quistes sólo producen la ascítis en sus fases más avanzadas (3). Estos tumores tienen un curso lento, y rara

(1) Sangalli ha observado un caso de mioma puro del ovario, *Storia dei tumori*, t. II, pág. 220.

(2) *Diffuses Eierstocksfibrome vom eigenthümlichen Bau.* (Waldeyer, *Arch. f. Gynecologie*, 1871, t. II, pág. 440.)

(3) Olshausen ha citado un caso de este género, en que una ascítis muy abundante,

vez dan lugar á una peritonítis generalizada. Cuando se ha observado esta complicacion, era casi siempre consecutiva á la torsion del pedículo.

Diagnóstico.—El diagnóstico cierto de un fibroma del ovario es casi siempre imposible. Si se observa la existencia en la region ovárica de un tumor pequeño, duro, de curso lento, con conservacion de un buen estado de salud general, se podrá pensar en un fibroma. La presencia de la ascítis hace muy comprometido el caso, y debe hacer sospechar más bien una afeccion maligna, sobre todo si el líquido se ha formado pronto y en abundancia, si el tumor ha dado lugar á dolores espontáneos y presenta una superficie abollada é irregular. El estado general de la enfermedad y el curso ulterior del neoplasma permiten plantear mejor el diagnóstico.

Pronóstico.—Los fibromas constituyen la forma más benigna de los tumores ováricos. Su curso lento y aún estacionario les hace á veces completamente inofensivos.

La degeneracion calcárea mejora todavía el pronóstico.

Etiología.—Entre 55 observaciones de tumores sólidos del ovario, Léopold encontró 16 fibromas, 3 de ellos calcificados.

Spencer Wells, entre 500 ovariectomías, sólo ha visto dos fibromas. Sin embargo, son ménos raros de lo que parece segun ciertas estadísticas. Su pequeño volúmen disminuye en gran manera la importancia clínica: con frecuencia pasan desapercibidos durante la vida.

Tratamiento.—Será las más veces espectante ó paliativo si sobreviene la ascítis. En los casos de tumor voluminoso que dé lugar á accidentes graves, se podrá intentar la extirpacion.

CÁNCER DEL OVARIO

Anatomía patológica.—La cuestion del cáncer del ovario es todavía bastante oscura y difícil de resolver. La mayor parte de los casos descritos con el nombre de carcinomas papilares ó glandulares (Klebs) no eran más que variedades de quistes vegetantes. Lo propio dirémos de los cánceres coloides ó degeneraciones gelatiniformes de Cruveilhier, que son formaciones coloides desarrolladas en el estroma del ovario ó en el estroma de sus tumores.

Hemos visto, en efecto, que algunos de estos neoplasmas se generalizan á la manera del cáncer sin cambiar de estructura histológica, en términos que hoy nos parece imposible trazar una línea precisa de demarcacion entre los quistes y el cáncer del ovario (1).

y que se reproducía rápidamente, desapareció de un modo definitivo despues de la ablacion de un pequeño fibroma del ovario. (Olshausen, *loc. cit.*, pág. 418.)

(1) Las concreciones calcáreas, mencionadas por Olshausen en un caso de cáncer del ovario, han sido observadas igualmente por nosotros en los quistes simples. (Véase

La producción neoplásica infiltra ordinariamente todo el tejido ovárico y da lugar á gruesos tumores, que llegan á tener el volúmen de una cabeza de adulto. Los nódulos diseminados se observan, sobre todo, en los casos de cáncer secundario. Las lesiones no están, generalmente, localizadas á un solo punto: están comprometidos los ganglios lumbares, lo mismo que el peritoneo inmediato, y á menudo los órganos distantes, como la pleura.

Síntomas.—El cáncer del ovario tiene un curso rápido, y da lugar muy pronto á accidentes peritonífticos. El tumor mismo es asiento de dolores espontáneos bastante intensos. La ascítis sobreviene desde el principio, á pesar del pequeño volúmen del neoplasma. El edema de los miembros inferiores observado en tales condiciones ofrece una gran importancia. Se ha hablado igualmente de la cesacion de la menstruacion. Las enfermas sucumben en medio de un gran marasmo, por peritonítis ó por embolia pulmonar; más á menudo á consecuencia de las generalizaciones á órganos importantes, como el estómago, el intestino, el hígado ó el pulmon.

Diagnóstico.—El diagnóstico del cáncer del ovario no puede ser más que aproximado. Si, á pesar de la existencia de un tumor todavía poco voluminoso de la region ovárica, adelgaza la enferma y presenta un aspecto caquéctico; si además se observa una ascítis, y, sobre todo, un edema doloroso de los miembros inferiores, sin que puedan invocarse fenómenos de compresion, cabe suponer fundadamente la naturaleza cancerosa del neoplasma. El tumor maligno suele estar inmóvil desde el principio por infiltracion é induracion de los tejidos ambientes.

Pronóstico.—El sitio ovárico de las lesiones no aumenta ni disminuye la gravedad del pronóstico de la afeccion carbuncosa, casi fatalmente mortal en breve plazo, cualquiera que sea el punto que invada en la economía.

Etiología.—La oscuridad que reina todavía acerca de la estructura y origen de los tumores ováricos reunidos con el nombre de cáncer, se deja sentir en lo referente á la etiología. Segun resulta de diversas estadísticas, las enfermas padecen el cáncer del ovario más pronto que el de los demás órganos: el máximum de frecuencia se observa poco tiempo despues de la pubertad (1).

Como ya hemos dicho, se han confundido con el nombre de cáncer

Olshausen, *loc. cit.*, pág. 433 y fig. 33, y Malassez y de Sinéty, *loc. cit.*, *Archives de Physiologie*, 1879, pág. 371.)

(1) Segun Léopold, las edades se hallaban así repartidas en 48 casos:

Ménos de 20 años.	4 casos.
De 20 á 29.	12 —
De 30 á 39.	7 —
De 40 á 49.	12 —
De 50 años en adelante.	13 —

ciertas variedades de quistes de curso rápido. Las estadísticas relativas á este punto de la etiología no presentan, pues, hasta ahora más que un interés muy secundario.

Tratamiento. — La ablacion del neoplasma no puede, en los casos de tumores malignos del ovario, dar resultados satisfactorios. Las más veces, las enfermas sucumben algunas horas ó pocos dias despues de la operacion. El tratamiento deberá ser paliativo, y consistirá en punciones más ó ménos repetidas y en medios generales destinados á sostener todo el tiempo posible las fuerzas de las enfermas.

SARCOMA DEL OVARIO

Anatomía patológica. — El sarcoma invade unas veces un sólo ovario y otras los dos. Da lugar á tumores de mediano volúmen, que llegan á tener el grosor de la cabeza de un feto y aún más. Estos tumores son, por lo general, regulares, redondos ú ovals, de superficie lisa. Su consistencia es blanda, su color blanquecino ó blanco rosado al corte.

La variedad fasciculada se observa con más frecuencia que la de pequeñas células ó encefaloide. Los vasos son bastante numerosos, voluminosos y dilatados. Ordinariamente se encuentran cavidades quísticas en estos neoplasmas, lo mismo que en todos los tumores ováricos. Por lo general, se han considerado estos quistes como de origen folicular. Sin embargo, leyendo las descripciones dadas por algunos anatómicos, se ve que dichas cavidades están revestidas por epitelio cilíndrico y se aproximan al cáliz del ovario, punto en que no existen folículos de Graaf.

Ademas, se han observado generalmente en sus inmediaciones tubos epiteliales de apariencia glandular. A menudo se han confundido los sarcomas con *epiteliomas mucoides*, en los cuales dominaba el elemento sólido, pero cuya estructura era idéntica á la de los grandes quistes del ovario. A menudo se ven, al hacer un corte de los tumores sarcomatosos, puntos amarillentos reblandecidos. Estos islotes de degeneracion grasosa pueden dar lugar á otra variedad de forma quística. Los focos hemorrágicos son igualmente frecuentes en estos neoplasmas, observándose tambien las metástasis en otros órganos (estómago, intestinos y pleura).

Síntomas. — Bajo el punto de vista clínico, el sarcoma del ovario entra completamente en el cuadro del cáncer. Produce rápidamente la muerte, á veces en pocos meses, y da lugar á los mismos fenómenos: ascitis, peritonítis, pleuresía y embolia pulmonar.

Diagnóstico. — El origen exacto y la naturaleza del neoplasma son imposibles de afirmar en el vivo. La existencia de un grueso tumor no fluctuante, de curso rápido, situado en la region del ovario, vendrá en favor de la idea de un sarcoma. Los fibromas son más pequeños; su curso es lento ó estacionario; los quistes ordinarios del ovario no producen ascí-

tis sino en sus fases avanzadas y por compresion. Además, sobre todo al principio, no producen una perturbacion profunda en el estado general del organismo, como el cáncer ó el sarcoma.

Pronóstico. — El pronóstico es tan grave como en las demas formas del cáncer. La muerte es su consecuencia fatal, á menudo en breve plazo.

Etiología. — El sarcoma del ovario se desarrolla, sobre todo, en las mujeres jóvenes. Se ha observado en niñas, ántes de la pubertad, lo mismo que en la mujer adulta, y áun en enfermas de 62 y 66 años.

Tratamiento. — Además de los medios paliativos, algunos cirujanos han intentado la ovariectomía en los casos de sarcoma. En tales circunstancias, el éxito inmediato es tan comprometido y el resultado futuro tan dudoso, cuando las enfermas han resistido á la operacion, que vacilamos en aconsejarla.

PAPILOMAS DEL OVARIO

Hemos observado la existencia de vegetaciones papilares en los quistes y el cáncer del ovario. Son producciones conjuntivas y epiteliales, llenas ó no de cavidades.

Se ven igualmente, bajo la influencia de un proceso inflamatorio, mamezones, eminencias en la superficie del ovario, sobre todo en los puntos que se hallan en relacion con las adherencias: ya nos hemos ocupado de estos hechos al hablar de la ovaritis. Aparte de estos casos, los papilomas benignos, tales como los que se encuentran en otras regiones de los órganos genitales, por ejemplo, la vulva y la vagina, son muy raros en el ovario.

El *encondroma* es tan excepcional en la glándula ovárica que, excepto un caso publicado por Kiwisch, no hemos encontrado ninguna observación en los autores. Recordaremos que el tejido cartilaginoso ha sido considerado como elemento accesorio en ciertos quistes ováricos.

TUBÉRCULOS DEL OVARIO

El ovario es uno de los órganos en que más rara vez se manifiesta la diátesis tuberculosa. Las granulaciones ó las pequeñas masas carnosas que á veces se han encontrado coincidían casi siempre con la peritonitis ó la peri-ovaritis crónica, y lesiones de la misma índole en otros órganos, como el útero, las trompas, y, sobre todo, los pulmones. La única vez que tuvimos ocasion de hacer el exámen histológico de ovarios tuberculosos (1) no era dudosa la naturaleza de las lesiones; pero éstas eran demasiado avanzadas para poder decir si el punto de partida existía alrededor de los

(1) Véase *Bulletins de la Société anatomique*, 1878, pág. 344.

vasos, en el estroma ó en los folículos. Esta enfermedad presentaba igualmente tubérculos en el pulmon y en otros órganos.

No hay, hasta ahora, en la ciencia ninguna observacion que demuestre que la tuberculosis puede comenzar por el ovario. Las que se han interpretado en este sentido no nos parecen comprobantes; los autores se han fundado en que, al hacer la autopsia, las lesiones parecían más avanzadas en el ovario que en los demas puntos de la economía (1). Se han visto producciones tuberculosas en la superficie ó en las paredes de algunos quistes del ovario (2).

ANATOMÍA DE LA TROMPA

Se designan con el nombre de *trompas uterinas* ó de *Falopio* dos conductos que se extienden desde los ángulos superiores ó cuernos del útero hasta los lados de la pélvis menor. Ocupan el ala média del ligamento ancho, cuya parte posterior contiene el ovario, y la anterior el ligamento redondo. Rectilíneas en la porcion próxima al útero, las trompas se tornan flexuosas á medida que se alejan de este punto (3): algunas veces lo son en toda su extension. Se dirigen trasversalmente hácia afuera, van despues hácia abajo, atras y adentro, para aproximarse á la extremidad externa del ovario, al cual están unidas por un cordon fibroso ó *ligamento tubo-ovárico*, muy importante bajo el punto de vista de la fecundacion. Su longitud varía de 9 á 12 centímetros (4), y difiere de uno á otro lado cerca de un centímetro. El diámetro del conducto cambia considerablemente segun los puntos. Apénas permite la introduccion de una seda por su orificio uterino, miéntras que, cerca de su extremidad abdominal, deja penetrar una sonda algo gruesa.

Se ha dividido la trompa, para su estudio, en tres segmentos principales. El *interno*, ó *itsmo*, de tres centímetros de largo, es duro, resistente, imposible de dilatar en el estado normal en el cadáver (5). Su calibre es de uno á uno y medio milímetros en toda su extension, y no, como se ha

(1) En las tuberculosas hemos visto siempre gran número de *folículos atresiadados*, es decir, en vías de desaparicion, sin haber expulsado su óvulo. Este proceso regresivo, muy frecuente en la infancia, es poco marcado en la mujer adulta en estado fisiológico. Sin embargo, no es especial de la tuberculosis, y se ha observado igualmente en otras enfermedades generales.

(2) Sp. Wells y Olshausen, *loc. cit.*, pág. 441.

(3) Estas flexuosidades, poco marcadas en la especie humana, lo son mucho más en otras especies animales, como, por ejemplo, el conejo.

(4) Beigel, que ha hecho gran número de mediciones en el cadáver, ha encontrado como minimum 4 centímetros y como maximum 17. (*Patholog. Anat. der Weibl. Unfruchtbarkeit*, 1878, pág. 48.)

(5) Decimos *en el cadáver*, porque es posible que, en la mujer viva, esta parte sufra cierta dilatacion fisiológica. Sin esto difícilmente se explicaría el paso de un óvulo fecundado.

dicho, en la embocadura uterina. Esta porcion se estrecha todavía más, y hasta llega á obliterarse en las viejas. El *segmento medio*, ó *ampolla*, presenta paredes delgadas, extensibles, fáciles de comprimir, y puede sufrir en ciertas condiciones patológicas una notable dilatacion. El *segmento externo* termina en embudo por una extremidad frangeada ó pabellon de la trompa. Las vellosidades que rodean el pabellon, de longitud variable, una de las cuales posee dimensiones superiores á las demas, suelen ser en número de 10 á 15, y forman una especie de canal que se une al ovario (1). En el orificio tubario abdominal existe un punto estrecho (esfínter tubario de algunos autores) que sólo tiene tres á cinco milímetros de diámetro.

Cuando se abre la trompa en la direccion de su eje, se vé que está surcada en toda su extension por pliegues longitudinales más ó menos profundos. Sus vasos, voluminosos, y tanto más numerosos cuanto más cerca se hallan del pabellon, están constituidos, sobre todo, por *venas* que forman arcos anastomóticos por su borde inferior, y abocan á las venas útero-ováricas. Las *arterias*, cuya capa muscular es muy gruesa, presentan una disposicion en hélice. Los *linfáticos* están situados inmediatamente por debajo del peritoneo, más superficiales que los troncos vasculares sanguíneos. Los *nervios* proceden del plexo hipogástrico. Su distribucion y sus propiedades fisiológicas no han sido bien estudiadas hasta hoy.

Histología. — Si examinamos un corte trasversal de la trompa, vemos que se compone de muchas capas principales. En primer lugar, el revestimiento peritoneal, por debajo del cual se observa una capa de tejido fibroso con láminas paralelas, y una tercera formada de músculos lisos. Los haces musculares longitudinales son más abundantes en las partes externas, y toman una disposicion circular al aproximarse á la mucosa. Pero, lo mismo en la trompa que en el útero, no existen capas musculares formadas por elementos, dirigidos únicamente en un sentido determinado.

La mucosa se halla revestida, por una parte, de epitelio cilíndrico con pestañas vibrátiles, y no posee glándulas. En un corte trasversal, el aspecto de sus numerosos repliegues ha podido hacer creer en la presencia de glándulas, cuya existencia nunca hemos podido comprobar. Por lo demas, bajo el punto de vista de la fisiología y de la anatomía general, existe gran semejanza entre un repliegue de la mucosa y una glándula en tubo, que no es, en realidad, más que una depresion más profunda, un hundimiento en forma de dedo de guante de esta misma mucosa.

Las franjas del pabellon están cubiertas igualmente de epitelio vibrátil. Este se confunde poco á poco en una gran parte de su extension con el peritoneo inmediato, del cual está separado por un reborde, que á veces

(1) *Fimbria ovarica*, de Henle.

se percibe á simple vista (1). En un punto se continúa con el epitelio de la superficie del ovario. Sin embargo, segun Waldeyer, en la mayor parte de los casos, el epitelio de la trompa y el del ovario están separados por un pequeño espacio peritoneal. La comunicacion directa es frecuente en el conejo (2).

FISIOLOGÍA DE LA TROMPA

Las trompas dan paso al óvulo y á los espermatozoides, y suelen ser el punto donde tiene lugar la fecundacion; representan, pues, un papel muy importante relativamente á la reproduccion de la especie, lo cual expondrémos con mayor número de detalles cuando tratemos lo concerniente á la esterilidad.

El acto por medio del cual pasa el óvulo del ovario á la trompa ha dado lugar á numerosas discusiones. Se ha admitido que el pabellon se aplica sobre el ovario en el momento de la dehiscencia del folículo bajo la influencia de una especie de ereccion segun unos, y por la contraccion de los haces musculares segun otros (3).

Las corrientes debidas á los movimientos de las pestañas vibrátiles parecen tener una accion preponderante para hacer llegar el óvulo hasta el pabellon, haciéndole continuar su marcha por todo el conducto tubario (4), la cual, una vez traspasado el pabellon, es facilitada indudablemente por los movimientos peristálticos, observados en la mujer durante las operaciones de ovariectomía y en los animales, viéndose que en aquellos cuyas trompas son más contráctiles (coneja) permanece el óvulo en el útero un período de tiempo mucho menor (tres dias) que en los que poseen las trompas ménos excitables (seis á ocho dias en la perra) (5).

Diversos hechos observados tienden á probar que se produce una exhalacion sangúnea en la superficie interna de las trompas en la época de la menstruacion, siempre menor que la producida en el útero. La desca- macion de la mucosa originada por la misma funcion catamenial, aunque

(1) Segun Pouchet, los elementos se modifican poco á poco, para pasar de la célula cilíndrica á la célula plana, que reviste el peritoneo. (Véase Pouchet y Torneux, *Précis d'Histologie humaine*, 1878, pág. 763, y Torneux y Hermann, *Journ. de l'Anat.*, 1876, pág. 368.

(2) Sabido es que, en ciertos animales inferiores, toda la cavidad peritoneal es germinativa y vibrátil. Esta region se distingue, y disminuye más y más de extension, á medida que el animal se eleva en la escala zoológica.

(3) Rouget, *Journal de Physiologie de Brown-Séguard*, 1858, t. I, pág. 337.

(4) Admitiendo la aplicacion del pabellon sobre el ovario, ha manifestado Cruveilhier la suma importancia del canal que une los dos órganos entre sí. (Cruveilhier, *Traité d'Anat. descriptive*, 1852, t. III, pág. 689.)

(5) Beigel, t. I, pág. 63.

admitida por diversos autores (1), no se halla perfectamente demostrada en el estado normal.

Durante el período intermenstrual, la secreción tubaria es poco abundante y se dirige más bien hácia la cavidad peritoneal que hácia el útero (2), de cuya observacion parece resultar el hecho de no producirse ninguna dilatacion de la trompa por la oclusion del orificio tubo-uterino.

DESARROLLO DE LAS TROMPAS

Las trompas se desarrollan á expensas del segmento superior de los tubos de Müller, cuya parte inferior forma el útero y la vagina. Las franjas del pabellon se forman poco á poco sobre los bordes del orificio superior del conducto, siendo lisas é iguales en el embrion.

Existe con frecuencia, en su extremidad abdominal, un quiste piriforme y pediculado que recibe el nombre de *hidátide de Morgagni*. Algunas veces se implanta en la cara anterior del ligamento ancho y no sobre las franjas del pabellon. Su cavidad, tapizada por una capa de epitelio con pestañas vibrátiles, contiene un líquido trasparente. En el recién nacido, y aún en el adulto, suele ir acompañado de otros más pequeños, igualmente pediculados, tapizados de epitelium vibrátil y puestos de distancia en distancia sobre el borde de la expansion tubaria del ligamento ancho.

Estas producciones secundarias no son constantes, y aún el hidátide de Morgagni sólo se observa en una quinta parte de mujeres próximamente.

Se ha considerado este quiste como un vestigio de la extremidad superior del conducto de Müller, cuya opinion no ha sido confirmada por las recientes investigaciones de los embriólogos, que han colocado esta formacion quística en el cuadro de las producciones patológicas (3).

En el embrion, las trompas están relativamente más desarrolladas que el útero, y durante los dos últimos meses de la vida intra-uterina presentan su mayor grado de flexuosidad.

ANOMALÍAS Y VICIOS DE CONFORMACION DE LAS TROMPAS

Hemos visto que las trompas se forman á expensas de la parte superior de los tubos de Müller, cuya porcion inferior da origen al útero y la vagina. En algunos casos de úteros dobles sería difícil precisar lo que per-

(1) Seuvre, *Recherches sur l'inflammation des trompes utérines*, tésis de doctorado, París, 1874, pág. 33.

(2) Esta opinion no ha sido admitida por todos los autores. Véase Seuvre, *loc. cit.*, página 40.

(3) Kölliker, *Entwicklungsgeschichte*, etc., Leipzig, 1879, pág. 987.

tenece al útero y al oviducto, si la insercion del ligamento redondo no nos sirviera de punto de referencia.

Por defecto en su desarrollo, pueden obstruirse estos conductos en una de sus extremidades, raras veces en diversos puntos de su trayecto. *Su ausencia ó su estado rudimentario* suele coincidir con una lesion del mismo género en el útero. En los casos de úteros unicórneos sólo existe el oviducto en el lado sano, faltando en el otro.

Excepcionalmente se observa la falta de la trompa cuando el ángulo uterino correspondiente está normalmente desarrollado (1). Los conductos tubarios pueden ser rudimentarios ó estar obliterados en toda su longitud, ó solamente en uno ó muchos de sus puntos. El orificio abdominal suele ser estrecho y casi invisible en medio de las franjas, que no faltan, á no ser en los casos de útero fetal ó infantil; ó, por el contrario, se prolongado, presentando una forma de conducto, abierto por arriba, de tal suerte que la pared inferior es más prolongada que la superior.

Los *pabellones múltiples* se observan con gran frecuencia, existiendo, segun Richard (2), en una sexta parte de casos próximamente. En tales condiciones, el orificio accesorio, situado en la proximidad del pabellon principal con el cual se comunica, está igualmente rodeado de franjas. Dicha anomalía se limita tanto á un sólo lado como á los dos. Jamás se han encontrado más de tres pabellones en una misma trompa. Las nociones que en la actualidad poseemos sobre la formacion del conducto de Müller hacen comprender mejor la formacion de estas anomalías (3).

Además de los orificios múltiples de origen congénito, han descrito algunos anatómicos otra variedad, que se produce despues del nacimiento bajo la influencia de una rasgadura de las paredes tubarias, originando poco á poco una hernia de la mucosa y una perforacion (4). En tales circunstancias no se ha encontrado franja alguna alrededor del orificio accesorio.

Estas anomalías no tienen gran interés bajo el punto de vista práctico. Se las ha dado, sí, alguna importancia, tanto en las aberturas múltiples como en ciertos casos de embarazos extra-uterinos, admitiendo que el óvulo fecundado, penetrando por una abertura, haya salido por la otra, cuya explicacion, completamente hipotética, no está basada en ningun hecho anatómico. Los dos agentes que hacen caminar el óvulo, las corrientes producidas por las pestañas vibrátiles y los movimientos peristálticos de las paredes tubarias, creemos se combinan para conducir el óvulo hácia la cavidad uterina.

La longitud anormal de las trompas es muchas veces consecutiva á

(1) Véase la observacion de Blot, *Gazette médicale*, 1856.

(2) Richard, tesis de París, y *Gazette médicale*, 1851.

(3) Waldeyer, *Eierstock und Ei*, 1870, pág. 127.

(4) Rokitanski, *Lehrbuch der Patholog. Anatomie*, 1861, t. III, pág. 434.

una lesion de los órganos vecinos, tumores de la pélvis menor, quistes del ovario, inflamaciones circum-uterinas, etc. Cuando el ovario desciende hasta los grandes labios á la manera del testículo (hernia ovárica congénita), va unido con la trompa (1), de donde resulta un aumento en el sentido de su longitud. Además de estas anomalías, se ha observado una prolongacion aislada del conducto tubario, llegando á tener 16 y 17 centímetros, con ausencia de toda alteracion patológica.

Las *desviaciones de las trompas* son igualmente consecutivas á los tumores uterinos ú ováricos, á las desviaciones del útero, y sobre todo á las flegmasías y adherencias, que las fijan en las situaciones más variadas. Estas disposiciones anatómicas no tienen más importancia clínica que la de ser una causa muy comun de esterilidad. La fijacion de la trompa en un punto aislado va acompañada, en muchos casos, de obliteracion del pabellon, de la cual vamos á ocuparnos.

ESTRECHEZ Ú OBLITERACION DE LAS TROMPAS

Anatomía patológica.—Las obliteraciones de las trompas pueden observarse en un punto cualquiera de su trayecto, siendo más frecuentes en una de las extremidades, abdominal ó uterina. Son producidas generalmente por una flegmasía peritoneal, por un tumor ó por una hiperemia de la mucosa uterina. Las adherencias de las paredes entre sí en la parte média del conducto son poco frecuentes.

Por debajo ó por encima de la obliteracion, segun el punto donde ésta exista, se observa una dilatacion del conducto. Dicho fenómeno es tanto más pronunciado cuanto más impermeables son ambos orificios. Suele encontrarse tambien esta dilatacion cuando, estando libre la extremidad uterina, se encuentra obstruido el pabellon, no produciéndose mientras persista la comunicacion con el peritoneo, de donde se ha deducido, con razon, que, en el estado normal, la secrecion tubaria tiene mayor tendencia á dirigirse hácia el peritoneo que no hácia el útero.

Las trompas dilatadas tienen la forma de un tumor ampular, abollado, con dilataciones y estrecheces alternativas; adopta la figura de una asa intestinal (*fig. 28, T*). Estos tumores pocas veces alcanzan un volúmen considerable, siendo muy excepcionales los casos en que han adquirido dimensiones como las de la cabeza de un feto de término (2). Cuando dicha disposicion es muy manifiesta, los repliegues de la mucosa desaparecen, revistiendo su superficie el aspecto de una membrana serosa (3), ó presen-

(1) Se han observado hernias de la trompa solamente, pero estos casos son excepcionales. (Courty, *loc. cit.*, pág. 811.)

(2) Klob, *loc. cit.*, pág. 289.

(3) Se ha presentado en estos casos una trasformacion del epitelio cilindrico en epitelio pavimentoso.

tando granulaciones y concreciones calcáreas. Las capas musculares pueden atrofiarse.

La naturaleza del contenido es variable: unas veces está constituido por un líquido más ó ménos amarillento, mezclado con numerosos cristales de colessterina, y otras está teñido con sangre, presentando un color que varía entre el sonrosado, rojo y de chocolate. Muchas veces contiene verdadero pus. La dilatacion se presenta casi siempre en las dos trompas á la vez.

Síntomas. — Los síntomas debidos á la obliteracion de las trompas no suelen presentar nada de especial, por ser dominados casi siempre por las manifestaciones de la pelvi-peritonítis. Los caracteres del tumor se parecen á los de los pequeños tumores ováricos. Se han visto casos en los cuales, estando libre el orificio tubo-uterino, refluendo el líquido en esta direccion, ha venido á salir por la vulva, algunas veces con cierto grado de periodicidad.

Diagnóstico. — El diagnóstico no ha podido hacerse en muchos casos sino al practicar la autopsia, pues es muy difícil distinguir una hidropesía tubaria de un quiste del ovario en su principio; sólo la marcha ulterior será diferente segun se trate de una ú otra afeccion.

El tumor del ovario aumenta gradualmente de volúmen, efectuándolo en algunos casos con gran rapidez; el debido á la trompa dilatada queda estacionario ó disminuye, sin adquirir casi nunca un volúmen notable. En algunas mujeres, cuyas paredes abdominales son muy depresibles, se puede llegar, combinando el tacto con la palpacion, á percibir multitud de pequeñas masas globulosas, separadas una de otra por una estrangulacion. La hidropesía tubaria es doble con mayor frecuencia que los neoplasmas ováricos.

Pronóstico. — El pronóstico de la hidropesía tubaria no es grave en sí, es decir, no puede ocasionar la muerte de la enferma. La rotura de las trompas se produce con poca frecuencia en estas condiciones (1). Si la lesion es doble, entónces se presenta siempre la esterilidad; aún cuando la obliteracion sólo exista en un solo lado, suele perder el otro sus propiedades fisiológicas bajo la influencia del estado catarral.

Una obliteracion incompleta puede ser causa de un embarazo extra-uterino, bien dando paso al esperma y al óvulo fecundado, ó permitiendo pasar al líquido fecundante por la trompa libre para ir á fecundar un óvulo en el ovario del lado opuesto.

Etiología. — Las obliteraciones de la trompa pueden ser congénitas ó adquiridas. Las primeras coinciden casi siempre con otros vicios de con-

(1) Exceptuamos cuanto se refiere á los embarazos tubarios, de los cuales nos ocuparemos al describir el embarazo extra-uterino en general.

formacion de los órganos genitales. Las segundas se producen bajo diversas influencias.

Raras veces consecutivas á las ulceraciones del conducto, son, casi siempre, debidas á la propagacion hasta el pabellon y sus franjas de un proceso inflamatorio, y aún con más frecuencia por lesiones peritoneales.

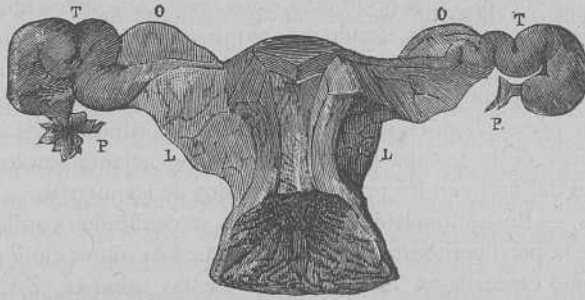


Fig. 28. — Salpingitis con dilatacion de las trompas (segun Cruveilhier). (El útero está abierto por su pared anterior).

TT. Trompas. — PP. Pabellon de las trompas. — OO. Ovarios. — LL. Ligamentos anchos.

Tratamiento. — Si el tumor, como sucede de ordinario, es de pequeño volúmen, no debe intentarse intervencion alguna. Un aumento considerable de sus dimensiones animará á practicar una puncion aspiratriz, eligiendo de preferencia la vía vaginal. Se han publicado muchos casos de curacion obtenidos por este procedimiento.

DE LA SALPINGÍTIS

La inflamacion de las trompas se encuentra pocas veces aislada, pues va casi siempre acompañada de una metritis interna ó de una pelvi-peritonítis. Se manifiesta generalmente en ambos lados (*fig. 28*). Los conductos tubarios inflamados se presentan más flexuosos y vasculares que en el estado normal, estando dilatada la ampolla (*fig. 28, T.*). Se observan tambien alteraciones de la mucosa y del pabellon, fijo algunas veces por las adherencias (1).

En los casos en que hemos practicado el exámen histológico han dominado las lesiones en la mucosa, invadiendo á mayor ó menor profundidad

(1) Ha habido casos en los cuales se han presentado dilatadas las trompas por caer el pus en los fondos de saco, como dos tumores piriformes, sin lesiones en el peritoneo. Estas formas son poco frecuentes.

las capas fibro-musculares. El epitelio de cubierta había desaparecido, siendo reemplazado por numerosos elementos embrionarios, muy teñidos por el picro-carminato.

En un caso de muerte rápida hemos visto conservarse el epitelio en algunos puntos, por debajo del cual existía ya una infiltración embrionaria. La inflamación parecía haber comenzado por la capa subepitelial de la mucosa. En las regiones más profundas, estos mismos pequeños elementos formaban masas diseminadas, siendo más numerosas alrededor de los vasos y estando igualmente infiltradas en toda la longitud de los haces musculares, formando pequeños trayectos paralelos al eje de dichos haces. Los músculos no presentaban en sí modificaciones apreciables. Estas lesiones del parénquima de la trompa presentaban gran semejanza con lo que se observa en el del útero en los primeros períodos de las metritis.

Síntomas. — Los síntomas de la salpingitis se confunden con los de la metritis ó de la pelvi-peritonitis que la acompaña. Los signos clínicos, considerados como especiales á la inflamación de las trompas, se observan igualmente en las dos afecciones ántes enunciadas.

La salpingitis puede dar lugar á una peritonitis por propagación ó rotura y penetración del pus en la cavidad peritoneal. Se ha observado la salida del pus por el recto; raras veces pasa á la vejiga ó se derrama por la vagina.

Diagnóstico. — El diagnóstico de la inflamación de las trompas presenta poco interés, por ir casi siempre acompañada de otras lesiones más importantes.

Se ha observado, en los casos de salpingitis, la presencia de un cordón fluctuante y doloroso, situado á mayor altura que en las inflamaciones circum-uterinas simples (1), de cuya existencia dudamos, pues es difícil percibir. En algunas mujeres, sin embargo, son tan depresibles las paredes abdominales que, combinando la palpación con el tacto, se puede llegar á circunscribir todos los órganos contenidos en la pelvis menor, pero éstas son raras excepciones.

Pronóstico. — El pronóstico es bastante grave á causa de los accidentes inmediatos que pueden sobrevenir, y aún más por la esterilidad, que suele ser su consecuencia. Se ha creído que el pus contenido en la trompa podía refluir al peritoneo por cualquier presión y originar una peritonitis. Esta hipótesis, muy admisible por un lado, difícilmente tiene lugar, porque, según todas las autopsias practicadas en estas condiciones, las lesiones del peritoneo son constantes y es casi imposible averiguar su origen. La causa más común de la salpingitis es la peri-metritis ó la metritis, y por consiguiente el parto de término ó prematuro. La linfangitis tiene también gran importancia en el origen de esta lesión.

(1) Courty, *loc. cit.*, pág. 593.

En aquellos casos en los cuales, por un cateterismo, un simple contacto ó una inyeccion vaginal (1), se han desarrollado accidentes graves que han producido la muerte, han sido indudablemente por existir una pelvi-peritonítis crónica en estado latente.

Se ha considerado á la blenorragia como causa de la salpingítis, manifestándose de los 15 á los 30 dias de haberse contraído aquella, y aún en este caso suele ser secundaria á la metritis de igual origen, sobre cuyo asunto se ha llamado la atencion en estos últimos tiempos (2) sin que constituya una metritis especifica á no ser en lo que se refiere á su etiología. En estas condiciones se admite ordinariamente que la propagacion de la enfermedad hasta el peritoneo se verifica á expensas de la mucosa. Ya hemos expuesto algunas observaciones de este género, en las cuales estaba sana la mucosa de las trompas, y por consiguiente debió trasmitirse la afeccion por los linfáticos. La salpingítis purulenta se observa frecuentemente en las tuberculosas, aún ántes de la pubertad.

Tratamiento. — El tratamiento de la salpingítis será el que corresponde á la metritis ó pelvi-peritonítis concomitante. Ya expondremos con este objeto la necesidad de tratar con prudencia dicha afeccion, señalando al propio tiempo los peligros á que expone una intervencion muy activa.

TUMORES DE LAS TROMPAS

Se presentan en las trompas diversas variedades de tumores, que hemos estudiado ya al describir las afecciones del útero.

Los *fibromas* ó *fibro-miomas*, además de ser poco frecuentes, suelen adquirir poco volúmen, siendo ordinariamente como un guisante ó una pequeña nuez (3). Se presentan en la superficie interna y forman eminencia al exterior, siendo algunas veces pediculados.

Se ha observado en algunas mujeres una hipertrofia unida á una degeneracion fibrosa de las franjas del pabellon. A consecuencia de las flegmasías intra ó extra-tubarias, se desarrollan en la superficie interna ó externa del oviducto vegetaciones papilares de naturaleza fibrosa, semejantes á las que hemos descrito en la ovarítis.

La existencia de *lipomas* del volúmen de una nuez se ha observado algunas veces en las trompas.

Además del *hidátide de Morgagni*, cuyo pedículo suele prolongarse

(1) Lorain, *Gaz. des Hôp.*, 1873, pág. 1.114.

(2) Remy, *Blennorrhagie de l'utérus*. (*Annales de Gynécologie*, 1879, pág. 292.)

(3) Se han publicado algunas observaciones de fibromas de la trompa de las dimensiones de una cabeza de feto de término. (Simpson, *Diseases of women*, pág. 541, y Schreder, *loc. cit.*, pág. 324.)

considerablemente, se desarrollan *quistes pequeños* en la proximidad del oviducto. Pocas veces se implantan en las franjas del pabellon, presentándose con mucha frecuencia en el recién nacido. Los que hemos examinado contenían un líquido claro y trasparente; sus paredes estaban tapizadas por una capa de epitelium cúbico ó cilindrico con pestañas vibrátiles. Se han encontrado también concreciones calcáreas.

Todos estos tumores, por el pequeño volúmen que presentan, no tienen gran significación clínica. Únicamente por su asiento pueden constituir un obstáculo para la fecundación.

El *cáncer* jamás se desarrolla primitivamente en la trompa. Cuando se presenta en ella, es porque ha sido invadido primero un órgano vecino, útero, ovario, peritoneo, etc. Su importancia, pues, es relativa.

De todas las regiones de los órganos genitales de la mujer, la trompa es la más frecuentemente invadida por las *lesiones tuberculosas*. Estas alteraciones comienzan por la mucosa, que sufre poco á poco una degeneración caseosa completa (1). Invade después la capa muscular, hasta el punto de destruirla por completo (2). Las paredes tubarias están representadas entonces por una bolsa fibrosa, conteniendo masas caseosas de pus, resultando como consecuencia la perforación de la trompa. Al practicar la autopsia en casos de este género, se han observado casi siempre lesiones en el peritoneo (3). Algunos autores han admitido que la tuberculosis puede principiar por la mucosa tubaria, hipótesis basada en que las lesiones en este punto parecen más avanzadas y por consiguiente más antiguas. Como casi siempre existen tubérculos en otros órganos, no nos parece demostrada la tuberculosis primitiva de las trompas. Por esto creemos que sólo presenta un interés clínico secundario, y cuyo estudio va incluido en el de la diátesis tuberculosa en general.

ANATOMÍA DE LOS LIGAMENTOS ANCHOS

Los *ligamentos anchos* son dos repliegues peritoneales, situados en los bordes del útero, en las regiones laterales de la pelvis menor. En su parte superior se dividen en tres repliegues ó expansiones: la posterior contiene el ovario y su ligamento; la media, más elevada y mayor, contiene la trompa, y la anterior el ligamento redondo.

El *ligamento redondo* es un cordón fibro-muscular, que se inserta en el

(1) En el primer período de estas alteraciones es invadido primero el tejido submucoso, conservándose aún el epitelium en muchos puntos, según hemos expuesto igualmente al tratar del útero.

(2) Beigel, *Patholog. Anatom. der Unfruchtbarkeit*, 1878, pág. 268.

(3) Hemos encontrado algunas veces en las autopsias de los tuberculosos, además de las lesiones pulmonares, alteraciones específicas de la trompa, á pesar de la integridad del peritoneo y de todos los demás puntos de los órganos genito-uritarios.

útero por la parte anterior é inferior de la trompa, se dirige por el conducto inguinal y termina en el gran labio correspondiente, enviando algunas fibras que se insertan en la espina púbiana. Es de suma importancia comprobar el punto de insercion para poder precisar, en ciertos casos de útero doble ó embarazo tubario, el punto donde comienza la trompa y termina el útero.

En el espesor del ligamento ancho, próximo al oviducto, se encuentra, entra las dos hojas peritoneales, el *órgano de Rosenmüller*.

Se llama así á 12 ó 15 tubos simples, raras veces ramificados y revestidos de una capa de células con pestañas vibrátiles, terminados en fondos de saco ligeramente abultados en su extremidad, y representan, en la mujer, vestigios de la parte sexual de los cuerpos de Wolff.

Las arterias de los ligamentos anchos nacen de la *uterina*, rama de la hipo-gástrica, y de la *útero-ovárica*, que nace directamente de la aorta.

Las *venas* forman un plexo muy abundante, sobre el cual ha llamado especialmente la atencion el Sr. Richet (1).

Los *vasos linfáticos* son numerosos. Los más superficiales nacen del cuerpo uterino, y se dirigen á los ganglios lumbares. Los más profundos emanan principalmente del cuello, y desembocan en los ganglios pelvianos.

Los *ganglios linfáticos*, descritos por Lucas Championnière en el espesor de los ligamentos anchos, no han sido comprobados por todos los anatómicos.

Los *nervios* se dividen en superiores é inferiores. Los primeros son ramas de los plexos renal y lumbar. Los segundos provienen del plexo hipo-gástrico.

El Sr. Rouget ha descrito en estos órganos una disposicion de los haces musculares, á la cual da gran importancia en los fenómenos de adaptacion de la trompa al ovario (2). Las hojas peritoneales que forman los ligamentos anchos ofrecen una gran resistencia, propiedad que ha sido confirmada de una manera más precisa por los recientes experimentos del Dr. Tripier, con los cuales ha demostrado que, para romper dichos ligamentos, se necesita una presion mayor de dos atmósferas (3).

Histología. — La superficie de los ligamentos anchos, como la de los demas puntos del peritoneo, está cubierta por una capa de grandes células endoteliales. La impregnacion de plata, seguida de la coloracion con el picro-carminato de amoniaco, da preparaciones en las cuales se pueden

(1) Richet, *Traité d'Anatomie médico-chirurgicale*, pág. 755.

(2) *Recherches sur les organes érectiles de la femme et sur l'appareil musculaire tubo-ovarien dans leurs rapports avec la menstruation et l'ovulation*, por Carlos Rouget. (*Journal de la physiologie de l'homme et des animaux*, 1858, pág. 736.)

(3) Poncet, *De l'hématocèle péri-utérine*, tesis de agregacion, París, 1878, pág. 132.

estudiar todos los detalles de tal disposición (1). La capa conectiva que acompaña á los vasos está constituida por tejido conjuntivo difuso, pobre en fibras elásticas. En cada corte de esta zona, inmediatamente por debajo de la hoja peritoneal, existe una notable red, formada por fibras sólidas y resistentes, especie de membrana fibrosa fenestrada, cuya solidez en nada disminuye á la que se observa en ciertos planos aponeuróticos (2).

Hemos ya expuesto la accion de los ligamentos anchos sobre la situacion del útero, al describir las desviaciones de este órgano, y nos extenderemos sobre algunos puntos de su *fisiología* al tratar de la esterilidad y del embarazo extra-uterino.

DE LAS INFLAMACIONES CIRCUM-UTERINAS (3)

Describirémos con el nombre de *inflamaciones circum-uterinas* una série de afecciones, variables por su intensidad, por su asiento y por sus manifestaciones clínicas. La identidad patogénica en estas diversas formas de inflamacion, casi siempre semejantes, nos ha conducido á reunir las en un sólo grupo.

Ya, á fines del siglo anterior y principios del presente, los cirujanos y tocólogos habían estudiado casos de este género. Estas observaciones, enumeradas en diversos trabajos, fueron expuestas, bajo el punto de vista de su semejanza, por Grisolle en una Memoria sobre los abscesos de la fosa ilíaca (4). Las investigaciones del Dr. Bourdon sobre los tumores fluctuantes de la pélvis menor (5), y los trabajos de Nonat sobre el flemon peri-uterino (6), demostraron que la tumefaccion que se encuentra en tales circunstancias no es inherente al útero. Para Nonat, los tumores peri-uterinos consisten siempre en una inflamacion del tejido celular subperitoneal que rodea al útero.

El Dr. Bernutz, habiendo encontrado en algunas autopsias peritonitis parciales, considera todas las inflamaciones peri-uterinas como las pelvi-peritonitis (7). Guéneau de Mussy (8), sorprendido por la gran frecuencia del flemon del lado izquierdo en la mujer, le considera originado por las desgarraduras del cuello del mismo lado en el parto, á causa de las posiciones occípito-izquierdas, y la explica por la inflamacion de los linfáticos.

(1) Ranvier, *Traité technique d'Histologie*, pág. 375.

(2) Renaut, tesis de Poncet, *loc. cit.*, pág. 133.

(3) Empleamos la palabra *circum-uterina* en lugar de *peri-uterina*, palabra compuesta de una preposicion griega y un sustantivo latino.

(4) Grisolle, *Archives générales de médecine*, 1879, y *Pathologie interne*, t. I, página 598.

(5) Bourdon, *Revue médicale*, 1851.

(6) Nonat, *Gaz. des Hôp.*, 1850, y Martin, tesis de doctorado, 1851.

(7) Bernutz y Goupil, *loc. cit.*, t. II, pág. 50.

(8) Guéneau de Mussy, *Arch. gén. de Méd.*, y *Cliniques médicales*, t. II, pág. 514.

En efecto, la inflamacion de estos vasos tiene suma importancia en el grupo patológico, del cual nos estamos ocupando. El conocimiento de este hecho, puesto fuera de duda por los recientes trabajos de los Sres. Lúcas Championnière, Siredey, Guérin y sus discípulos, une las opiniones entre dos enfermedades sobre las cuales se ha discutido por mucho tiempo: el flemon peri-uterino de Nonat y la pelvi-peritonítis de Bernutz. La inflamacion no siempre se limita á los linfáticos y ganglios, sino que tambien se extiende al tejido conjuntivo ambiente.

Si, consideradas estas dos afecciones, tanto por su origen como por su anatomía patológica, parecen idénticas, no es ménos cierto que el proceso inflamatorio, al invadir progresivamente, ora el tejido celular del ligamento ancho, ora la cavidad peritoneal, ha de dar lugar, segun los casos, á un conjunto de síntomas mórbidos esencialmente diversos, que presentarán indicaciones terapéuticas tambien diferentes. Por último, ambas variedades van con frecuencia asociadas entre sí.

Segun Lúcas Championnière, las lesiones del cuello tienen gran tendencia á propagarse al tejido conjuntivo circum-uterino y á los ligamentos anchos. Las lesiones del cuerpo tienden, por el contrario, á dirigirse hácia el peritoneo (1). Admitimos igualmente, con este autor, que los tumores pequeños, que con tanta frecuencia se encuentran cerca del útero, son debidos á las modificaciones del tejido que circunda los linfáticos de esta region.

Creemos, pues, que, bajo el punto de vista clínico, se debe describir separadamente la forma que se complica con lesiones peritoneales, ó *pelvi-peritonitis*, de la que predomina en el tejido conjuntivo, ó *flemon del ligamento ancho*. Matías Duncan (2) ha propuesto llamar *peri-metritis* á la inflamacion del peritoneo que circunda al útero, y *parametritis* á la del tejido celular que se relaciona con dicho órgano (3). Estas denominaciones son aceptables, por cuanto que nada prejuzgan sobre el asiento preciso de las lesiones y permiten diferenciar las dos variedades sintomáticas; pero, observando los perjuicios que ocasiona la reforma del lenguaje médico, hemos creído preferible conservar las antiguas denominaciones consagradas por el hábito.

Recordarémos, siquiera sea brevemente, la disposicion del tejido conjuntivo y del peritoneo en la pélvis menor.

Si se practica un corte vertical de la pélvis que pase por ambas trompas, dividiendo el útero en dos mitades iguales, se ve que la cavidad pelviana queda dividida en tres segmentos superpuestos.

(1) Lúcas Championnière, *Arch. de Tocologie*, t. II, pág. 531.

(2) *A practical treatise on perimetritis and parametritis*, Edimburgo, 1869.

(3) Περί, alrededor, y μήτρα, matriz (y παρά, cerca.)

1.º Un hundimiento del peritoneo, aumentando los fondos de saco laterales.

2.º Por debajo un espacio subperitoneal, formado en el estado fisiológico por el tejido conjuntivo laxo. Este espacio se halla limitado superiormente por la serosa é inferiormente por el músculo elevador del ano, tan importante en el aparato muscular pelviano.

3.º Por debajo del músculo elevador del ano existe otro espacio conjuntivo que contiene una gran cantidad de tejido adiposo, limitado superiormente por el músculo é inferiormente por la piel.

El conocimiento exacto de estas relaciones, unido á las nociones que ya poseemos sobre los linfáticos de esta region, nos será de suma utilidad para comprender los síntomas locales y la marcha de estas diversas formas de inflamacion.

DE LA PELVI-PERITONÍTIS (PERI-METRÍTIS)

Anatomía patológica. — Las lesiones que se presentan en los casos de peritonítis, limitadas á la region pelviana, interesando el útero y sus anejos, en nada difieren de las lesiones de la peritonítis general. Se ve al principio una inyeccion vascular considerable, que produce enseguida una exudacion serosa, trasparente primero y opaca despues, por la adiccion de numerosos elementos figurados.

Las regiones invadidas por la inflamacion se tornan edematosas, observándose al mismo tiempo una proliferacion conjuntiva, que origina la formacion de neo-membranas vasculares, las cuales se adhieren fuertemente á los órganos contenidos en la pélvis menor, alterando así sus funciones. Estas adherencias suelen desaparecer al cabo de algun tiempo, efectuándose siempre con gran lentitud, y muchas veces persisten restos de estas lesiones durante toda la vida.

Cuando la afeccion es de época reciente, las falsas membranas son delgadas, tienen un color blanquecino ó amarillento y se rompen con gran facilidad. Despues se hacen consistentes por la agregacion de capas, transformándose su color en grisáceo, grís azulado, y, por último, negruzco.

A esta variedad de aspecto de las membranas corresponde una estructura histológica igualmente distinta. Al principio de la inflamacion de las serosas se ve producirse en la superficie del líquido exudado tractus formados de fibrina coagulada, aprisionando entre sus mallas mayor ó menor número de elementos celulares. Estas son las *falsas membranas*, que despues son reemplazadas por otros productos orgánicos de naturaleza conjuntiva, conteniendo vasos. El tejido conjuntivo que constituye estas *neo-membranas* es: primero, de una estructura embrionaria, y despues fibrosa, fina-

lizando por presentar la misma disposicion histológica de los fibromas, de láminas paralelas y células aplastadas (1).

Este nuevo tejido suele infiltrarse de sales calcáreas, formándose así placas duras ú osiformes más ó ménos regulares y extensas. No es, pues, lo mismo decir falsa membrana que neomembrana, lo cual se ha confundido repetidas veces.

Estos productos, léjos de formar un todo contínuo, suelen pretentar numerosos tractus, limitando verdaderas cavidades ó lagunas quísticas, en cuyo interior existe cierta cantidad de serosidad, cetrina ó purulenta, y áun verdadero pus, el cual podrá ó no derramarse al exterior, segun expondrémos al tratar de la sintomatología. En algunos casos adquieren dimensiones considerables hasta llegar á simular un hematocele.

Por el trascurso del tiempo desaparece el líquido, persistiendo solamente sólidas adherencias, que se extienden á las asas intestinales, al útero y sus anejos.

El ovario y la trompa sufren tambien alteraciones. Esta última se dilata y se oblitera su orificio. Bajo la influencia de tal distension, presenta entónces los caracteres de una hidropesía tubaria. El ovario está algunas veces rodeado por una verdadera túnica pseudo-membranosa, adherida solamente por un punto al tejido ovárico, el cual puede atrofiarse ó trasformarse en un absceso purulento.

En muchos casos crónicos que hemos examinado, el tejido ovárico parecía normal, presentando solamente mayor consistencia en los puntos adheridos, en los que había desaparecido la capa epitelial. En las regiones donde la neomembrana envolvía al ovario sin formar cuerpo con él, se veía el epitelium normal continuándose para revestir su parte inferior, de tal manera que el tejido fibroso que la constituía se encontraba separado del estroma ovárico por una doble capa epitelial. Esta observacion anatomopatológica está en relacion con gran número de hechos experimentales (2).

El útero conserva su situacion ó se desvía en uno ú otro sentido, presentando versiones ó flexiones, y suele al propio tiempo aumentar de volumen, no faltando casos de atrofia por las neomembranas (3). La mucosa uterina se presenta alterada; existen en ella muchas veces las mismas lesiones de la metritis crónica. En las capas externas del parénquima uterino se ven igualmente modificaciones histológicas, degeneracion grasosa de los tejidos y de los haces musculares. Estos hechos, señalados por Klob (4), se pueden comparar á las degeneraciones del músculo cardíaco en la pericarditis.

(1) Cornil y Ranvier, *loc. cit.*, pág. 464.

(2) Zielonko, *Schultze Archiv.*, 1873.

(3) Aran, *loc. cit.*, pág. 682.

(4) Klob, *loc. cit.*, pág. 397.

Por último, si la afeccion data de época reciente, se encuentran en el cuerpo uterino alteraciones de los linfáticos, pues hasta pueden contener pus, que, como segun hemos expuesto ya, los linfáticos del cuerpo dan lugar á la peritonitis, y los del cuello, por el contrario, parece originan las inflamaciones del tejido celular circum-uterino, ó flemones del ligamento ancho.

Síntomas. — Varían segun que la afeccion sea aguda ó crónica.

En la *forma aguda*, experimenta la enferma un intenso dolor en el abdómen, faltando los prodromos cuando la afeccion es traumática ó consecutiva á un parto ó á un aborto reciente. Cuando es producida por una lesion del útero ó sus anejos, el principio es ménos brusco, y va precedido, por espacio de algunos días y aún algunos meses, por diversas alteraciones, constipacion, diarrea, dolores en la region hipogástrica, etc. Este último varía en cada enferma lo mismo en extension que en intensidad.

El dolor, ordinariamente intenso y bien caracterizado, suele faltar en condiciones excepcionales (1). Aunque espontáneo, se exaspera por la presion y más aún por el tacto vaginal: su máximo de intensidad se manifiesta en el punto más inferior del abdómen; es decir, donde se presenta un aumento de volúmen.

Las sensaciones dolorosas se irradian del hipogastrio á las regiones vecinas, á la vejiga, al recto, á la region lumbar y algunas veces hasta á los miembros inferiores. Estos fenómenos van acompañados de deseos frecuentes de orinar, de disuria y tenesmo vesical. Las enfermas tienen la facies pálida, demostrando gran sufrimiento. Afectan de preferencia el decúbito dorsal, tienen los miembros inferiores en flexion y la cabeza bastante elevada, dirigiendo el tronco hácia adelante.

En el tubo digestivo se encuentran tambien alteraciones: náuseas y pocas veces vómitos; sed intensa, lengua roja en los bordes y sucia en el centro é inapetencia completa; constipacion pertinaz (2), acompañada de dolores expulsivos y sensacion de un cuerpo extraño. Cuando la inflamacion que ha invadido el recto es bastante intensa, se produce el tenesmo seguido de excreciones mucosas, semejantes á las de la disentería. Estos accidentes pueden ser debidos, ó á la presion del tumor inflamatorio sobre el recto, ó á la propagacion de la flegmasía á las tónicas del intestino, de donde resulta la expulsion de una notable cantidad de moco. La hemorragia menstrual disminuye ó se suprime, presentándose otras veces metrorragias. En ambos casos se ve igualmente coexistir una abundante secrecion de líquido moco-purulento.

La aceleracion del pulso que se nota en estas circunstancias, acompa-

(1) Bernutz y Goupil, *loc. cit.*, t. II, pág. 204.

(2) En una enferma el Dr. Guéneau de Mussy, la constipacion duró 42 dias, *loco citato*, t. II, pág. 446.

ñada de una elevación en la temperatura, constituye el grupo sintomático designado con el nombre de fiebre.

La intensidad de los síntomas generales suele disminuir antes de que el tumor se manifieste. En las primeras fases está el útero inmóvil, presentando despues la consistencia de un verdadero tumor. La neoplasia de origen inflamatorio está separada del útero por un surco, muchas veces difícil de percibir, en cuyo caso la diversa consistencia y elasticidad nos dará á conocer si es ó no independiente del órgano uterino; forma una masa más ó menos resistente, lisa y regular, ó abollada y desigual, adherente, difícil de limitar, forma eminencia en el fondo de saco posterior y es dolorosa á la presión. Es más accesible por la vagina que por las paredes abdominales, de las cuales está más separado, motivo por el cual traspasa poco la línea del púbis, carácter importante para diferenciar este tumor con el flemon del ligamento ancho. Sus dimensiones varían desde las de una almendra hasta traspasar las de una cabeza de feto de término. El pulso vaginal, al cual se le ha dado gran importancia, se presenta también en otras afecciones.

Los caracteres clínicos del exudado difieren según su sitio. Si está situado en la parte posterior, forma en el fondo de saco posterior una eminencia, perfectamente descrita en todos los tratados más importantes. Si, por el contrario, ocupa el fondo de saco anterior, no se percibe más que una gran tensión, faltando todo tumor circunscrito. La disposición tan compacta del tejido, que une la pared vaginal y una porción del cuello con la vejiga, explica esta diferencia.

Además de estos diversos síntomas, se perciben un aumento de calor en la vagina y una desviación uterina, á pesar de estar fijo é inmóvil. El tacto rectal permite comprobar todos estos caracteres; pero este medio de exploración es aún más doloroso que el tacto vaginal, y en la inmensa mayoría de casos no hay necesidad de recurrir á él. Con mayor razón, pues, se evitará la introducción del espéculo.

Después de cierta mejoría, suelen sobrevenir algunas recrudescencias, cada una de las cuales, más ó menos numerosas, agrava el estado general de las enfermas. Las metrorragias, desde luego bastante frecuentes, difieren según los períodos en que se manifiestan, siendo muchas veces síntomas de una metritis interna concomitante. En el período de agudeza, se reproducen las hemorragias sin ir acompañadas del menor dolor; en muchos casos causan alivio, y en su defecto suelen agravarse los fenómenos dolorosos (1).

La peri-metritis aguda presenta los tres períodos que se observan en toda flegmasía: período de incremento, de estadio y de declinación. Pue-

(1) Según Aran (pág. 696), las metrorragias no son tan frecuentes como cree el Sr. Bernutz.

de asimismo *terminar por resolucion*, por *supuracion* ó pasar al *estado crónico*.

En el primer caso los fenómenos disminuyen y se corrigen poco á poco, se retrae el tumor y acaba por desaparecer. Esta terminacion, la méno frecuente de todas, puede tardar de tres á seis semanas.

La supuracion, muy rara, á no ser en el estado puerperal, se manifiesta de los 12 á los 15 dias. Se anuncia por trastornos generales, agravándose todos los síntomas. Las enfermas, cuyo estado parece aliviarse en su principio, pierden el sueño y el apetito, enflaqueciendo rápidamente. Experimentan escalofríos, presentan fiebre, sudores nocturnos y vómitos. El tumor es asiento de dolores lancinantes; su consistencia se hace más pastosa, llegando á ser casi fluctuante. Una vez formado el pus, puede reabsorberse si existe en corta cantidad, ó permanecer enquistado durante mucho tiempo. Lo más frecuente es que la coleccion purulenta se abra paso al exterior, bien por la vagina ó por el recto, eliminándose con mayor ó menor lentitud. En algunas enfermas sale rápidamente con intervalos variables, bien por un sólo conducto ó por trayectos múltiples.

Hay casos en los cuales se abre el absceso en la cavidad peritoneal, ocasionando una peritonitis generalizada que suele producir la muerte. Cuando el pus sale al exterior, bien por la vagina ó por el recto, suele obtenerse la curacion. Sin embargo, algunas veces sucumben las enfermas por la influencia de la infeccion purulenta ó pútrida, ó solamente por la supuracion que origina una fiebre héctica, una debilidad progresiva del organismo, y la muerte, por las lesiones de degeneracion amiloidea consignadas ya mucho tiempo, como consecuencia de una supuracion prolongada. Suele tambien producirse una remision en los síntomas, bien durante la formacion del pus ó despues de su evacuacion.

La peri-metrítis puede revestir la *forma crónica*, despues de haber presentado un período agudo ó haberse manifestado en su principio de una manera latente. Pocas veces faltan algunos síntomas agudos en el conmemorativo.

Ciertos autores han descrito una forma de pelvi-peritonitis tuberculosa. En tales casos tiene gran importancia la diátesis tuberculosa, que suele ser origen de dicha afeccion, por lo que es necesario describirla separadamente. Otras veces presentan las enfermas un conjunto de síntomas que simulan una tisis pulmonar: tos seca, sudores nocturnos profusos, fiebre de carácter héctico con remitencias vespertinas, y á pesar de todo este conjunto, el pulmon está sano, curándose la afeccion. Estos hechos son tanto más difíciles de interpretar cuanto que, en algunas mujeres predispuestas, puede ser la inflamacion peritoneal el punto de partida ó la causa ocasional de una tuberculosis.

La pelvi-peritonitis crónica está sujeta á las exacerbaciones y recidivas que hemos señalado en la forma aguda. Se observa, sobre todo en el pe-

ríodo menstrual ó en su intervalo, bajo la influencia de cualquier trastorno. Los síntomas en las recidivas son ménos intensos que los que se presentan al principio de la afeccion, pues las numerosas falsas membranas existentes en el peritoneo tienden á circunscribir el campo donde ha de desarrollarse la inflamacion. Sin embargo, hay circunstancias en las cuales la reproduccion de los síntomas adquiere mayor intensidad por producirse una peritonítis generalizada. Con frecuencia, á pesar de estas temibles apariencias, todo desaparece despues de una duracion de tres á ocho dias, para reproducirse al cabo de uno ó tres meses, de un año y algunas veces aún hasta la menopausia, de donde la necesidad de vigilar á las enfermas durante mucho tiempo despues del primer ataque, y no considerarlas como curadas sino despues de haber pasado una ó muchas épocas menstruales sin el menor accidente.

Las bridas fibrosas que envuelven el intestino pueden reducirse en su diámetro y dar lugar á una estrangulacion intestinal. Este trastorno en la circulacion de las materias fecales se manifiesta por una constriccion prolongada ó una intermitencia de constriccion y diarrea. En otros casos, experimentan las enfermas dolores violentos y diversos síntomas graves, que desaparecen casi instantáneamente despues de la evacuacion producida por un purgante. La terminacion no es siempre tan favorable, pues se han presentado casos de estrangulacion interna consecutivos á bridas peritoneales.

Las mujeres atacadas de peri-metrítis crónica tienen ordinariamente la facies pálida, triste y flaca; los ojos faltos de expresion, seca la piel y algo ardorosa por la tarde; el pulso es débil, pequeño, contraído y bastante frecuente; las enfermas se quejan, ademas, de opresion y de palpitations consecutivas al menor ejercicio; falta el apetito; las digestiones son difíciles, con eructos ácidos, acompañados á veces de materias alimenticias. Si á estas diversas manifestaciones se unen una cefalalgia persistente, diversas neuralgias y trastornos histeriformes, se verá que este conjunto de síntomas pudiera hacer creer, tanto en la existencia de una dispepsia ó una clorosis como en una inflamacion circum-uterina. Los conmemorativos y un exámen metódico harán reconocer fácilmente la naturaleza de los accidentes. Las relaciones sexuales son generalmente dolorosas. Se encuentra igualmente, como complicacion, la flegmasía alba dolens ó un ligero edema de los miembros inferiores.

En la forma crónica, como en la aguda, disminuyen las reglas y aún se suprimen; otras veces se presentan amenorreas. En el intervalo se presenta un derrame moco-purulento algo abundante, el cual hace pasar desapercibida la abertura de un absceso.

Segun sea más ó ménos prolongada, la pelvi-peritonítis puede curar ó quedar reducida, durante mucho tiempo, á un tumor de aspecto casi leñoso. Las enfermas pueden tambien sucumbir por los progresos de la debilidad general, ó á consecuencia de lesiones tuberculosas.

Diagnóstico.—El diagnóstico de la pelvi-peritonitis es ordinariamente fácil. En el período de agudeza, el dolor localizado en la parte inferior del abdomen, que se exaspera por la presión y más aún por el tacto, evita toda duda. La inmovilidad del útero y la aparición de un tumor doloroso al cabo de algunos días constituyen síntomas casi específicos.

En los períodos más avanzados, las induraciones resultantes de la perimetritis pueden adquirir tal sensibilidad que se confundan con los tumores escrotales, con los quistes del ovario poco desarrollados, con un cuerpo fibroso ó con una retroflexión. En el tumor escrotal basta un purgante para dilucidar la cuestión. Ya hemos expuesto los medios de diferenciar la pelvi-peritonitis con los cuerpos fibrosos y las desviaciones, al describir estas enfermedades.

En casi todos los casos, la consistencia del tumor basta para evitar toda confusión. El tumor resultante de una perimetritis crónica adquiere una dureza que no se observa en los cuerpos fibrosos, en los quistes ni en la inversión uterina.

Una pelvi-peritonitis con exudado abundante puede confundirse con un hemocele. Ya expondremos este diagnóstico al describir esta última afección. También describiremos, en el capítulo concerniente al flemon del ligamento ancho, los síntomas necesarios para averiguar si la colección purulenta es extra ó intra-peritoneal. Su separación de las paredes abdominales es un carácter importante para distinguir la pelvi-peritonitis del flemon del ligamento ancho, que parece estar más próximo á dichas paredes.

Algunos dolores neurálgicos pudieran confundirse con los que resultan de inflamaciones crónicas. El asiento circunscrito de los puntos dolorosos y la movilidad del útero, bastan para diferenciarlos.

No podemos decir lo mismo cuando se trata de la *ovaritis de las histéricas*. Como medio de contraprueba, en este último caso, se debe recurrir á la aplicación de un imán en el lado doloroso, pues por su influencia desaparecen los fenómenos hiperestésicos de naturaleza histérica, mientras que no tiene acción alguna cuando son debidos á una flegmasía. Las neuralgias pelvianas lumbo-abdominales, tanto continuas como intermitentes, persisten en algunas enfermas por más tiempo, después de la desaparición de todo síntoma agudo. La falta de fiebre evita confundir esta variedad de fenómenos dolorosos con los debidos á una nueva fase inflamatoria. Muchas veces también se cree es debido á una desviación lo que es resultado de un flegmasía circum-uterina crónica.

Pronóstico.—La pelvi-peritonitis es una de las afecciones que más veces se presenta en la práctica ginecológica. La lentitud con que suelen presentarse los síntomas en esta enfermedad ha facilitado las observaciones en numerosos casos donde se ha comprobado su presencia. En 53 autopsias practicadas por Aran en un intervalo de 18 meses, 29, es decir, más

de la mitad, presentaron adherencias (1). Su pronóstico no es muy grave, relativamente á su frecuencia, pues pocas veces produce la muerte por sí sola. Para muchos autores constituye una causa ocasional de manifestaciones tuberculosas (2).

La duracion varía de algunas semanas á muchos años.

Su terminacion no siempre es por curacion, sino que suele ser fatal por la influencia de diferentes procesos. Sobreviene á veces la muerte en el período agudo, por generalizarse la inflamacion á toda la cavidad peritoneal. Las mujeres están expuestas á este peligro, aún en las formas crónicas, al manifestarse una recidiva, segun hemos dicho en la sintomatología, constituyendo siempre un caso excepcional.

La terminacion por supuracion es ménos comun de lo que habitualmente se cree. Segun West, tiene lugar en la mitad de casos. Esta proporción parece exagerada si se relaciona con la mayor parte de las estadísticas de otros autores, que sólo la han encontrado en una sétima ó décima parte de los casos observados por ellos. Cuando el pus se abre paso al exterior, el pronóstico es más favorable; pero cuando se derrama en el peritoneo sobreviene casi siempre la muerte por originarse una peritonitis sobreaguda. Esta terminacion, cuya posibilidad debe tenerse siempre presente, se observa pocas veces.

La supuracion muy prolongada presenta diversos peligros, que ya hemos expuesto. Recordaremos tambien que la estrangulacion intestinal causada por la pelvi-peritonitis es susceptible de producir la muerte.

Aun en los casos de mayor éxito dejan siempre estas inflamaciones, durante mucho tiempo, restos de su estancia. Las enfermas conservan algunos trastornos. Durante toda la vida suelen encontrarse pequeños tumores, redondeados y solitarios, ó bien en número de dos ó tres, presentando el volumen de un guisante ó de una cereza. Algunas veces parece están adheridos á la cara lateral ó posterior del útero, otras perfectamente desprendidos del órgano y situados en el espesor del ligamento ancho.

Estos pequeños tumores, si bien descritos por Aran (3), y sobre cuyo origen ha emitido este autor, con gran reserva, la hipótesis de neuromas, representan probablemente ganglios linfáticos indurados. Esta interpretacion nos parece perfectamente relacionada con los datos conocidos en la actualidad sobre la linfangitis uterina, hechos sobre los cuales insistiremos al tratar del flemon del ligamento ancho. Las adherencias pueden dar lugar á hemorragias, como tambien á hematoceles, segun expondremos al tratar de esta afeccion.

Finalmente, la peri-metritis es una causa frecuente, aunque no absolu-

(1) Aran, *loc. cit.*, pág. 718.

(2) Aran, *loc. cit.*, pág. 716.

(3) Aran, *loc. cit.*, pág. 706.

ta, de esterilidad por obliteracion de los conductos tubarios ó fijacion de los ovarios ó de las trompas, en relaciones incompatibles con la fecundacion. Si sobreviene el embarazo en tales condiciones, sus primeros meses van siempre acompañados de dolores, hasta llegar al cuarto, ó bien sobreviene un aborto en este período. En cambio, la gestacion, cuando llega á su término, puede producir una curacion radical, haciendo desaparecer antiguas adherencias y devolviendo su movilidad al útero.

Algunos autores admiten la existencia de parálisis consecutivas á la pelvi-peritonítis, y explican estos accidentes por una propagacion de la inflamacion á la vaina de los nervios y quizás á las cubiertas de la médula (1). Debemos recordar, con este motivo, la importancia que se ha atribuido, con razon, á la peri-metrítis en la etiología de la tuberculósia.

Por lo que concierne al pronóstico, debe tenerse siempre en cuenta la posibilidad y aún la frecuencia de la curacion, á pesar de que los fenómenos son, al parecer, poco graves. Todos los prácticos han observado, con más ó ménos frecuencia, verdaderas resurrecciones en casos de este género.

Etiología. — La pelvi-peritonítis se observa casi siempre de los 20 á los 30 años, cuando la mujer se encuentra en la plena actividad de su vida sexual. No se ve casi nunca despues de la menopausia. Las causas que la producen son numerosas. En primer lugar citaremos el parto de término ó ántes de término, que es su punto de partida en más de la mitad de los casos, sobre todo en las mujeres mal cuidadas ó que no permanecen en cama el tiempo necesario.

A menudo es consecutiva á una afeccion del útero ó de sus anejos. El papel atribuido por ciertos autores, hace algunos años, á la trompa y al ovario, en la etiología de la enfermedad que nos ocupa, es muy exagerado, si bien se explica por las teorías reinantes en dicha época sobre el predominio del ovario en las funciones genitales. Se han invocado igualmente los desórdenes menstruales, y así se explican los hechos de este género observados en mujeres vírgenes. Unas veces son irregularidades menstruales ó una supresion brusca de las reglas; otras accidentes dismenorreicos ó verdaderas menorragias. Pero, en la mayor parte de los casos, si se interroga á las enfermas con cuidado, se encuentran en sus conmemorativos accidentes por parte de los órganos genitales, en términos que, la mayor parte de las pelvi-peritonítis por pretendidos desórdenes menstruales, deben referirse á la metrítis.

La blenorragia ha sido considerada como una de las causas más comunes de pelvi-peritonítis. Segun el Sr. Bernutz ocupa el primer lugar (29 por 100) entre las afecciones puerperales. Los Sres. West y Aran creen que esta proporcion es mucho menor (1 ó 2 por 100 solamente). Nægge-

(1) Peter, *Gaz. des Hôp.*, 1872, núm. 10.

rath (1), exagerando todavía más esa frecuencia, hace jugar á la blenorragia un papel preponderante en la peri-metrítis. Para explicar tal etiología, se ha asimilado la trompa al epidídimo y el ovario al testículo, y hasta se ha designado la pelvi-peritonítis con el nombre de orquítis femenina. Sabemos, en la actualidad, que la trompa procede del conducto de Müller, y nada tiene de comun con el epidídimo, ni por su origen, ni por su estructura. Otro tanto dirémos respecto al ovario y al testículo. Bajo la influencia de estas ideas, se creía que, cuando la blenorragia producía una pelvi-peritonítis, la enfermedad se propagaba siempre por continuidad del tejido. Aran, aunque adoptando esta opinion, ha publicado observaciones de mujeres que sucumbieron de una pelvi-peritonítis desarrollada en tales condiciones, estando interesada tan sólo la cavidad uterina y conservando las trompas su integridad. Es, pues, probable que la blenorragia cause, sobre todo, la peritonítis, consecutivamente á su propagacion en la cavidad uterina. Segun él, la metrítis, aunque de un origen particular, juega el papel principal.

La mayor parte de los hechos observados son favorables á esta idea, pues los accidentes peritoneales se desarrollan, las más veces, hácia los 30 días y casi nunca ántes del octavo del principio de la afeccion específica. Las enfermas de esta índole presentan con frecuencia dolores abdominales y puntos sensibles á la presion, sin que se observe ningun tumor ni fijacion del útero. Estos síntomas son quizás del mismo orden que los que se encuentran en gran número de recién paridas, y que se han atribuido, con razon, á una linfangítis leve.

Todos los neoplasmas de la pélvis menor, cuerpos fibrosos, quistes del ovario, cáncer, tubérculos, las desviaciones uterinas, pueden ser punto de partida de la pelvi-peritonítis. Las operaciones que se practican en los órganos genitales, los excesos sexuales, sobre todo durante las reglas, la introduccion de un histerómetro, de un pesario uterino, una ducha sobre el cuello, han podido bastar igualmente para producirla.

En los casos en que una causa tan ligera como una ducha ó un simple tacto producen accidentes como éste, cabe preguntar si no había habido ya ántes algunas primeras manifestaciones de la enfermedad. Así, el ginecólogo debe guardar la mayor prudencia en su intervencion cuando sospeche la existencia de una pelvi-peritonítis antigua, que el menor traumatismo puede exacerbar. Nunca debe practicar una operacion, ni siquiera una cauterizacion del cuello uterino, sin asegurarse ántes de la movilidad del órgano, y, por lo tanto, de la integridad del peritoneo. La metrítis se complica á veces con pelvi-peritonítis, conforme hemos dicho en otro lugar de este libro (2).

(1) Noeggerath, *Die latente Gonorrhoe im weibl. Geschl.*, Aonn, 1872.

(2) *Loc. cit.*, t. II, pág. 101.

Terminaremos lo referente á la etiología, citando la estadística del señor Bernutz.

Los 99 casos observados por dicho autor se dividen así:

43 pelvi-peritonítis puerperales, de ellas.	}	35 consecutivas al parto.
28 blenorragías,		8 — á un aborto.
20 menstruales,		
8 designadas con el nombre de traumáticas.	}	3 excesos venéreos.
		2 chancros del cuello.
		2 introducciones del histerómetro en la cavidad uterina.
		1 ducha en el cuello.

Tratamiento. — El tratamiento varía según la intensidad de la enfermedad, según su forma y también según la fase á que ha llegado. En el período de agudeza se recurrirá á la aplicación de 12 á 15 sanguijuelas sobre el abdomen. A menudo es preciso repetir estas aplicaciones. Las sangrías locales obtenidas directamente en el cuello podrían ser todavía más útiles. Pero la introducción del espéculo, necesaria para practicarlas, es muy dolorosa en tales casos y presenta inconvenientes que deben hacer renunciar á ella. Se asociará á las emisiones sanguíneas el uso del opio, bajo la forma de un centígramo de extracto tebaico cada hora, hasta producir la calma y el sueño (1). Los calomelanos á dosis refractas (20 centigramos en 10 papeles, uno cada hora), unidos á un poco de cloruro mórfico, pueden emplearse útilmente. Además, producen buenos resultados las fricciones con el unguento mercurial belladonizado ó la aplicación de una capa de colodion con ricino. Las cataplasmas, las inyecciones templadas, y sobre todo los baños templados, serán útiles auxiliares. Se hallan igualmente indicadas las lavativas. Cuando el tumor comprime el recto, se debe emplear una cánula de goma muy larga para llevar el líquido por encima del punto comprimido.

Cuando se han calmado los fenómenos dolorosos, existe la indicación de obrar sobre los productos organizados. Para esto se emplean las sangrías locales en el cuello, sanguijuelas y escarificaciones. Las escarificaciones han sido rechazadas por muchos prácticos, quienes han llegado á citar casos de muerte producidos por ellas. También se han visto casos funestos á consecuencia de la aplicación de sanguijuelas y aún de un simple tacto, sin que por eso hayan renunciado los prácticos á semejante modo de exploración.

Muchos ginecólogos prefieren, en tales condiciones, las sanguijuelas á las escarificaciones, á las cuales se ha reprochado el que no dan una can-

(1) Aran aconseja llegar hasta 20 ó 30 centigramos de extracto tebaico en las 24 horas. (*Loc. cit.*, pág. 734.)

tividad suficiente de sangre. Además de las emisiones sanguíneas, se ha recurrido con frecuencia á los vejigatorios volantes aplicados al abdómen.

En este período se ha aconsejado el uso de los medicamentos llamados revulsivos. Se emplean bajo la forma de pomada iodada (4 gramos de ioduro de potasio por 30 de manteca), ó introduciendo diariamente en la vagina torundas de hilas empapadas en una disolucion de ioduro de potasio al décimo. Se hace tomar igualmente al interior el mercurio, ó mejor el ioduro de potasio, á la dosis de uno á dos gramos por dia. Es preciso siempre, cuando se plantea esta medicacion interna, vigilar atentamente el estado del estómago y suspenderla tan pronto como se presenten desórdenes gástricos. Además, se procurará obrar sobre la salud general por medio de una alimentacion substanciosa, del uso del hierro y de la quina, y, ante todo, de la hidroterapia bajo todas sus formas, que presta diariamente grandes servicios. Más tarde, cuando haya desaparecido todo dolor, debe recurrirse á los baños alcalinos (100 á 150 gramos de carbonato de sosa y 20 gramos de ioduro de potasio por cada baño). Ciertas aguas minerales, alcalinas ó cloruradas sódicas (Plombières, Ems, San Salvador), se emplearán, siempre con prudencia, en baños y duchas generales. No debemos fiarnos de las acciones locales, ni de la ingestion interna en gran abundancia, si no queremos despertar los graves accidentes ya calmados.

Dos síntomas, el vómito y la hinchazon del vientre, pueden presentar indicaciones especiales. Para luchar contra el primero de estos fenómenos patológicos deben suspenderse por completo las bebidas y reemplazarlas por pequeños trozos de hielo, dados de vez en cuando para calmar la sed. Se asociará la aplicacion sobre la region epigástrica de un vejigatorio, del tamaño de una moneda de dos francos, curado por mañana y tarde con un centígramo de morfina. Puede intentarse tambien la pocion de Rivière. El meteorismo cede por lo general al empleo de cataplasmas rociadas con aceite alcanforado, ó tambien á las cataplasmas frías que contengan pedazos de hielo, ó al uso del hielo en una vejiga, con las precauciones convenientes.

De vez en cuando las mujeres enfermas de peritonítis se sienten acometidas de dolores, sin que sea preciso para ello una nueva invasion. Contra estos fenómenos dolorosos es muy útil el empleo de las curas láudanizadas (1).

La cuestion de tratamiento, que es la más difícil de resolver, á juzgar por las opiniones de los diferentes autores, se refiere á la intervencion quirúrgica. Casi todos los que han aconsejado la abertura artificial han confundido en sus descripciones la pelvi-peritonítis y el flemon del ligamento

(1) Derramando en el fondo del espéculo cierta cantidad de tintura de iodo ó de láudano, y añadiendo despues algunas cucharadas de almidon en polvo, se obtiene una mezcla, que puede mantenerse con una torunda de hilas ó un tapon de algodón en rama.

ancho. Por lo general, en las colecciones purulentas dependientes de una pelvi-peritonítis vale más dejar que obre la naturaleza.

Ciertos fenómenos particulares, como sudores abundantes, escalofríos repetidos, fiebre héctica, enflaquecimiento exagerado, podrá autorizarnos á dar salida al pus, sobre todo si el tumor forma eminencia en la vagina. Con todo, las inflamaciones del tejido celular son las que generalmente producen estos accidentes, y ya veremos que, en tales casos, se debe intervenir tan pronto como se percibe la fluctuacion, mientras que casi siempre, en las flegmasías peritoneales, es preferible dejar que el pus salga espontáneamente. Hemos dicho que el retorno de las reglas á su estado fisiológico era el mejor indicio de una curacion definitiva. Así, se ha procurado obrar sobre esta funcion en los casos de amenorrea persistente ó de menstruacion insuficiente ó dolorosa, ora por medio de sinapismos, ora de diferentes sustancias llamadas emenagogas. Estos accidentes terapéuticos son á veces dolorosos, y el mejor procedimiento en tales casos será la aplicacion, durante dos ó tres dias consecutivos, de dos sanguijuelas en la cara interna de los muslos.

Finalmente, aún mucho tiempo despues de la desaparicion de toda manifestacion morbosa, las enfermas deberán guardar el reposo horizontal durante las épocas menstruales, usando determinadas precauciones por espacio de algunos años. El cinturon hipogástrico está llamado á prestar grandes servicios en casos de ese género, inmovilizando las paredes abdominales y, por su intermedio, las vísceras contenidas en la cavidad pélvica.

FLEMON DEL LIGAMENTO ANCHO (PARAMETRÍTIS)

Hemos visto que la pelvi-peritonítis y el flemon del ligamento ancho tienen una patogenia casi idéntica, aunque sus síntomas y curso difieren notablemente. El papel primordial que juega la inflamacion de los linfáticos en ambas afecciones ha sido objeto de una série de trabajos recientes. Un ilustrado discípulo del Sr. Siredey, el Dr. Auger, ha propuesto sustituir la denominacion de flemon del ligamento ancho por la de *linfadenitis peri-uterina*. A pesar del título de su tesis, el Dr. Auger no ha llamado linfadenítis á todos los flemones que se encuentran en el tejido celular del ligamento ancho (1), sino que se ha contentado con demostrar, por una série de observaciones detalladas, la importancia de la linfadenítis en la patogenia de estos diversos procesos uterinos.

Hemos visto, al hablar de los linfáticos uterinos, que los que parten del cuello se anastomosan y aumentan de volúmen al penetrar en el tejido ce-

(1) Auger, *De la lymphadénite périutérine*. (Tesis de doctorado, París, 1876, página 39.)

lular de los ligamentos anchos, donde encuentran uno ó muchos ganglios, cuya existencia no es constante. (El Dr. Lúcas Championnière insiste sobre la presencia de un ganglio situado á un lado y por detras del cuello.) Los linfáticos del cuerpo del útero se reúnen al nivel de sus bordes, hácia los ángulos superiores, y despues de haber recibido los vasos que vienen de la trompa y de los ovarios, van á los ganglios lumbares medios y superiores (1). Resulta de esta disposicion que los linfáticos del cuello uterino van á la profunda del ligamento ancho, y llegan á los ganglios situados en las paredes de la pélvis menor, miéntras que los del cuerpo se hallan situados más superficialmente por debajo del peritoneo y abocan á los ganglios lumbares (2). Esta estructura anatómica nos permite comprender por qué las lesiones del cuello dan lugar con más frecuencia al flemon y las del cuerpo á la pelvi-peritonítis.

Segun el Dr. Lúcas Championnière, las linfangítis benignas son muy frecuentes, sobre todo á consecuencia del parto.

En efecto, á menudo se observan, en tales condiciones, puntos dolorosos en los ángulos del útero ó en los fondos de saco, puntos dolorosos que desaparecen al cabo de algunos dias sin haber dado lugar á otros síntomas, y que son debidos probablemente á una linfangítis benigna. Cuando nos ocupemos de los accidentes que se observan despues del parto, diremos algunas palabras, aunque accesoriamente, de ciertos fenómenos graves, que muchos autores han reunido con el nombre de *fièvre puerperal*.

No se crea por esto que queremos tratar detenidamente tan importante cuestion, llena de puntos oscuros, y cuya historia corresponde mejor á los Tratados de Obstetricia.

La importancia de las lesiones del sistema linfático en los accidentes graves de las recién paridas ha sido estudiada por los Sres. Siredey, Guéneau de Mussy, Guérin y Lúcas Championnière (3). Por muy grandes que sean las consecuencias de las lesiones linfáticas ó venosas, no se pueden considerar como la causa única de todos estos fenómenos morbosos. La linfangítis ó la flebitis son lesiones apreciables al hacer la autopsia, pero bajo el punto de vista de la gravedad domina la gravedad misma.

(1) Sappey, *Traité d'Anatomie*, t. IV, pág. 715.

(2) No todos los autores se hallan de acuerdo sobre la presencia de ganglios en el espesor del ligamento ancho. El Sr. Lúcas Championnière los admite, aunque recordando que su número y situacion son variables. Cruveilhier ha demostrado la existencia constante de un ganglio, propio de los órganos genitales de la mujer, situado en el orificio interno del conducto ovular. Fioupe y Auger no han visto la presencia de los descritos por Championnière alrededor de los vasos útero-ováricos. Fioupe dice haberlos visto, muy aparentes, en los ligamentos anchos de la vaca y de algun otro animal. (Véase Auger, *loc. cit.*, pág. 37, y Fioupe, *Lymphatisme utérin*, etc., tesis de doctorado, París, 1876, pág. 19.)

(3) Véase Siredey, *Annales de Gyn.* 1875; el artículo *Péritonite* del *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique*. — Lúcas Championnière, *loc. cit.* — Guéneau de Mussy, *loc. cit.* — A. Guérin, *France médicale y Gazette hebdomadaire*, 1876.

A pesar de las numerosas investigaciones de que ha sido objeto, no conocemos hasta hoy la naturaleza del veneno puerperal (1). Sin embargo, los efectos de la enfermedad nos autorizan á creer que, en tales circunstancias, la linfangítis y la flebitis están dominadas por la causa que las ha producido.

Permitidme aquí una comparacion. Si se pincha un dedo, por ejemplo, con una pluma llena de tinta, al cabo de algunos dias se ven líneas rojizas en la mano y antebrazo, y todo desaparece bien pronto. Otras veces los ganglios axilares se hinchan, se tornan dolorosos, y al cabo de tiempo, relativamente corto, el sujeto está curado.

En otro caso, un médico se pincha con un escalpelo lleno de materias pútridas, al hacer, por ejemplo, la autopsia de una mujer que haya fallecido de peritonítis puerperal. Despues de un período de corta duracion, siente escalofríos y fiebre. Como en el caso anterior, se presentan líneas rojizas y una tumefaccion ganglionar. Pero, en vez de desaparecer en algunos dias, los accidentes se agravan, los ganglios supuran y hasta la vida está amenazada.

¿Se dirá en tales casos que hay una linfangítis? Ciertamente. Pero es una linfangítis especial, bajo el punto de vista de su causa, que da una gravedad extrema á una afeccion esencialmente benigna. En el carbunco se observan tambien linfangítis y adenítis; sin embargo, estas lesiones no son nada por sí mismas, ni hacen más que demostrar el paso del vírus carbuncoso. Lo propio sucede en los accidentes graves de las mujeres recién paridas.

Indudablemente hay lesiones linfáticas y venosas; pero existe además un veneno cuya naturaleza es desconocida hasta el presente, y que, sin embargo, es preciso admitir.

Despues de esta corta digresion, no continuaremos el estudio de tales inflamaciones graves: volveremos al de las flegmasias de curso lento, que terminan con frecuencia por la curacion, y que pueden, además, desarrollarse fuera del estado puerperal.

Anatomía patológica. — En el mayor número de los casos, el flemón del ligamento ancho se complica con peritonítis. Sin embargo, está demostrado en el dia, por numerosas autopsias, que las lesiones pueden existir únicamente en el peritoneo (pelvi-peritonítis), ó en el tejido conjuntivo subperitoneal (flemón). Virchow (2) ha estudiado el curso de la inflamacion del tejido celular subperitoneal en los casos de parametrítis, viendo que esta inflamacion se irradia de un punto á otro de una manera irregular, que ha comprobado en el proceso de ciertas erisipelas ambulantes. Los

(1) Véanse las últimas comunicaciones del Dr. Pasteur á la Academia de Medicina y á la Academia de Ciencias de París, 1879.

(2) *Archiv. für Pathologische Anatomie*, t. XXIII, pág. 418.

tejidos, primero hiperemiados, presentan bien pronto una opacidad, apreciable á simple vista, que recuerda lo que se observa en la córnea al principio de la inflamacion de esta membrana. Dicha opacidad es debida á la infiltracion de un líquido seroso. En el período de agudeza, su abundancia es tal que, al cabo de pocos dias, se observa la existencia de una tumefaccion considerable. En ciertos casos, se han podido ver todas las fases del desarrollo de estos tumores, á menudo característicos de la afeccion.

Si se practica la autopsia de una mujer, muerta al principio de uno de estos flemones, se encuentran zonas inflamatorias aisladas, y que no tienen ninguna comunicacion entre sí. Estas lesiones pueden existir primitivamente en el tejido conjuntivo submucoso del útero, é irradiarse más ó ménos pronto á las paredes de la vagina, al ligamento ancho y aún á la fosa ilíaca y la region renal. La exudacion se observa rara vez entre el útero y la vejiga.

Al cabo de dos ó tres semanas, si no se verifica la reabsorcion y la enfermedad continúa su curso, la serosidad es reemplazada por pus, que forma entónces verdaderos abscesos subperitoneales. Las más veces, al hacer la autopsia, las alteraciones son tan complejas y tan avanzadas que es imposible saber cuáles han sido los puntos primeramente invadidos. A menudo es difícil separar las de la serosa y las del tejido conjuntivo subyacente.

Hemos estudiado lo suficiente las lesiones de los vasos y de los ganglios linfáticos, al hablar de las generalidades, por lo cual no nos ocuparemos detenidamente del asunto. La mayor parte de las mujeres en quienes se encontró pus en los linfáticos habían muerto á consecuencia del parto. En un caso en que tuvimos ocasion de examinar los ganglios (1), la porcion foliculosa ofrecía su aspecto normal; pero la porcion cavernosa estaba llena de gruesas células y de glóbulos blancos, en parte degenerados (glóbulos de pus); había un principio de supuracion, no apreciable todavía á simple vista.

Los abscesos flegmonosos de la pélvis menor tienen una mayor tendencia á abrirse paso al exterior, hácia la region inguinal. Por el contrario, los de la pelvi-peritonitis se abren más á menudo en los órganos internos. Ciertos autores, siguiendo el ejemplo de Béhier y Trousseau, han concedido gran importancia á las alteraciones de las venas. En efecto, en algunas autopsias, se han visto flebitis y abscesos venosos; pero estas modificaciones patológicas son ménos constantes que las del sistema linfático, y presentan un interés más secundario.

Freund (2) ha descrito con el nombre de *parametritis crónica atrófica* una variedad particular, que separa por completo de la parametritis de

(1) *Examen histologique*, citado en la tesis de Auger, pág. 62.

(2) *Monatscher f. Geb.*, t. XXXIV, pág. 380.

origen puerperal. Según dicho autor, se forma primero, en tales casos, una inflamación hiperplásica del tejido conjuntivo, que, en los períodos más avanzados, se retrae á la manera del tejido cicatricial. Bajo la influencia de esta retracción, los vasos están comprimidos. De aquí resultan desórdenes circulatorios que producen una atrofia del tejido conjuntivo de la pelvis menor y de todo el conducto genital, en términos que, en algunas mujeres de 30 años, presentan los órganos genitales el mismo aspecto que si tuvieran 50. Los síntomas de esta especie de flemon atrófico consisten siempre, según Freund, en dolores profundos en la pelvis, dolores durante el coito y, sobre todo, en accidentes histéricos. Esta afección es consecutiva á un exceso de irritación de los nervios que abocan á los órganos genitales. Aparte de las observaciones de Freund, no conocemos ningún caso de este género referido por otros autores.

Síntomas.— El flemon del ligamento ancho reviste ordinariamente la forma aguda. Se observa, sin embargo, algunas veces una forma latente, que importa saber distinguir, á pesar de su poca frecuencia. En muchos casos, las lesiones son complejas, y existen igualmente signos debidos á las alteraciones peritoneales.

Sólo nos ocuparemos aquí del flemon, aislado de toda complicación. Sus primeras manifestaciones se presentan 1 á 20 días después del parto ó de la acción de las causas que las han producido; ordinariamente antes del frío del primer setenario. A menudo, los accidentes iniciales son poco marcados, insidiosos. Las enfermas, pálidas, sin fuerzas, experimentan de vez en cuando dolores lancinantes en la pelvis, y sólo al cabo de algunos días se manifiestan los fenómenos inflamatorios. Entre estos síntomas, el dolor es el primero y el más constante. Reside en la región hipogástrica y se irradia hacia los lomos ó la parte superior del mismo lado. Estos sufrimientos continuos, con exacerbaciones, son menos agudos y más sordos que los debidos á la pelvi-peritonitis. El escalofrío no es constante y sólo se presenta en la mitad de los casos. La fiebre, bastante intensa en los primeros días, cesa bien pronto por la mañana, para manifestarse tan sólo por la tarde ó por la noche. A menudo va acompañada de sudores copiosos. El apetito disminuye ó está completamente abolido; pero se observan náuseas, vómitos, etc., lo mismo que cuando el peritoneo es invadido por el proceso inflamatorio. La cara, aunque más ó menos alterada, no presenta ese aspecto especial, esa postración que se encuentra en las enfermas de peritonitis.

Después de esta fase de agudeza, calman los principales síntomas, cesa la fiebre y se observa un período de calma relativa. Al cabo de algunos días, el tacto, combinado con la palpación, permite comprobar la presencia de un tumor liso, compacto, sin abolladuras, y difícil de limitar. Forma una masa en la pared superior y lateral de la vagina, y á menudo otra masa abdominal. Estos caracteres clínicos son esencialmente distintos de

los que se observan en la pelvi-peritonítis, en la cual el tumor suele ser redondeado, á veces abollado, saliente en los fondos de saco (1).

La induracion del flemon tiene un sitio fijo, unilateral, en el útero, ligeramente prominente por delante de este órgano. Su sitio se halla determinado por la situacion del ligamento ancho. El fondo del saco posterior está siempre libre si no hay complicacion por parte de la serosa; se halla, por el contrario, casi siempre invadida en este último caso. La induracion vaginal envía casi siempre dos prolongaciones digitiformes, una por delante y otra por detrás, que abrazan la porcion supra-vaginal del cuello (2). En la mayoría de los casos existe un órgano que separa el tumor del órgano uterino.

El tejido celular del ligamento ancho, infiltrado, ora de serosidad, ora de pus, da al dedo la misma sensacion que el hematocele extra-peritoneal, en que hay infiltracion de sangre en estos mismos tejidos.

En las primeras fases, el útero es empujado hácia el lado sano. Más tarde, por el contrario, bajo la influencia de la cicatrizacion y de las bridas fibrosas, va hácia el lado enfermo. Si las lesiones permanecen localizadas al ligamento ancho, el tumor es casi completamente intra-pelviano. Sólo cuando la inflamacion se propaga hasta el tejido de las paredes abdominales, es cuando se encuentra esa masa resistente, lisa, regular, sin abolladuras, de que ya hemos hablado. Su dureza aumenta más y más si la terminacion se verifica por induracion. Por el contrario, si el tumor supura, se torna más ó ménos fluctuante, sobre todo en el punto situado por encima del arco de Falopio. El flemon puede tambien propagarse á la fosa ilíaca interna. Entónces no existe esa masa superficial, las paredes abdominales están laxas. El tumor, de forma ovoidea, con su eje mayor paralelo al arco de Falopio, está situado más profundamente. Se prolonga despues por la pélvis mayor, por delante del psoas, y forma una masa resistente mal limitada. Bajo la influencia de esta propagacion, las enfermas acusan hormigueos, un adormecimiento y dolores neurálgicos en el miembro inferior. Al propio tiempo existe un edema de los maléolos. Finalmente, si el foco inflamatorio es subaponeurótico, se observa la flexion y la retraccion del muslo sobre el abdómen.

El flemon del ligamento ancho puede terminar por resolucion, por induracion y por supuracion. En las formas más benignas, sigue su evolucion en tres semanas; pero la induracion persiste todavía más tiempo, y sólo desaparece al cabo de algunos meses. No presenta esos retornos de agudeza, tan frecuentes en la pelvi-peritonítis. Si se observan en el flemon, es porque pasa al periodo de supuracion. Cuando tiende á presentarse esta modificacion, los fenómenos del principio son más intensos y no disminuyen.

(1) Bernutz, *Arch. de Tocolog.*, 1874, t. I, págs. 128 y siguientes.

(2) Gallard, *Bulletins de l'Acad. de Médecine*, 1872.

La supuración se verifica algunas veces en las primeras fases. En otros casos, por el contrario, tarda más en aparecer. Entónces las enfermas, cuyo estado había mejorado, pierden de nuevo el apetito y el sueño. La debilidad y el enflaquecimiento hacen rápidos progresos. Las mujeres presentan ese color amarillo terreo, tan frecuente en las que ofrecen algun foco de supuración.

Al propio tiempo, el dolor hipogástrico, acusado desde el principio, se torna más vivo. La sensibilidad, el volúmen y la consistencia del tumor se modifican, llamando la atención ciertos escalofríos erráticos, irregulares ó intermitentes. Estos escalofríos van acompañados de sudores copiosos, apreciables sobre todo por la noche. Una diarrea más ó ménos abundante, acompañada á veces de vómitos, no tarda en manifestarse. Con este conjunto de síntomas se puede suponer que la supuración es inminente.

La abertura del flemon puede realizarse en los puntos más diversos. Se verifica, las más veces, hácia las paredes abdominales, principalmente por encima del triángulo de Scarpa, á 2 ó 3 centímetros del arco de Falopio. Otras veces el absceso se abre paso por delante de la espina ilíaca anterior y superior si el flemon se ha propagado á la fosa ilíaca; mucho más rara vez en las inmediaciones del ombligo, alrededor y no por la cicatriz umbilical (1). En otros casos, el líquido se abre paso hácia la region superior del muslo, el hígado, los riñones y el diafragma, hasta el músculo cuadrado de los lomos y el trocánter mayor. Finalmente, sigue en ocasiones el trayecto del ligamento redondo, el conducto inguinal, para abocar en las inmediaciones del orificio externo de este conducto.

La evacuación del pus por la vagina, aunque favorable, no va siempre seguida de curación. La abertura en el intestino es también feliz, sobre todo si se verifica en el recto. El pronóstico no es tan satisfactorio si el absceso se vacía en el ciego, como se ha observado en algunos raros casos de flemones del ligamento ancho del lado derecho.

Cuando el foco se abre paso en la vejiga, puede observarse la curación, aunque dicho órgano se presta bastante ménos á la salida del pus.

Los casos excepcionales en que el líquido purulento se abre paso en la gran cavidad serosa, van casi siempre seguidos de una peritonítis rápidamente mortal. Esta puede sobrevenir también por contigüidad y por propagación del trabajo inflamatorio. Los peligros que entónces presenta son ménos considerables que despues de la rotura del absceso en el peritoneo. En ciertas enfermas se observan agujeros múltiples, situados en puntos más diversos.

Aunque estas colecciones purulentas pueden abrirse en la vagina, el recto ó la vejiga, no es ménos cierto que, en la mayor parte de los casos observados, los abscesos subperitoneales ofrecen más tendencia á abrirse

(1) Bernutz, *loc. cit.*, pág. 594.

paso por las paredes abdominales. Los abscesos intra-peritoneales, por el contrario, tienen mayor disposición á vaciarse en los órganos internos. El pus es eliminado de uno á tres meses despues del principio de los accidentes. Su cantidad es á menudo sorprendente. Es verdoso, bien trabado; presenta, en una palabra, los caracteres que le dan *buená indole*. Ordinariamente es inodoro, pero en cambio, en ciertas circunstancias, contrae una notable fetidez.

Al cabo de algunos dias, su consistencia se torna más serosa, y por fin cesa el flujo al cabo de un tiempo muy variable.

Tan pronto como se abren los abscesos, espontánea ó artificialmente, experimentan las enfermas una mejoría inmediata, que continúa los dias siguientes, sobre todo si no están muy debilitadas ó si no se ha esperado mucho tiempo para intervenir. El flemón del ligamento ancho ocasiona todos los accidentes y todos los peligros de las supuraciones prolongadas, en particular la degeneracion amiloide de diversos órganos, estómago, hígado, riñones.

Diagnóstico. — Hemos visto que la pelvi-peritonítis y el flemón se encuentran muchas veces reunidos. En los casos en que ambas afecciones se manifiestan aisladamente, suele ser bastante difícil distinguirlas. Sin embargo, el dolor hipogástrico ofrece diferencias en ambos casos: en el flemón, se parece más al que causa un panadizo (Bernutz), y no da lugar á esa facies especial que existe cuando la peritonítis participa de la inflamacion. Además, el flemón no va acompañado de náuseas ni de vómitos, como la pelvi-peritonítis.

Los caracteres del tumor ofrecen el mejor signo diagnóstico. Esta induracion, localizada en un lado, que se continúa con el útero, á veces adherida al borde inferior de la rama horizontal del púbis, que interesa poco los fondos de saco, no se ve más que en el flemón; mientras que en la pelvi-peritonítis el tumor es retro-uterino, más irregular y ménos plano, forma eminencia en la vagina, ó, si su sitio es lateral, está situado muy arriba y es casi imposible alcanzarle por el tacto.

El curso ulterior nos dará tambien un elemento de diagnóstico. La inflamacion del tejido celular no suele limitarse á la zona genital, y no tarda en invadir las regiones inmediatas, la fosa ilíaca interna ó externa. La reaccion febril es más francamente inflamatoria al principio del flemón, y adquiere despues los caracteres de fiebre supuratoria. Una vez formada la coleccion purulenta, tiende á dirigirse hácia fuera, por parte de la region inguinal, lo cual no sucede en la pelvi-peritonítis. Cuando el flemón de la fosa ilíaca no es consecutivo al del ligamento ancho, el tumor que se forma no se halla situado detras del arco crural, sino más arriba, por dentro de la espina ilíaca anterior; además, no se encuentra ninguna eminencia ni induracion vaginal.

Se puede confundir la parametrítis con un cuerpo fibroso del útero. El

tumor formado por el flemon es plano, no presenta la forma redondeada de un cuerpo fibroso. Su fijeza, su grado de sensibilidad y su inmovilidad (1), son caracteres que distinguen la induración flegmonosa del fibromioma. La consistencia no es tampoco idéntica. El flemon incipiente, ó cuando supura, es más blando, ó, si se indura, más resistente y menos elástico que el cuerpo fibroso. El curso de ambas enfermedades es también esencialmente distinto. El flemon se endurece poco á poco, disminuyendo de volúmen. Va acompañado de un aparato febril, de cierto grado de sensibilidad y no ofrece ese aumento lento y progresivo del cuerpo fibroso. Si un fibroma situado á alguna profundidad llegara á inflamarse, el diagnóstico podría presentar grandes dificultades.

Es, por lo general, más fácil distinguir los exudados de la parametritis de los tumores del ovario, que no están fijos como el exudado, y cuya consistencia es distinta. Un tumor ovárico inflamado, fijo en los lados del útero por adherencias, produciría más bien un error. El flemon puede también confundirse con un embarazo extra-uterino, cuya situación es ordinariamente casi la misma. El curso de la enfermedad, en tal caso, no deja subsistir mucho tiempo la duda. El tumor debido á un hematocele no tiene el mismo sitio ni los propios caracteres.

Ciertos cánceres desarrollados en la pélvis, sobre todo á expensas del hueso ilíaco ó un absceso osifluente, sólo podrían dar lugar á un diagnóstico erróneo, haciendo un exámen incompleto.

Pronóstico. — El flemon del ligamento ancho no es por sí mismo una afección peligrosa. Las condiciones en que se desarrolla las más veces el estado puerperal aumentan su gravedad. Además, la peritonitis, la infección pútrida y purulenta pueden ser su consecuencia y producir la muerte. La terminación funesta se observa asimismo cuando los abscesos se abren en el abdómen. Finalmente, los enfermos están expuestos á todos los accidentes de las supuraciones prolongadas, á los fenómenos de fiebre hética, á la tuberculización, á las embolias cardíacas ó pulmonares. A pesar de todas estas causas posibles de muerte, la afección que nos ocupa cura las más veces, y sus consecuencias ulteriores son menos funestas que en la pelvi-peritonitis, pues no presenta la disposición á las recidivas.

Si la inflamación invade la fosa ilíaca, el pronóstico es menos favorable que cuando se limita al ligamento ancho.

Etiología. — La causa más frecuente del flemon del ligamento ancho es el parto ó el aborto. Ciertos autores han llegado á negar su existencia fuera del estado puerperal (2). Está perfectamente probado en el día que

(1) En casos excepcionales, se ha visto que un flemon del ligamento ancho daba lugar á un tumor negrozco.

(2) Frarier, *Etude sur le phlegmon du ligament large*, tesis de doctorado, 1866, página 18.

la afeccion que nos ocupa puede desarrollarse, independientemente de toda influencia puerperal, por la accion de un traumatismo, de una irritacion del útero ó de la vagina, como lo demuestran gran número de observaciones. Las operaciones, las incisiones ó las cauterizaciones practicadas en el cuello uterino, la introduccion de una esponja preparada para dilatar la cavidad cervical, han podido ser su punto de partida.

Ciertos autores han admitido que la reabsorcion de las materias sépticas es la que principalmente produce la parametritis, cuando la destruccion del epitelio ha puesto al descubierto una mayor ó menor superficie del tejido conjuntivo. Segun esta opinion, un simple traumatismo, no complicado con estado séptico, dará más bien lugar á la perimetritis (1). Esta diferencia entre la naturaleza de ambas afecciones nos parece algo hipotética, y creemos que la inflamacion de los linfáticos de la region, cualquiera que sea la causa que la produce, puede ser el punto de partida de una parametritis. Se ha pretendido que las mujeres que lactan están ménos predispuestas que las demas; pero nosotros admitiríamos más bien esta hipótesis para las afecciones uterinas que para el flemon. Es lo cierto, de cualquier modo, que nosotros hemos visto muchas veces esta forma de flegmasía puerperal en mujeres que criaban.

Deberíamos, para terminar la etiología, citar algunas cifras estadísticas respecto á la frecuencia de las diversas causas ocasionales (2). Desgraciadamente, la mayor parte de los autores confunden, bajo una misma denominacion y en un mismo capítulo, la pelvi-peritonítis y el flemon del ligamento ancho, por lo cual no puede saberse lo que concierne á una ó á otro (3).

Tratamiento. — Lo que hemos dicho acerca del tratamiento de la pelvi-peritonítis nos permitirá ser algo breves en lo que concierne al del flemon. No citaremos las opiniones de los autores que han escrito acerca de esta materia, pues casi todos han designado ambas afecciones con un mismo nombre.

Los medios terapéuticos serán casi idénticos en ambos casos. Las enfermas guardarán el reposo más absoluto. Al principio se contentarán con leche, caldos, sopas, reemplazándolos por una alimentacion esencial tan pronto como haya cesado la fiebre. Las sanguijuelas, en número de 12 á 15, ó las ventosas escarificadas aplicadas sobre las paredes abdominales, el ópio, algunas veces hasta la dosis de 50 ó 60 centígramos de extracto en las 24 horas (4), y los purgantes ó laxantes ligeros, se hallan igualmen-

(1) Schroeder, *loc. cit.*, pág. 427.

(2) Segun el Sr. Bernutz, entre 20 casos, hay 17 que deben referirse al estado puerperal.

(3) Véase, para las diversas estadísticas, Beigel, *loc. cit.*, t. II, pág. 83.

(4) Frarier, *loc. cit.*, pág. 66.

te indicados, lo mismo que los baños fríos, las fricciones con diversas pomadas ó linimentos, las lavativas simples ó glicerinadas.

En los períodos más avanzados, los vejigatorios volantes, las fricciones con tintura de iodo, se asocian con frecuencia al uso interno del ioduro de potasio. Las escarificaciones del cuello uterino no presentan las mismas ventajas que en la convalecencia de la pelvi-peritonitis. Como medicacion general, no deben descuidarse las prácticas hidroterápicas, la quina, el hierro y el aceite de hígado de bacalao. Contra la persistencia y la induración de los productos inflamatorios, los baños alcalinos, etc., siendo preferibles las aguas bromuradas ó ioduradas. En estas enfermas los retornos al período de agudeza son mucho ménos temibles que en las que padecen una perimetritis. Así, aunque obrando con prudencia, se podrán usar los manantiales más activos.

Hemos aconsejado en la pelvi-peritonitis dejar que la coleccion purulenta se abra espontáneamente. No dirémos lo mismo respecto á los tumores flegmonosos, que deben ser incindidos tan pronto como se perciba la fluctuacion. Se elegirá, como procedimiento operatorio, entre la incision simple con el bisturí y la abertura por el método de Recamier, segun la mayor ó menor profundidad del foco. Por lo general es preferible el instrumento cortante, y la incision se hará paralelamente al pliegue de la ingle.

Despues de la evacuacion del pus se evitará practicar lociones en la cavidad, á ménos que los líquidos se tornen fétidos, en cuyo caso la inyeccion se verificará lentamente y con la mayor prudencia. En los casos en que el pus no sale bastante bien, ó cuando se manifiestan accidentes de septicemia, el desagüe presta á menudo grandes servicios. Para pasar el tubo, se introduce préviamente un trócar romo por la herida abdominal, rasando lo más cerca posible la cara posterior de los púbis, de modo que su extremidad sea percibida por el dedo que comprime sobre el fondo de saco lateral correspondiente. Se sustituirá despues por un trócar con punta, que se hará salir por la vagina, evitando herir la vejiga. Despues, sacándolo, se coloca en su lugar el tubo de desagüe: una extremidad queda en la parte inferior y la otra al borde de la herida tegumentaria. En tales condiciones, los líquidos fluyen fácilmente y pueden emplearse las inyecciones detersivas. Cuando el absceso se ha abierto en el conducto vaginal, se introduce las más veces el trócar en sentido inverso, es decir, desde la vagina hácia las paredes abdominales.

Las lesiones de la vejiga y del recto reclaman algunos medicamentos apropiados: los balsámicos, los baños prolongados y las inyecciones emolientes en unos casos; las lavativas calmantes y astringentes en otros.

Ciertas complicaciones más graves, como la infeccion purulenta ó la peritonitis sobreaguda, estarán por encima de los recursos del arte. El sulfato de quinina es el mejor medio que puede emplearse en tales circuns-

cias, asociándolo á los diversos métodos de tratamiento que ya hemos enumerado. Finalmente, se recurrirá á todos los agentes reconstituyentes para que las enfermas puedan sufrir los estragos de esas prolongadas supuraciones.

DEL HEMATOCELE CIRCUM-UTERINO

El hematocele circum-uterino representa una cuestion de ginecología todavía bastante confusa, por más que tal confusion sea más bien aparente que real, como veremos en el curso de este capítulo.

Encontramos aquí gran número de causas de oscuridad ya mencionadas en otras circunstancias, pero sobre todo al hablar de la metritis.

Las autopsias de hematocele son raras. Así, siempre que se ha visto un hecho anatomo-patológico nuevo, se ha fundado inmediatamente una teoría en aquella observacion, aplicándola á todos los casos que terminan por la curacion. Además, cuando ha habido ocasion de hacer la autopsia de una enferma de hematocele, la muerte había sobrevenido siempre mucho tiempo despues del principio de los primeros accidentes, y es difícil encontrar el punto de partida de la hemorragia.

Otra causa de confusion procede de la variedad de opiniones emitidas por los autores respecto á las afecciones que deben comprenderse en esta denominacion. Mientras que, segun unos, toda hemorragia que se observe en la pélvis menor debe llevar este nombre, segun otros sólo hay hematocele fuera del estado de gestacion; algunos ginecólogos no designan así las hemorragias procedentes de la rotura de un quiste fetal en los casos de preñez extra-uterina. Por nuestra parte, no comprendemos en qué razones se funda semejante distincion (1). Llamamos, pues, *hematocele circum-uterino* á toda coleccion sanguínea situada en la excavacion pélviana, ora por dentro, ora por fuera del peritoneo, y que forma tumor al enquistarse.

Se ha propuesto dividir el hematocele en *vitro* y *extra-uterino*. No todos los autores admiten semejante division, pues algunos designan la segunda variedad con el nombre de *pseudo-hematocele*. Las descripciones se refieren principalmente á la forma intra-peritoneal; la otra, aunque más rara y ménos conocida, debe admitirse sin embargo (2). Nosotros nos ocupáremos ante todo de la primera.

(1) La definicion de Aran, que designaba este grupo de afecciones con el nombre de tumores sanguíneos peri-uterinos, tiene el inconveniente de especificar demasiado el origen de extravasado sanguíneo. *El hematocele es el resultado de un derrame de sangre en la cavidad pélviana, procedente de un punto cualquiera del sistema uterino.* (Loco citato.) En gran número de casos, en la mujer viva, se ignora el origen de la hemorragia.

(2) Véase Poncet, *De l'hématocèle péri-utérine*, tesis de agregacion, 1868, pág. 5.



HEMATOCELE INTRA-PERITONEAL

Patogenia. — Sabemos, gracias á los trabajos de los fisiólogos, que la sangre, inyectada en cierta cantidad en las cavidades serosas, se enquista, despues de haberse formado *falsas membranas* primero y *neomembranas* despues. El coágulo sanguíneo se adhiere por una parte rápidamente á la serosa, mientras que por otra va á cubrirle una neoplasia. No volverémos á ocuparnos de la estructura de estos neoplasmas organizados y vasculares, de los que hemos hablado con alguna extension en el capítulo destinado á la pelvi-peritonitis.

Los experimentos relativos á este punto de fisiología patológica fueron realizados, en primer término, por los Sres. Trousseau y Leblanc en el caballo. El Dr. Vulpian (1) ha observado que, al cabo de 24 horas, hay ya indicios de organizacion de la membrana. Los Sres. Laborde y Luneau (2) han comprobado igualmente que la sangre tiende á coleccionarse y localizarse en las serosas allá donde se derrama. No debemos olvidar, sin embargo, que el líquido sanguíneo ha de reunir ciertas condiciones para provocar este enquistamiento consecutivo, ó que el peritoneo ha de presentar alguna alteracion prévia, y que en estado normal pueden inyectarse y ser absorbidas grandes cantidades de sangre sin producir el menor accidente. Los experimentos han demostrado ademas que la sangre privada de su fibrina no se enquista y desaparece más pronto (3).

La procedencia de la hemorragia peritoneal es todavía hoy el punto más controvertido y más oscuro de la historia del hematocele. Segun Nélaton (4) y Laugier, resulta de la hiperemia ovárica que acompaña á la caida del óvulo, cuando la trompa no se encuentra aplicada sobre la glándula para recibir el óvulo y la sangre. Segun el Sr. Gallard, los hematoceles deben ser considerados como verdaderas molas extra-uterinas, haya ó no fecundacion del huevo, cuya evolucion ha sido la causa primera necesaria para la produccion de la hemorragia (5). Trousseau (6) defiende que la sangre procede de la mucosa de las trompas, las cuales la derraman en el momento de las reglas en la cavidad serosa.

El Sr. Bernutz admite próximamente la teoría de Trousseau, al ménos para los casos más frecuentes, excepto que no considera necesaria la menstruacion, pues, segun él, toda hipersecrecion sanguínea de los órganos geni-

(1) Nélaton, *Elementos de Patología quirúrgica*, version española de los Sres. Serret y Carreras, t. VI, Madrid, 1878.

(2) *Bulletins de la Société de Biologie*, 1872, pág. 89.

(3) Tesis de doctorado, París, 1873.

(4) Poncet, *loc. cit.*, pág. 67.

(5) Gallard, *loc. cit.*, pág. 675.

(6) *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. III, pág. 606.

tales puede ser su punto de partida (1). El Sr. Bernutz atribuye tambien un considerable papel al reflujo de la sangre del útero por las trompas, en los casos de atresia de los órganos genitales, por ejemplo.

La rotura de las varices del plexo venoso antero-ovárico, observada por primera vez por Ollivier (de Angers) en 1834, ha sido estudiada principalmente como causa del hematocele por el Dr. Richet; pero la hemorragia del plexo pampiniforme ocasiona más á menudo la variedad extra-peritoneal.

Se ha invocado la vascularidad de las neomembranas resultantes de la pelvi-peritonitis. En tales casos, los vasos contenidos en las adherencias dan lugar al extravasado sanguíneo. Esta última teoría, que tiene su origen en un trabajo de Ferber (2), es más conocida con el nombre de *teoría de Virchow* (3). Ha sido defendida de nuevo por el Sr. Besnier (4), quien ha propuesto dar á esta forma el nombre de *paqui-peritonitis hemorrágica* para recordar su semejanza con la *paqui-meningitis hemorrágica* (5).

Finalmente, entre las causas de estos accidentes, debemos colocar todas las enfermedades hemorrágicas en general, como el escorbuto, la púrpura, la hemofilia, las fiebres graves, viruela, escarlatina y sarampion. El envenenamiento por el fósforo, produciendo la degeneracion grasosa de las paredes del abdómen, puede dar lugar á exhalaciones sanguíneas en el tejido ovárico, y despues de la rotura de estas colecciones hemorrágicas, un derrame de sangre en la pélvis, segun resulta de las observaciones de Wagner (6). Se han visto quistes del ovario que dieron lugar á un hematocele, sin que existieran estas fiebres ni estos procesos agudos (7).

Casi todas las teorías expuestas se hallan en relacion con observaciones comprobadas por la autopsia. Se comprende, en efecto, por la disposicion anatómica de la region, que toda hemorragia que se verifique en un punto cualquiera de la cavidad abdominal ofrece cierta tendencia á formar un tumor sanguíneo hácia la parte más declive, es decir, hácia los fondos de saco vaginales (8).

(1) Bernutz y Goupil, *loc. cit.*, t. I, pág. 450.

(2) *Arch. f. Physiol.*, Heilh, 1868, t. III, pág. 431.

(3) Virchow, *Pathologie des tumeurs*, t. I, pág. 148, traduccion francesa, 1867.

(4) Besnier, *Annales de Gynécologie*, 1877.

(5) Un bello ejemplo de este hematocele ha sido citado por Crédé. (*Monatschrift f. Geb.*, t. IX, pág. 1.) Dicho cirujano, habiendo practicado la puncion del tumor situado en el fondo de saco posterior, vió primero salir una serosidad trasparente, despues serosidad mezclada con sangre, y, finalmente, sangre pura. Una nueva puncion hecha á los dos dias dió salida á tal cantidad de sangre que fué necesario disponer que cesara inmediatamente la operacion.

(6) *Archives de Virchow*, 1872, t. IV, pág. 12.

(7) En el curso de la fiebre tifoidea se incluyen, entre los accidentes de una perforacion intestinal terminada por la curacion, los debidos á un hematocele.

(8) El fondo de saco posterior es más profundo en lado izquierdo que en el derecho, casi una pulgada, y de aquí la mayor frecuencia de los tumores retro-uterinos en este

Una sola cosa podría parecer sorprendente: la rareza del hematocele comparada con la frecuencia de las exhalaciones sanguíneas, que deben formarse á expensas de los numerosos órganos contenidos en la cavidad pelviana. Es que, para que haya clínicamente hematocele, se necesita que la cantidad de sangre sea bastante considerable. Las hemorragias pequeñas no dan lugar, en la mayor parte de los casos, á ningun síntoma apreciable durante la vida.

En cuanto á la influencia, tantas veces mencionada, de la menstruación sobre el desarrollo de estos accidentes, pueden explicarse con facilidad, cualquiera que sea su origen. En esta época existe una hiperemia de todos los tejidos que entran en la estructura de la pelvis menor: ovario, útero y trompas. Es muy sencillo, por consiguiente, comprender que la rotura de una vena varicosa, la de un quiste, el reflujó de la sangre por la trompa, se verifique principalmente en esta época. Lo propio sucede én los casos de embarazo extra-uterino; sabido es que el período durante el cual deberían tener lugar las reglas tiene cierta importancia, áun en la gestación normal, respecto á las hemorragias y al aborto. Así, la rotura del quiste fetal coincidẽ á menudo con el tiempo en que hubieran aparecido las reglas si no hubiera habido embarazo.

El hematocele así comprendido no presenta una oscuridad tan grande como otras muchas afecciones; no es una *enfermedad*, en el sentido preciso de la palabra, sino un grupo de fenómenos patológicos, siempre sintomáticos de otra afección.

Anatomía patológica. — El hematocele intra-peritoneal se manifiesta generalmente por un tumor situado en el repliegue de Douglas. Su sitio habitual hizo que Nélaton le diera el nombre de *hematocele retro-uterino*. Sin embargo, algunas veces se halla situado más ó ménos lateralmente, y áun por delante, entre el útero y la vejiga. Estos últimos casos, de los cuales se han reunido algunas observaciones, se designan con el nombre de *hematocele ante-uterino*. Resultan casi siempre de la formación de adherencias en el fondo de saco posterior.

La presencia de una especie de tabique de la cavidad pelviana es siempre necesaria para la concepción del hematocele intra-peritoneal. En efecto, un derrame de sangre libre en esta cavidad no forma un tumor elástico que empuje el útero hácia adelante, y esto sólo puede suceder despues del enquistamiento del coágulo por las neoformaciones inflamatorias. El tumor se desarrolla siguiendo dos procesos diferentes, que resultan de lo que hemos dicho respecto á la patogenia. Otras veces la hemorragia se verifica en una cavidad ya formada. Las neomembranas constituyen una especie de puente entre la pared posterior del útero y la ante-

lado. (Barnes, *A Clinical Study of retro-uterine tumours*, Saint-Georges, Hosp. Rep., 1877, analizado en el *Jahresbericht*, 1878, t. II, pág. 554.)

rior del recto, y limitan de este modo un espacio en el cual puede formarse una exhalacion sanguínea que dé lugar á la aparicion repentina de un tumor retro-uterino.

En otras circunstancias, el líquido sanguíneo penetra en la pélvis menor, libre de toda adherencia. En tales condiciones, cualquiera que sea el punto de origen de la hemorragia, no hay tumor al principio. Mientras la sangre es flúida, forma una especie de lago, en medio del cual flotan las asas intestinales. Esta masa líquida se mueve segun la posicion de las enfermas, y tambien segun que el recto ó la vejiga estén llenos ó vacíos, descendiendo del fondo de saco cuando estos órganos se hallan en estado de vacuidad y remontándose bajo la influencia de su replecion. Cuando esta disposicion existe, el derrame da al dedo la misma sensacion que el intestino, y sólo despues de haberse coagulado y enquistado presenta los signos de un tumor apreciable por el tacto. Si sobreviene la hemorragia estando vacíos el intestino y la vejiga, el tumor adquirirá dimensiones considerables. Si, por el contrario, aquellos están dilatados, no habrá más que una pequeña cantidad de sangre que penetre en el fondo de saco, y la masa sanguínea estará situada principalmente por encima del útero. En tales casos faltan los caracteres clásicos del hematocele, que comprime el útero de arriba á abajo en vez de empujarle hácia adelante. El tipo más característico se encuentra cuando la sangre procede de un punto situado profundamente, ó si la hemorragia se verifica de una manera lenta y por exudaciones sucesivas.

El volúmen del tumor varía, desde el grosor de un huevo hasta las dimensiones de un útero de término. Está envuelto por falsas membranas, fibrinosas al principio, conjuntivas despues, que la separan de la gran cavidad peritoneal. Contiene sangre, coagulada ó líquida, de color diferente segun la fecha del derrame y las modificaciones químicas que ha sufrido. A la larga, la sangre se reabsorbe, y la bolsa se contrae merced á la organizacion del tejido conjuntivo que la circunscribe. Al mismo tiempo que el derrame sanguíneo, se observan á veces focos inflamatorios ó purulentos, de suerte que el flemon circum-uterino y el hematocele, que tienen tanta analogía bajo el punto de vista de su sitio (aparente), de sus causas y de sus síntomas, pueden coexistir.

Ferber ha llamado la atencion sobre la frecuencia de las manchas oscuras, formadas por pigmento, restos de extravasaciones sanguíneas, que se observan en la serosa de la pélvis menor, sobre todo hácia el fondo de saco posterior. El mismo autor ha encontrado igualmente vellosidades, mamelones de la serosa, llenos de restos pigmentarios (1).

En los casos en que el tumor ha adquirido un grueso volúmen puede

(1) Ferber, citado por Beigel, t. II, pág. 117.

producir, por compresion, lesiones de los órganos inmediatos. Así, en un caso publicado por Dumontpallier, cuyo exámen anatómico tuvimos ocasion de hacer, los uréteres estaban comprimidos y dilatados, los riñones se habían alterado consecutivamente, y la enferma, que había resistido á muchas hemorragias intra-pelvias procedentes de un quiste fetal, murió á consecuencia de accidentes urémicos.

Síntomas.—Pocas veces se desarrolla el hematocele de un modo súbito, sobre todo en las mujeres de buenos antecedentes, observándose de ordinario, despues de haber padecido una peri-metrítis, dolores lumbares ó abdominales, ó trastornos en el recto. En los antecedentes acusan las enfermas trastornos en la menstruacion, metrorragias ó amenorrea, que han persistido durante dos ó tres meses, siendo probable que coincida su existencia con algun caso de hematocele por embarazo extra-uterino.

En la forma aguda se presentan los síntomas repentinamente, exceptuando algunos signos prodrómicos que nada presentan de característico. Si la hemorragia es abundante, experimenta la enferma un violento dolor en la pélvis menor, seguido de lipotimia ó síncope. Tanto la cara como todas las mucosas, presentan un color pálido; desciende la temperatura considerablemente; el pulso es acelerado, pequeño, filiforme, muchas veces difícil de percibir. En estos casos, afortunadamente raros, sobreviene la muerte en corto tiempo, ántes que la sangre enquistada forme un verdadero tumor (1).

Cuando la enferma recobra su conocimiento, acusa un dolor en la region hipogástrica, y presenta escalofrios y vómitos. Se eleva la temperatura (39°); el pulso se acelera (120, 140 pulsaciones por minuto), y se altera la facies, expresando gran sufrimiento. Los dolores se exasperan bajo la influencia del menor movimiento y del más ligero contacto. Estos fenómenos agudos no duran mucho tiempo, pues, progresivamente, van desapareciendo los síntomas, tanto generales como locales. Aunque no existen las reglas, sin embargo, se recrudecen los síntomas en la época que corresponde á su aparicion, y no debe considerarse como curada la enferma, sino cuando pase el período menstrual sin presentarse el menor trastorno.

Los primeros síntomas pueden confundirse con los de una obstruccion intestinal, simulando una estrangulacion interna. Algunas observaciones demuestran que estas manifestaciones mórbidas no siempre son debidas á la compresion, sino que pueden ser consecuencia de una parálisis de la capa muscular intestinal, producida por la rápida invasion de la sangre, ó á una peritonítis subaguda (2).

(1) Esta forma, casi fulminante, se considera más como dependiente de una hemorragia interna que no como casos de verdaderos hematoceles.

(2) Lober, *Bulletin médical du Nord*, 1876.

El derrame sanguíneo puede verificarse rápida ó lentamente, observándose entre ambos extremos multitud de grados intermediarios.

Por medio del tacto vaginal se comprueba la existencia de un tumor situado en la parte posterior del útero, que se hunde hácia arriba y adelante, si bien no es fácil alcanzarle con la extremidad del dedo, pues éste apenas puede tocar el cuello, que se encuentra en relacion con la cara posterior del púbis; dicho tumor, de forma redondeada y globulosa, presenta pequeñas desigualdades; es más sensible al tacto que no por medio de la palpacion. Durante los 8 ó 10 primeros días, su consistencia es elástica y en algunos casos fluctuante: pasadas tres semanas y aún más tiempo, se trasforma en compacto, pastoso y se indura cada vez más á medida que el tiempo transcurre. Puede tambien presentar, en períodos avanzados, una consistencia casi lefiosa (1).

Por la parte anterior de la masa principal y por encima del púbis se suele presentar un pequeño tumor implantado en el tejido uterino.

Ademas de los cambios en la consistencia del hematocele que se producen durante las primeras semanas, presenta una densidad variable segun los puntos: fluctuante en una region, elástica en otros, y en algunos puntos da la sensacion de un cuerpo sólido.

En las primeras semanas el líquido enquistado posee una elasticidad pastosa, comparable á la de un coágulo sanguíneo (2). Suele existir tambien una especie de crepitacion. Cuando el derrame excede de 300 á 400 gramos, cifra que representa la capacidad de la cavidad pelviana, como se deduce de los experimentos de Poncet (3), se eleva la sangre por la fosa ilíaca de ambos lados, tomando, por su disposicion, la forma de un corazon de naipe francés.

Las variaciones en la densidad sólo se perciben por el tacto; pero el aumento de volúmen del abdómen impide que, por la exploracion externa, se pueda apreciar bien la consistencia, comparable á la del útero en un período avanzado del embarazo.

En algunos casos sufre el tumor alternativas de aumento y disminucion en la época de las reglas. Cuando su volúmen es considerable, ocasiona trastornos por compresion en el recto, observándose una constriccion pertinaz, haciéndose la defecacion excesivamente dolorosa. Muchas veces tambien, sea bajo esta influencia ó por inflamacion de los órganos vecinos, se presenta el catarro intestinal. Gravitando el tumor sobre la vejiga, hace que sea muy penosa la miccion, y si se ejerce sobre los uréteres, sobrevienen accidentes graves y con frecuencia mortales, principalmente la uremia. Esta misma causa, obrando sobre los nervios, produce dolores en

(1) Aran, *loc. cit.*, pág. 783.

(2) Olshausen, *Arch. f. Gyn.*, t. I, pág. 29.

(3) *Loc. cit.*, pág. 63.

todo el trayecto que estos recorren, en todos los órganos por donde se distribuyen. Consecutivamente á los trastornos en la circulacion venosa se presenta el edema de los miembros inferiores, y algunas veces en la vulva y la vagina, hasta el punto de formar una especie de rodete saliente entre los grandes labios. Empujado el útero hácia el púbis, es asiento de metrorragias, debidas á la presión que experimenta ó á hiperemias en todos los órganos contenidos en la cavidad pelviana. En los casos excepcionales, donde la masa sanguínea está por delante y encima del útero, fácilmente se comprueban todas las relaciones.

El hematocele es una afeccion que necesita mucho tiempo para curarse. Su duracion, variable segun la edad, el volúmen del derrame y el estado general del organismo, es, por término medio, de tres á cuatro meses. Una vez producido, reviste una marcha lenta. Algunas enfermas presentan durante muchos años, y en la época de las reglas, diversas exacerbaciones; en el intervalo se alivia su estado, hasta el punto de permitirles continuar sus quehaceres habituales (1).

La terminacion puede verificarse por *resolucion* ó por *perforacion y eliminacion*. La primera es la más frecuente. El tumor disminuye y se indura al propio tiempo, tomando el útero su situacion normal. Durante un largo período, los restos de los productos inflamatorios disminuyen los movimientos del útero, conservando una fijeza indefinida. Si la induracion, en vez de acentuarse cada vez más, va disminuyendo y se comprueban nuevamente algunos puntos de reblandecimiento, es indicio de haberse efectuado la evacuacion.

Si sobreviene la perforacion, se reblandecen las paredes del tumor hasta el punto de dar lugar á una solucion de continuidad y hasta puede efectuarse la abertura en el recto, dando lugar entónces á un catarro intestinal, una diarrea abundante, consistente en la expulsion de materias fecales, negruzcas ó granulosas. Por esta expulsion se alivia el estado general, y el tumor disminuye rápidamente de volúmen. Al cabo de más ó ménos tiempo se cierra la abertura del trayecto fistuloso, no quedando más que una pequeña masa indurada, indicio de la afeccion primitiva. En otros casos, la inflamacion y destruccion de sus paredes y la penetracion de materias fecales en la bolsa originan la muerte. La abertura en la vagina se presenta pocas veces; es más frecuente su produccion simultánea en la vagina y el recto. La perforacion de la vejiga es aún ménos comun (2).

Cuando el hematocele se vacia en la cavidad abdominal y la sangre no es reciente, la muerte es casi inevitable. En todas estas circunstancias, no

(1) Caso de Delore (de Lyon), que duró así por espacio de 15 años. Citado por Poncet, *loc. cit.*, pág. 101.

(2) En el caso de Ott (*Gaz. des Hôp.*, 1861, pág. 53) existían dos aberturas, una en la vejiga y otra á través de las paredes abdominales.

solamente resulta el peligro de los accidentes causados por la perforacion, sino que tambien existen miéntras dura la eliminacion de las materias más ó ménos alteradas. Puede haber supuracion de la cavidad quística y descomposicion pútrida de todo su contenido, en cuyo caso la terminacion es fatal, bien por peritonítis, por debilidad general ó por infeccion pútrida ó purulenta. Subsisten algunas veces las bolsas quísticas, en las cuales se acumulan los líquidos por estrecharse las aberturas de los trayectos fistulosos, en cuya circunstancia suele producirse un nuevo derrame de pus por el recto.

Diagnóstico.— El diagnóstico abraza dos puntos esenciales: el primero consiste en comprobar la existencia del hematocele, y el segundo en averiguar, cuando exista, á qué especie corresponde.

Los conmemorativos son siempre necesarios para establecer el diagnóstico, siguiendo en importancia la rapidez en el desarrollo del tumor, su volúmen, consistencia y marcha, y los cambios que ocasione en la situacion de los órganos pelvianos.

Se puede confundir el hematocele con la pelvi-peritonítis. Un dolor súbito, seguido de la aparicion casi inmediata de un tumor en la pélvis menor, sin reaccion febril, caracteriza la primera de las dos afecciones (1). En la pelvi-peritonítis existe la fiebre desde su principio, tardando más tiempo en formarse el tumor, diferenciándose tambien la palidez que presentan las enfermas de la decoloracion de los tejidos que se presentan en el hematocele.

El aumento de volúmen ocasionado por la inflamacion del peritoneo pocas veces llega á las dimensiones que se presentan en la afeccion que nos ocupa.

La puncion, propuesta por algunos autores como medio distintivo, debe desecharse por completo, pues expone á peligros considerables; más aún si se tiene en cuenta que la precision del diagnóstico sólo ofrece un interés secundario, puesto que en ambos casos el tratamiento es casi el mismo y está basado en la expectoracion.

La distincion con el útero desviado en estado de gestacion suele ser muy difícil. Generalmente, en estas condiciones, el tacto vaginal y rectal no suministran datos suficientes, pues puede estar el cuello reblandecido en ambas circunstancias. En la retroflexion el útero no se dirige hácia arriba y adelante, como en el hematocele ordinario. Además, se observa muchas veces en la retroflexion un tumor anterior, formado por la vejiga distendida. La falta de las reglas durante algunos meses es síntoma favorable para presumir la idea de un embarazo. La masa formada por el úte-

(1) Sin embargo, el principio brusco no siempre es un signo de hematocele, sino que puede igualmente presentarse en la pelvi-peritonítis. (Bernutz y Goupil, *loc. cit.*, t. I, pág. 211.)

ro desviado en estado de gestacion es regular y lisa su superficie, sin que presente la menor desigualdad; por último, y este es un síntoma de los más importantes, su consistencia es igual en todos sus puntos (1). Estos caracteres se obtienen combinando el tacto con la palpacion.

La exquisita sensibilidad de la region impide en ocasiones poder efectuar un exploracion suficiente para fijar el diagnóstico; y como en estas circunstancias es éste de importancia suma, porque las indicaciones terapéuticas difieren segun que se trate de una ú otra afeccion, de aquí la necesidad de someter á la enferma á la cloroformizacion para poder completar su exámen.

Los tumores del ovario pueden presentar alguna semejanza con el hematocele, que se distinguirán observando atentamente la marcha de la afeccion, pues difiere en ambos casos. Algunos quistes hidatídicos de la pélvis menor se han confundido tambien con una hemorragia pelviana (2); el error cometido en tales circunstancias es difícil de evitar cuando los primeros dolores coinciden con un período menstrual.

Entre las afecciones confundidas con la que nos ocupa se encuentran tambien los tumores estercoráceos y los cuerpos fibrosos; tiene una marcha lenta, sin que se desarrollen accidentes agudos. Si son consecuencia de una peritonítis parcial, los síntomas son poco intensos y es corta su duracion, presentándose en muchos casos leucorrea y metrorragias. El fibromioma participa de los movimientos comunicados al útero, pues éste no se encuentra inmóvil ni está enclavado como en el hematocele.

El embarazo extra-uterino pocas veces se presenta en el fondo de saco posterior. Sin embargo, el diagnóstico diferencial puede presentar dificultades tanto mayores cuanto que estos dos estados patológicos tienen bastante semejanza. A pesar de esto, en el embarazo extra-uterino el tumor se desarrolla lenta y gradualmente, aumentando siempre el útero de volúmen, lo cual no se observa en el hematocele.

El diagnóstico diferencial entre las diversas especies de hematoceles debe hacerse con gran reserva, pues en muchos casos sólo se funda en simples conjeturas. Las hemorragias muy abundantes suelen ser consecutivas á la rotura de un quiste fetal.

En el embarazo extra-uterino complicado de hematocele se pueden diferenciar ambos tumores (3). Si en una mujer que haya padecido una peri-metrítis se produce súbitamente un derrame en la cavidad pelviana,

(1) La coloracion violácea de los órganos genitales corresponde más bien al embarazo. En el hematocele, las mucosas están pálidas y decoloradas, no siendo la variedad extra-peritoneal, en la cual el cuello y la vagina tienen un color rojo violáceo, signo al cual se le concede gran importancia para distinguir las hemorragias intra ó extra-peritoneales, segun expondrémos en el capítulo siguiente.

(2) Véase Charcot, *Société de Biologie*, 1857, y Poncet, *loc. cit.*, pág. 117.

(3) Schroeder, *loc. cit.*, pág. 445.

se puede suponer que proviene de los vasos de las neo-membranas (paquiritonfítis hemorrágica). Las varices que se presentan en diversas regiones del organismo, miembros inferiores, grandes labios, etc., suelen ser consecutivas á una rotura vascular. En los casos consecutivos á un defecto en la excrecion del flujo ménstruo, datan los accidentes de una época remota, y presentan exacerbaciones en el momento de las reglas. Además, en estas circunstancias, se presenta casi siempre una atresia en un punto cualquiera de los órganos genitales. Las formas metrorrágicas parecen tener una marcha más lenta, más insidiosa y pasan casi desapercibidas en los primeros períodos (1).

Pronóstico.—El hematocele es una afeccion grave, aunque no siempre produce la muerte. Además de la terminacion funesta que puede originar la supuracion ó la putrefaccion de los productos enquistados, deja en su terminacion fatales consecuencias, tales como la esterilidad por las adherencias en el ovario, la obliteracion de las trompas y de las desviaciones uterinas. Expone á las enfermas á la peritonfítis, á la tuberculósís y á la uremia. La hemorragia en sí no presenta el menor peligro sino en casos relativamente excepcionales. Es necesario tener siempre presente, bajo el punto de vista del pronóstico, el estado anterior de la enferma, pues una misma lesion produce resultados muy diversos, segun recaiga en una serosa sana ó alterada (2).

Etiología.— El hematocele es poco frecuente en las mujeres que no han tenido padecimientos anteriores; muchos de ellos se han presentado en un período más ó ménos prolongado de los accidentes puerperales, especialmente de la pelvi-peritonfítis, observándose tambien trastornos menstruales. De ordinario se presentan los primeros síntomas en el período catamenial, á cuya influencia suele añadirse una causa externa, tal como un traumatismo, fatigas exageradas ó excesos en el cóito. Se ha señalado tambien como causa del hematocele la accion del frio.

Estos accidentes se producen durante las fases más activas de la vida sexual en la mujer, de los 20 á los 35 años (3). Los autores no están de acuerdo sobre su grado de frecuencia, y además, la mayor parte de las estadísticas contienen un número de hechos poco considerable para poder deducir sérias conclusiones (4), si bien muchos hematoceles de pequeño volúmen pasan desapercibidos.

(1) Bernutz y Goupil, *loc. cit.*, t. I, pág. 498.

(2) Recordarémos, con este objeto, los experimentos de Tarchanoff sobre el peritoneo de los animales. Un mismo traumatismo no produce el menor efecto en un animal sano, mientras disminuye los movimientos cardiacos cuando tiene la serosa inflamada. (*Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, 1875, pág. 119.)

(3) Su máximun de frecuencia se observa de 25 á 35 años, (Poncet, *loc. cit.*, página 86.)

(4) Beigel (*loc. cit.*, t. II, pág. 136) ha reunido 2.000 casos de afecciones ginecológicas, en los cuales ha encontrado 38 hematoceles. Segun Schröder, la proporción es

Muchas veces se han encontrado en las autopsias restos de hemorragias más ó ménos antiguas en el fondo de saco posterior, sin que se haya manifestado durante la vida el menor síntoma que pudiera haberlas hecho suponer.

En resúmen, á pesar de la divergencia en las opiniones sobre este objeto, no debe considerarse esta enfermedad como poco frecuente. Las mujeres de la clase pobre, por una série de razones fáciles de comprender, están más expuestas.

El hematocele pocas veces recidiva; el Sr. Marotte (1) ha pretendido encontrar una relacion entre las hemorragias pelvianas y la neuralgia lumbo-abdominal; pero, en estas condiciones, las manifestaciones neuralgicas son secundarias y se presentan con los mismos caracteres que para otras afecciones de los órganos genitales.

Tratamiento. — Al principio de los accidentes, se cuidará de colocar á la enferma con la cabeza más baja que el resto del organismo, encarciéndola el reposo más absoluto. Se aplicará el hielo en el abdómen, prescribiendo al propio tiempo el alcohol para uso interno, ó una pocion de Todd. El ópio, bajo sus diversas formas, está perfectamente indicado.

Las sangrías, ventosas y sanguijuelas son de gran utilidad cuando los síntomas de la peritonítis sean muy intensos, empleando despues los resolutivos, vejigatorios volantes y embadurnamientos con la tintura de iodo en las paredes abdominales, lo mismo que en la pelvi-peritonítis.

La intervencion quirúrgica debe reservarse para los casos más excepcionales, pues con sólo el tratamiento médico suelen curarse la mayor parte de las enfermas (2). Sin embargo, como acaso el tumor ocasione sérios peligros por su volúmen, podrá practicarse la puncion por medio de un aparato aspirador, tomando siempre las precauciones necesarias para impedir la entrada del aire y de los gérmenes que pudieran penetrar con el instrumento. Se ha obtenido así, en algunas semanas, la desaparicion de enormes derrames que databan de muchos meses y que contenían hasta 1.000 y 1.200 gramos de sangre (3).

Cuando se manifiesten los síntomas de septicemia, no se debe vacilar en abrir enteramente la bolsa para dar fácil salida á los productos en descomposicion que contiene. Hay que desconfiar de las inyecciones desinfectantes en el foco, pues pudieran producir una peritonítis, siendo la muerte su consecuencia.

El desagüe quirúrgico del fondo de saco, consecutivamente á una

menor: 7 por 1.000 solamente. Por otra parte, Scanzoni dice no haber encontrado, en 20 años de práctica, más que dos casos de hematocele.

(1) Marotte, *Arch. gén. de Médecine*, 1873.

(2) Nonat, en 23 enfermas sometidas al tratamiento médico, sólo perdió una, y aún porque era un caso consecutivo á un embarazo tubario.

(3) Cotelle, tesis de doctorado, París, 1877, pág. 68.

contra-abertura, es un excelente medio, con el que se han obtenido buenos resultados. Aun cuando el tumor se abra espontáneamente en el recto, se empleará el método espectante, á no presentarse accidentes septicémicos.

Los diversos agentes reconstituyentes, sobre todo la quina, son un poderoso auxiliar del tratamiento.

Las enfermas atacadas de hematocele deben ser vigiladas durante mucho tiempo, sin permitir vuelvan á sus habituales ocupaciones sino cuando el tumor haya desaparecido casi por completo.

Es necesario no olvidar los medios profilácticos, pues hemos tenido ocasion de observar en multitud de enfermas algunos trastornos en los órganos genitales originados por el hematocele. Hay que evitar todo lo que pueda producir una congestión en estas regiones, sobre todo en época próxima ó durante el período menstrual.

HEMATOCELE EXTRA-PERITONEAL (PSEUDO-HEMATOCELE DE HUGUIER) (1)

Como ya hemos expuesto, no todos los autores admiten el hematocele extra-peritoneal. Como las observaciones y autopsias han demostrado su existencia, por más que sean en corto número los casos observados, creemos de utilidad incluir esta afección en el plan de este Manual de Ginecología.

Anatomía patológica. — La sangre que origina el hematocele extra-peritoneal se aloja algunas veces entre las dos hojas del ligamento ancho, sin traspasar esta región; en otros casos invade las fosas ilíacas ó se sitúa en un punto próximo al ano, empujando enérgicamente hácia adelante la pared posterior de la vagina. El volúmen del tumor varía desde el de un huevo de gallina hasta el de la cabeza de un adulto. Generalmente no traspasa el estrecho superior.

En algunas autopsias se encontró que la sangre se había filtrado por entre las mallas de los tejidos, sin estar envuelta por ninguna membrana, dando lugar á una especie de quiste (2).

La sangre derramada reviste diversos aspectos: una veces es líquida, otras coagulada, parecida al helado de grosella, y otras se presenta más ó ménos profundamente alterada.

Stintomas y diagnóstico. — Los accidentes originados por el hematocele que nos ocupa tienen un principio ménos brusco que los debidos á la irrupción de la sangre en el peritoneo. Esta diferencia se explica por la in-

(1) Véase Bernutz, *Diction. de Méd. et de Chir. prat.*, t, XXII, pág. 335, y Poncet, *loc. cit.*, pág. 128.

(2) Algunos autores han observado alrededor del callo sanguíneo una película, especie de falsa membrana que simulaba el peritoneo.

tegridad de la serosa. Sin embargo, en algunas observaciones se han presentado fenómenos mórbidos comparables á los de la variedad intra-peritoneal: no se presenta generalmente fiebre. Las enfermas acusan un dolor, las más de las veces intermitente, que simula los del parto y no va acompañado de vómitos ni de meteorismo. Se presenta al mismo tiempo un tumor pastoso y desigual, que raras veces traspasa el estrecho superior (1). Cuando su volúmen aumenta notablemente se modifica su consistencia, pues llega á ser casi fluctuante.

Si se practica el tacto, se detiene el dedo en la proximidad de la vulva por una masa situada más baja que el límite inferior del fondo de saco peritoneal posterior, y parece formar cuerpo con las paredes de la vagina, encontrándose algunas veces esta tumefaccion en las partes laterales. El útero está fijo é inmóvil, como en el hematocele ordinario. La coloracion violácea del fondo de saco vaginal constituye un signo muy importante cuando existe, pues no suele ser constante. La reabsorcion de los productos derramados se efectúa con más lentitud que en las formas simples. La coloracion sanguínea puede igualmente derramarse en la vagina, en el recto ó en la cavidad peritoneal, en cuyo último caso se suceden las dos variedades de hematocele, siendo consecutivas la una á la otra.

Pronóstico. — Los autores que admiten el hematocele extra-peritoneal no están de acuerdo sobre su mayor ó menor gravedad. Miéntras que para unos su pronóstico es ménos favorable que el de la forma ordinaria, para otros, por el contrario, la curacion es lo más comun, estando la mujer en estado de vacuidad, exceptuando, por consiguiente, el embarazo extra-uterino.

Etiología. — Esta forma de hematocele se ha observado pocas veces. Puede producirse bajo la influencia del embarazo intra ó extra-uterino, como tambien en la ausencia de toda gestacion. Parece más bien causado por la rotura de las venas del plexo útero-ovárico ó por la desgarradura de las trompas en los embarazos tubarios. Su máximo de frecuencia se observa entre los 30 y 45 años, mucho despues que la variedad intra-peritoneal, que se presenta de preferencia entre los 25 y 35 años. La menopausia se ha citado tambien como causa de esta afeccion.

Beigel concede al hematocele extra-puterperal mayor importancia de la que se le da en la patogenia de la forma ordinaria (2). Admite en todos los casos profundas modificaciones de los tejidos que constituyen los ligamentos anchos, invadiendo así la sangre la serosa. La estructura de estos ligamentos, y los experimentos practicados con este objeto por el Dr. Tripier, nos demuestran, en efecto, que, en el estado normal, ofrecen una re-

(1) En algunos casos excepcionales se eleva el tumor hasta el ombligo.

(2) *Ueber einem Fall von Hamatokele Ale Vespertilionis sinistra, von Hermann Beigel, in Wien. (Arch. f. Gyn., 1877, t. XI, pág. 380.)*

sistencia considerable y soportan una gran presión antes de romperse (1).

Tratamiento. — En los primeros períodos se procurará combatir la hemorragia, aconsejando á la enferma el reposo absoluto y aplicando fomentos fríos en el abdomen. Después se emplearán los antiflogísticos. Algunos autores han aconsejado la intervención quirúrgica ó practicar una punción. Este medio no puede dar grandes resultados, pues la sangre suele estar desde el principio coagulada en su mayor parte; además se expondría á la paciente á los peligros de la infección pútrida. En aquellos casos en donde existan probabilidades de presentarse espontáneamente accidentes septicémicos, se practicará una ancha abertura, según hemos indicado para la forma intra-peritoneal.

TUMORES DE LOS LIGAMENTOS ANCHOS

QUISTES DE LOS LIGAMENTOS ANCHOS

Anatomía patológica. — Se observan con frecuencia, sobre todo en las niñas, en diversos puntos de los ligamentos anchos pequeños quistes, pediculados ó no, que varían desde el volúmen de un cañamón al de una pequeña nuez.

Estas producciones quísticas, tapizadas generalmente por una capa de epitelio vibrátil, han sido consideradas como un vestigio de los canaliculos de los cuerpos de Wolff, ó como una dependencia del órgano de Rosenmüller. No siempre es admisible este origen, pues, por ejemplo, pueden tener su asiento en una región distante de esos restos de la vida embrionaria (2). Bajo el punto de vista clínico, tienen estos quistes poca importancia; el hecho sólo de su gran frecuencia en la recién nacida y de su rareza en la adulta nos demuestra que, en la mayoría de casos, tienden á desaparecer espontáneamente.

Existen además, en los ligamentos anchos, quistes de mayor volúmen, que llegan á tener las dimensiones de la cabeza de un adulto, y los cuales pueden dar lugar á diversos trastornos; esta variedad ha sido igualmente considerada como desenvuelta á expensas del órgano de Rosenmüller (3). Los tumores quísticos del ligamento ancho están, más frecuentemente que los del ovario, compuestos de una sola cavidad (4). Sin embargo, muchas de estas producciones uniloculares, clínicamente consideradas, es decir, formadas por una gran cavidad principal, presentan, sobre ciertos puntos

(1) Poncet, *loc. cit.*, pág. 132.

(2) Virchow, *Pathologie des tumeurs*, traducción francesa, t. I, pág. 261.

(3) Véase Follin, tesis de París, 1850, y Verneuil, *Recherches sur les kystes de l'organe de Wolff*. (*Mémoire de la Société de Chirurgie*, t. IV, pág. 58.)

(4) Gusserow, *Arch. f. Gyn.*, t. X, pág. 185.

de sus paredes, pequeñas cavidades secundarias. En los casos que hemos tenido ocasion de estudiar no era admisible la hipótesis de la dilatación quística de un tubo epitelial preexistente (1), teniendo gran semejanza este proceso con el que hemos descrito bajo la denominación de epitelomas mucoides del ovario (2). Sin negar la posibilidad de la primera hipótesis, creemos ha sido hecha esta teoría por inducción, como en los quistes ováricos debidos á la dilatación de los foliculos de Graaf (3).

Sea cual fuere su origen, se encuentran en las producciones quísticas del ligamento ancho los mismos elementos que en los del ovario. El epitelio cilíndrico simple ó con pestañas vibrátiles y el calciforme existe en ambas afecciones. No dirémos lo mismo de sus paredes, muchas veces notables por su delgadez y otras bastante gruesas y formadas por tres capas distintas en toda su extensión, la interna y la externa fibrosas, y la média constituida por un tejido laxo, habiendo sido expuesto como un signo diferencial entre las dos. Los haces de fibras musculares lisas, consideradas como características de los quistes del ligamento ancho (4), se encuentran igualmente en los del ovario; éstos suelen ser pediculados, mientras en los primeros falta todo pedículo.

El contenido de las cavidades varía y parece estar en relación con la capa epitelial. Ordinariamente es un líquido claro, trasparente como el agua y de poco peso específico; contiene vestigios de albúmina y una gran cantidad de cloruros. Estos caracteres sólo constituyen signos de probabilidad, pues no suelen ser constantes.

Algunos autores han descrito quistes hidatídicos (5) y dermoideos (6) del ligamento ancho.

Síntomas. — Mientras los quistes de los ligamentos anchos no adquieren gran volumen, no dan lugar al menor síntoma y pasan desapercibidos; áun cuando aumente su volumen, son poco manifiestos los trastornos funcionales, conservándose perfectamente durante mucho tiempo el estado general. Se presentan en algunos casos trastornos en la micción y defeca-

(1) Véase el exámen histológico hecho por Malassez en el caso publicado por Pozzi, *Gas. médicale*, 1870, pág. 164.

(2) Los ovarios supernumerarios, que se observan en la proporción de 4 á 5 casos por 100 autopsias, tienen gran importancia en el desarrollo de ciertos quistes del ligamento ancho.

(3) Gusserow había ya observado que los pequeños quistes del ligamento ancho provienen del órgano de Rosenmüller, como los pequeños quistes ováricos de los foliculos dilatados, mientras que los quistes voluminosos observados por él eran verdaderos quistomas. (Gusserow, *Ueber Cysten der breiten Mutterbandes*, *Arch. f. Gyn.*, 1876, t. IX, pág. 481.)

(4) Spiegelberg, *Arch. f. Gyn.*, 1870, t. I, pág. 485.

(5) Véase Davaine, *Traité des entozoaires*, y Charcot, *Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin*. (*Mém. de la Société de Biologie*, 1852, t. IV, pág. 101, y Schatz, *Arch. f. Gyn.*, 1876, t. IX, pág. 142.)

(6) Véase L. Anger, *Société anatomique*, 1874, y *Progrès médical*, 1874, pág. 281.

cion; la menstruacion se conserva en sus condiciones fisiológicas, pues sólo se altera en casos excepcionales; por medio del tacto combinado con la palpacion se comprueba la existencia de un tumor indolente, redondeado, liso y sin abolladuras; la cavidad quística es accesible por la vagina, en cuyo órgano forma una eminencia bastante pronunciada; la fluctuacion suele ser fácil de percibir. El útero tiene una direccion algo variable, ordinariamente hácia arriba y atrás. El abdómen está aumentado de volúmen, más manifiesto en las regiones laterales y ménos prominente que en los quistes ováricos; en su parte anterior existe una zona fija de matidez que no se desvía bajo la influencia de los diversos cambios de posicion de la enferma; se encuentra la sonoridad hácia arriba y en los lados. Estos tumores suelen tener una marcha lenta; el poco espesor de sus paredes explica la gran frecuencia de las roturas en esta variedad de quistes, que suelen terminar por curacion.

Diagnóstico. — Pudieran confundirse los quistes voluminosos de los ligamentos anchos con una serie de tumores, cuyos caracteres distintivos hemos expuesto al describir los quistes del ovario. Procuraremos, pues, establecer el diagnóstico diferencial con estos últimos.

El estado casi normal, á pesar de la presencia de un tumor voluminoso en la pélvis menor, hará pensar en la existencia de un quiste del ligamento ancho. La forma del abdómen es más regularmente redondeada en los lados y ménos saliente hácia adelante que para las producciones ováricas.

Las relaciones del neoplasma con el diafragma nos permiten no confundir los quistes del ligamento ancho con los desarrollados en el hígado ó bazo; en estos últimos la masa morbosa sigue al diafragma en los dos tiempos de la respiracion, sube y baja con él.

Se ha pretendido encontrar signos suficientes para establecer el diagnóstico, analizando el contenido; así, creen algunos autores que las células con pestañas vibrátiles se encuentran con mayor frecuencia en los quistes del ligamento ancho, y que su presencia en el líquido obtenido por medio de una puncion está en favor de esta hipótesis.

El epitelio con pestañas vibrátiles existe muchas veces en los quistes del ovario. El epitelio calciforme, considerado como un elemento importante de diferenciacion (1), tiene poca significacion, porque se encuentra igualmente en los tumores desarrollados fuera del ovario. Lo propio sucede con los glóbulos blancos y rojos de la sangre, las células grasosas y los cristales de colesterina que se encuentran en ambas afecciones. La existencia de pelos, de materia sebácea ó de porciones de equinococos, indicarán la naturaleza dermoidea ó parasitaria del quiste.

Las propiedades químicas del líquido son tambien signos de gran va-

(1) Duplay, *Progrès médical*, 1879, pág. 58.

lor. Si es trasparente, como el agua de fuente natural, de poca densidad, y contiene poca albúmina y muchos cloruros, se puede suponer la existencia de un tumor del ligamento ancho. La falta de paralbúmina aumenta las probabilidades, pero no constituye un signo patognomónico, como creen muchos autores, aun los más recientes (1), pues esta sustancia se ha encontrado en los tumores que nos ocupan (2).

Como puede observarse por todo lo espuesto, el diagnóstico diferencial entre los quistes del ovario y del ligamento ancho no es tan fácil de establecer como creen algunos ginecólogos. Muchos caracteres de los que hemos enumerado son signos de mayor ó menor probabilidad; pero ninguno de ellos puede considerarse como patognomónico. Creemos, pues, que es imposible establecer un diagnóstico clínico cierto en la actualidad, dado el estado de la ciencia (3).

Pronóstico. — El pronóstico de esta variedad de quistes es mucho más favorable que el de los del ovario. Su marcha lenta y la falta de trastornos generales nos explican esta diferencia. Además, los primeros son más compactos, presentan pocas adherencias, y su contenido es líquido y poco consistente, condiciones todas muy ventajosas. Cuanto más trasparente, más pobre en albúmina y ménos peso específico tenga el líquido, más benigno es el pronóstico y más fácil la curacion por medio de una simple puncion.

Etiología. — El quiste del ligamento ancho se presenta casi siempre, en mujeres jóvenes, en la fase de actividad genital. Son poco frecuentes en épocas avanzadas de la vida. Sólo tenemos noticia de un sólo caso que se presentó en una mujer de 66 años (4). Se presenta más en las mujeres estériles que en las que han tenido hijos; son ménos frecuentes que los quistes del ovario en la proporcion de 4 á 7 por 100 próximamente (5).

Tratamiento. — Estos quistes suelen curarse con sólo una puncion. Se ha propuesto practicarla con un trócar grueso ó con un trócar especial adaptado á un tubo de goma que haga las veces de sifon (Panas). Nosotros preferimos el empleo de un aparato aspirador, teniendo cuidado de hacer penetrar la cánula á alguna profundidad, conforme hemos indicado al hablar del tratamiento de los quistes ováricos.

Si despues de esta primera puncion se reproduce el líquido, se podría

(1) Lesavre, *Contribution à l'étude des kystes para-ovariques*. (Tésis de doctorado. París, 1879, pág. 37.)

(2) Spiegelberg, *loc. cit.*, pág. 483.

(3) El precipitado producido en un líquido albuminoso por el ácido nítrico, aumenta si se añade ácido acético, miéntras que se redisuelve por este mismo ácido cuando el precipitado es debido á la paralbúmina. Hé aquí, pues, el carácter diferencial que distingue á las dos sustancias *albúmina* y *paralbúmina*.

(4) Schaltz, *Sehr grosse Cyste der ligamentum latum*. (*Arch. f. Gyn.*, 1876, t. IX, pág. 142.)

(5) Lesavre, tésis citada, pág. 24.

practicar la segunda; cuando no baste, podrá recurrirse á la ovariotomía.

Esta operacion es, por lo general, ménos grave en los tumores quísticos del ligamento ancho, á causa de la rareza de las adherencias del contenido líquido de la bolsa, en cuyo caso puede presentar algunas indicaciones particulares. En primer lugar, la rotura de las paredes ántes de la evacuacion se verifica con más facilidad. En segundo, la falta de pedículo obliga á introducir algunas ligeras modificaciones en ciertos tiempos del manual operatorio.

La puncion seguida de la inyeccion iodada presenta, en nuestro concepto, tan grandes peligros y ménos probabilidades de curacion radical que la ovariotomía. Así, aconsejamos preferir este último tratamiento en la mayor parte de casos de quistes de dicha region que hayan resistido á la puncion simple.

TUMORES SÓLIDOS DE LOS LIGAMENTOS ANCHOS

Los *tumores fibrosos* observados en el ligamento ancho proceden casi siempre de cuerpos fibrosos desarrollados á expensas del útero, que se han abierto paso entre las dos hojas del peritoneo (1). El pedículo que les unía al órgano uterino puede persistir ó atrofiarse. Virchow admite además la existencia de fibromiomas desarrollados primitivamente en el tejido de los ligamentos (2).

A consecuencia de las inflamaciones, y áun sin causa flegmática, se desarrollan pequeñas excrescencias fibrosas en diversos puntos de los ligamentos anchos. Igualmente se encuentran producciones fibrosas del grosor de un cañamon ó de un guisante, simulando ovarios supernumerarios por la presencia en su estroma de cavidades quísticas tapizadas de epitelio vibrátil (3). Sin el auxilio de microscopio es imposible precisar su naturaleza. Hasta ahora no se ha referido la presencia de estas neoplasias, de pequeñísimo volúmen, á ninguna manifestacion patológica. No ofrecen, pues, más que un interés puramente anatómico.

Los *tumores fibro-císticos* rara vez se encuentran en esta region independientemente de los que proceden de las paredes uterinas (4). El *cáncer* y los *tubérculos* no presentan ninguna particularidad cuando invaden los ligamentos anchos, y no representan más que una localizacion de las respectivas diátesis en un punto de la cavidad peritoneal.

Los *ligamentos redondos* pueden faltar, ora aisladamente, ora — y esto

(1) Klob, *loc. cit.*, pág. 389.

(2) Virchow, *Pathol. des tumeurs*, traduccion francesa, t. III, pág. 412.

(3) *Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie*, 1876, t. XXVIII, pág. 372.

(4) *Beiträge zur Diagnostik der chronischen Unterleibsgeschwülste*, por Schetelig, de Hamburgo. (*Arch. f. Gyn.*, t. I, pág. 425.)

es más común — al mismo tiempo que el útero ó las trompas. Sufren un aumento de volúmen durante la gestacion, y pueden tomar cierta parte en las desviaciones uterinas. Los tumores desarrollados á expensas de los ligamentos redondos, presentan un interés clínico por su semejanza con algunas variedades de hernias. Se hallan formados, en ciertos casos, por una *dilatacion venosa* (1). Otras veces consisten en una acumulacion de serosidad, designada con el nombre de *hidrocele del ligamento redondo*.

El líquido existe, ora por fuera, ora por dentro del divertículo peritoneal, que persiste excepcionalmente en el adulto. El tumor que resulta, trasparente, blando, del volúmen de un huevo, ha sido confundido con una hernia y tratado como tal, con gran detrimento de los enfermos (2). Por lo demas, la hernia del ovario acompaña algunas veces á esta anomalía.

DE LA ESTERILIDAD (3)

La *esterilidad* no constituye una afeccion propiamente dicha. Resulta de una serie de alteraciones, la mayor parte de las cuales han sido expuestas en el presente libro. Hacer la historia, sería emprender de nuevo el estudio de casi toda la patología de los órganos genitales. Consideraremos, pues, este capítulo en conjunto, pasando revista á los diferentes medios para combatir tal anomalía funcional.

La esterilidad, por la importancia que ofrece, no es digna tan sólo de llamar la atencion del fisiólogo y del médico: interesa por igual á los que se ocupan de economía política y de demografía (4).

La inaptitud para reproducir resulta casi siempre de una causa anatómica apreciable, al ménos depues de la muerte, porque las trompas y los ovarios, cuyo papel es tan importante bajo este punto de vista, son las más veces inaccesibles durante la vida. Nuestros conocimientos respecto

(1) Cruveilhier, *Société anatomique*, 1827, t. I, pág. 199, y *Anat. descript.*, t. III, pág. 710.

(2) El ligamento redondo se desarrolla á expensas del ligamento de Hunter (*gubernaculum Hunteri*), que juega un importante papel en el descenso del testículo en el sexo masculino. (Véase, con este objeto, Kölliker, *Entwicklungsgeschichte des Menschen und der höheren Thiere*. Leipzig, 1879, págs. 960 y 995.)

(3) Sin que queramos extendernos en la discusion de las palabras, diremos que no debe confundirse la *impotencia* con la *esterilidad*, pues la primera no es más que una de las numerosas causas de la segunda. Se designan con el nombre de impotencia los desórdenes del acto copulador en el hombre y en la mujer, mientras que se incluyen en la esterilidad todas las condiciones morbosas que en uno ú otro sexo impiden la reproduccion de un nuevo sér. — Roubaud, *Traité de l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme*, tercera edicion, París, 1876, pág. 4.

(4) Véanse, respecto á este asunto, los numerosos trabajos del Dr. Bertillon, y en particular su artículo *Natalité*, en el *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, segunda serie, t. II, pág. 444.

á la infecundidad y su tratamiento, han aumentado á medida que se han estudiado mejor las leyes de la procreacion. Con todo, á pesar de los considerables progresos con que se ha enriquecido esta rama de nuestros estudios, quedan todavía oscuros muchísimos puntos. La resolucion de un problema no nos sirve, en determinadas circunstancias, más que para entrever otros nuevos.

Así, debemos comenzar por exponer el estado de nuestros conocimientos actuales por lo que se refiere á la fecundacion.

Sabemos en el día que este fenómeno resulta de la reunion y de la fusion de dos elementos: el *óvulo* y el *esperma*. Este hecho científico ha tardado mucho en ser demostrado y admitido por todos los fisiólogos, pues las teorías relativas á la reproduccion de los seres han variado en las distintas épocas.

Para Hipócrates (1), los ovarios y su papel en el organismo eran completamente desconocidos, y la reproduccion del sér resultaba de la mezcla de dos fluidos que procedían de todas las partes del cuerpo. La doctrina de Aristóteles (2), obligatoria en la enseñanza hasta hace pocos años, se parecía mucho á la de Hipócrates, aunque su autor la creyó muy diferente. En efecto, ambos admitían la mezcla de dos líquidos, macho y hembra; sin embargo, segun Aristóteles, el líquido femenino se hallaba representado por el producto del flujo menstrual. Galeno (3), habiendo disecado numerosas hembras de animales, comenzó á comprender el papel de los ovarios y creyó que se hallaban encargados de segreggar el líquido hembra, cuya mezcla con el líquido macho debía formar el embrión.

En el siglo XVII, Harvey emitió la idea de que todos los animales procedían de un huevo (4). Sin embargo, Harvey no daba en manera alguna la misma significacion al huevo de los mamíferos que al huevo de las aves. Creía que el licor seminal, exhalado por la matriz ó las trompas uterinas muchos días despues de la concepcion, se convertía despues en lo que se llamaba un huevo.

Hacia 1667, Sténon (5) y Horne (6) emitieron la opinion de que los mamíferos podían muy bien proceder de un huevo comparable al de las aves. Pero R. de Graaf fué el que demostró, por experimentos repetidos, que en cada concepcion se observa en el ovario la rotura de los folículos, á los cuales se ha dado, con gran justicia, el nombre de tan ilustre anató-

(1) Hipócrates, *De la génération*. (Traduccion Littré, t. VII, pág. 741.)

(2) Aristóteles, *De generatione animalium*. (Parisiis, 1524, lib. I, cap. XIX.)

(3) Galeno, *De semine*, lib. II, cap. I.

(4) Harvey, *Exercitationes de generatione animalium*. Amstedolami, 1651, página 757.

(5) Sténon, *Elem. myol. spec.; Hist. dissecti piscis ex canum genere*. Florencia, 1667, pág. 117.

(6) *Prodr. Observ. circa part. genit. in utroque sexu*. Lugduni Batavorum, 1668.

mico. De Graaf cometió al parecer el error de confundir los folículos con el huevo mismo; sin embargo, leyendo atentamente su obra y las figuras que la acompañan, se ve que se hallaba muy cerca de la verdad, y que acaso hubiera completado su descubrimiento si la muerte no le hubiera sorprendido á los 32 años (1), privando á la ciencia de nuevos trabajos.

A pesar del descubrimiento de Graaf y cerca de un siglo despues de este autor, Buffon (2) sostuvo á su vez una teoría de la fecundacion que, bajo una forma al parecer nueva, no era más que la reproduccion de la hipótesis de los dos fluidos de los antiguos. En 1827, demostró Baer (3) la existencia del óvulo en el hombre y en los demas mamíferos. Poco antes, en 1825, Purkinje (4) había descubierto la vesícula germinativa de las aves. Baer consideró el óvulo de los mamíferos como análogo á la vesícula de Purkinje, lo cual era un error. Coste (5) describió en 1834 la vesícula germinativa en el huevo de los mamíferos. Finalmente, en 1835 (6) el descubrimiento de las vesículas germinativas por Wagner terminó, por decirlo así, la historia antigua del ovario, para comenzar la de los resultados obtenidos por los histólogos modernos, y de los cuales ya tiene noticia el lector.

Al mismo tiempo que de Graaf demostraba el verdadero papel de la glándula ovárica en los fenómenos de reproduccion, Ham y Leeuwenhoek (7) comprobaron la existencia de los espermatozoides en el líquido seminal del hombre y de otros muchos animales.

Los trabajos más recientes de los embriólogos demuestran que, al ménos en ciertas especies, los dos elementos blastodérmicos tienen un origen diferente, desarrollándose el óvulo á expensas de las células del endodermo y procediendo el espermatozoide del ectodermo (8). De aquí la definicion dada por E. Beneden: «La fecundacion consiste en la union de una célula endodérmica con los elementos ectodérmicos (9).»

En los animales superiores y en el hombre, los dos factores, emitidos por individuos diferentes, necesitan, despues de la aproximacion sexual,

(1) Regneri de Graaf, *Opera omnia*. Lugd. Batav., 1677, pág. 304 y cuadro XIV.

(2) Buffon, *Hist. nat.* París, 1776, t. IV, pág. 203.

(3) Baer, *Lettre sur la formation de l'œuf*, 1827, traduccion francesa. Paris, 1829.

(4) Purkinje, *Symbolæ ad ovi historiam ante incubationem*. Leipzig, 1825.

(5) Coste, *Recherches sur la génér. des mammifères*. París, 1834.

(6) Wagner, *Einige Bemerkungen und Fragen über Keimbläschen*. (*Müllers Arch. f. Anat. und Physiol.*, 1835, pág. 373.)

(7) Leeuwenhoek, *Observ. de natis e semine genitali animalculis* (*Philosophical Transactions*, 1677, t. XII, pág. 1.040); véase igualmente, para la historia de la cuestion, Milne-Edwards, *Leçons sur la Physiologie et l'Anatomie comparée de l'homme et des animaux*, t. VIII, pág. 339.

(8) E. Van Beneden, *De la distinction originelle du testicule et de l'ovaire*. (*Bulletin de l'Acad. de Belgique*, 1874, y *Journal de Zoologie*, de P. Gervais, t. III, núm. 5.)

(9) *La maturation de l'œuf, la fécondation et les premières phases du développement embryonnaire des mammifères*, por E. Van Beneden. Bruselas, 1875, pág. 3.

encontrarse y hallarse en condiciones favorables para el desarrollo del nuevo sér.

Esto nos conduce á investigar en qué punto se verifica la fecundación (1). Se han emitido diversas opiniones respecto á este particular por todos los fisiólogos. Miétras que, segun unos, dicho punto es el ovario (2) ó la extremidad abdominal de las trompas, otros creen que es el útero (3). Nosotros creemos que esta diversidad depende de que se ha querido generalizar á todas las especies animales los hechos observados en una de ellas. Parece bien demostrado, en efecto, que en el conejo el óvulo se rodea de una capa albuminosa gruesa, que constituye un obstáculo á la penetracion de los espermatozoides más allá de cierto trayecto de la trompa (4). Las mismas condiciones no existen en todos los animales, y no vemos razon para desechar en la mujer la posibilidad de una fecundacion desde el ovario hasta la cavidad del cuerpo del útero. La mayor parte de los autores se hallan, sin embargo, de acuerdo al considerar la parte superior de la trompa como el sitio más frecuente en que se encuentran ambos elementos (5).

El óvulo y los espermatozoides, despues de su emision, caminan uno hácia otro. En primer lugar, el óvulo, expulsado del folículo con las células del disco prolífero que le rodean, se introduce en el pabellon de la trompa. Se ha admitido que bajo la influencia de las fibras musculares lisas que entran en la estructura de los ligamentos, este pabellon va á aplicarse sobre la superficie ovárica, de la cual se halla separada por una distancia algo considerable, para recibir el contenido folicular (6). Nosotros creemos más bien, segun las investigaciones contemporáneas, que la progresion del óvulo se verifica bajo la influencia de las células con pestañas vibrátiles que revisten las inmediaciones de la extremidad tubaria. La continuidad directa de este epitelio con el del ovario, no es necesaria para explicar semejante emigracion. Sabido es que los elementos vibrátiles

(1) Segun Balbiani, existe una especie de fecundacion previa que consiste en una conjuncion del óvulo con las células epiteliales de la pared, y el óvulo llega á ser macho ó hembra, segun que el trabajo fisiológico se verifique principalmente en las células parietales ó alrededor de la célula central. (Balbiani, *Comptes-rendus des séances de l'Académie des Sciences*, 1874, pág. 1.594.)

(2) Pouchet, *Théorie positive de l'ovulation*, pág. 371.

(3) Coste, *Détermination précise du lieu où s'opère la fécondation chez les vertébrés supérieurs* (*Comptes-rendus des séances de l'Académie des Sciences*, 1850, t. XXX, página 691), é *Histoire du développement des corps organisés*, 1859, t. II, pág. 83.

(4) Wharton Jones, *On the first changes in the ova of mammifera in consequence of impregnation*. (*Philos. Trans.*, 1837, pág. 339.

(5) Van Beneden no ha observado nunca en el conejo espermatozoides en un huevo ovárico ó en un folículo. Otros autores los han visto en la cavidad peritoneal, pero no parece probable que un espermatozoide pueda llegar hasta el óvulo á través de las paredes del folículo y ántes de su rotura.

(6) Rouget, *Journal de Physiologie, de Brown Sequard*, 1858, t. I, pág. 745.

determinan á distancia corrientes en los líquidos ambientes (1). Se comprende la importancia de la integridad de esta zona epitelial bajo el punto de vista de la esterilidad. Si las células vibrátiles han desaparecido bajo la influencia de una inflamacion, por ejemplo, el óvulo no puede llegar á la trompa y cae en la cavidad peritoneal, donde se reabsorbe, á ménos que la fecundacion haya tenido lugar en el ovario, en cuyo caso resulta una preñez extra-uterina. Una vez ha entrado en el oviducto, el huevo continúa caminando bajo la misma influencia de las pestañas vibrátiles que tapizan la mucosa. Quizá tambien se acelere su marcha por los movimientos peristálticos de las paredes tubarias, porque se ha observado que cuanto más contráctiles son las trompas más de prisa camina el óvulo. Al llegar á la cavidad uterina, el óvulo fecundado debe encontrarse en las condiciones necesarias á su desarrollo hasta el término de la gestacion.

La penetracion y la progresion de los espermatozoides se verifican principalmente bajo la influencia de sus movimientos propios (2). Tambien se ha dicho que otras condiciones facilitan su acceso á la cavidad uterina. Se ha invocado la disposicion de los repliegues de la mucosa cervical (3). Se ha supuesto igualmente que el moco alcalino del cuello era proyectado fuera de la cavidad cervical, bajo la influencia de una especie de ereccion, y conducido luego por la retraccion de los tejidos, despues de haberse mezclado con los espermatozoides. Un proceso del mismo género es el que ha hecho admitir la aspiracion del líquido fecundante por el hocico de tenca.

Beigel atribuye una gran importancia á la disposicion normal del útero, cuyo labio posterior se apoya en el fondo de saco posterior de la vagina, de modo que aprisiona al esperma y obliga, por decirlo así, á sus elementos á dirigirse hácia el orificio cervical (4). Así se explica la esterilidad consecutiva á la hipertrofia de uno de los labios. Cualquiera que sea el valor de estas condiciones accesorias, no pueden considerarse como necesarias. Así lo prueban los casos de fecundacion, á pesar de la persistencia de un hímen cuya abertura es pequeñísima.

El principal agente de progresion de los elementos espermáticos, reside sin duda en los movimientos propios (5). Algunos autores les han atri-

(1) Véase Becker, *Moleschotts Untersuchungen zur Naturlehre*, t. II, pág. 71.

(2) Los espermatozoides recorren próximamente uno á dos milímetros por minuto. (Véase Balbiani, curso dado en el Colegio de Francia, 1878 (*Revue internationale des Sciences*, pág. 676); pero sus movimientos se hacen lentos por las corrientes debidas á las pestañas vibrátiles, que tienen una direccion inversa. Así, en el útero y las trompas los espermatozoides no recorren más que un centímetro por hora. (Véase Schroeder, *loco citato*, pág. 63.)

(3) Loth, *Zür Anatomie und Physiologie des cervix uteri*. Erlangen, 1872.

(4) Beigel designa este punto con el nombre de *receptaculum seminis*. (*Loc. cit.*, pág. 302.)

(5) Segun Hensen, los espermatozoides penetran en el úvulo del conejo unas 13 ho-

buido una especie de impulsión interior, de voluntad, que las dirige hácia un objeto determinado (1). No basta que se encuentren los dos elementos; se necesita que el espermatozoide penetre á través de la membrana vitelina hasta la superficie del vitelo, y entónces comienzan los fenómenos de funcionamiento. Para explicar esta penetración se ha admitido la existencia de un micrópilo observada en ciertas especies, pero que no existe en los animales superiores. Se ha hecho jugar también un importante papel á las células del disco prolífero que acompañan al óvulo despues de su expulsión del folículo. Estas células oponen algunas veces una barrera á la introducción del espermatozoide, segun se desprende de los experimentos de fecundación artificial, fuera del cuerpo de la madre, emprendidos por Schenk en los mamíferos (2). Durante la vida, la membrana vitelina de los huevos de los mamíferos es blanda, poco resistente, y se comprende que el elemento fecundante puede atravesarlo bajo la sola influencia de su movimiento propio, ó quizá de una fuerza osmótica.

El número de los espermatozoides que penetran en el óvulo, tiene cierta importancia respecto á la evolución definitiva del embrión. Segun resulta de los experimentos de Newport, si este número es insuficiente, el gérmen comienza á desarrollarse pero aborta (3). No necesitamos demostrar la importancia de estos estudios patológicos con relación á todo lo que conviene á la esterilidad.

En la actualidad se ha llegado, conforme hemos dicho anteriormente, á una noción precisa; á saber: que para que haya fecundación (4) se necesita el contacto de los dos elementos: *óvulo* y *espermatozoide*. De aquí se deduce que toda mujer bien reglada que expulse un óvulo cada mes, y todo hombre cuyo líquido fecundante contenga espermatozoides son aptos para la reproducción. Para que esta opinión sea cierta, añadiremos que los dos factores deben hallarse en un *estado normal*, lo cual constituye un punto todavía muy oscuro de la cuestión que nos ocupa.

No conocemos las alteraciones que puede sufrir el óvulo, ora en el ovario, ora durante las primeras fases de su emigración. Tampoco sabemos más por lo que concierne á los espermatozoides. Sin embargo, la acción de diversos agentes sobre estos últimos elementos ha sido estudiada. Sus movimientos no se mantienen más que á cierta temperatura, y cesan cuando ésta es menor de 10° ó mayor de 50° centígrados. Los ácidos, aun

ras despues del cóito. (Hensen, *Beobachtungen über die Befruchtung und Entwicklung der Kaninchens und Menschweinchens*, Centralblatt, 1876, pág. 441.)

(1) Balbiani, *loc. cit.*, pág. 677. Véase también, respecto á esta cuestión, Balbiani *Comptes-rendus des séances de l'Académie des Sciences*, t. LXVIII, 1869.

(2) Schenk, *Mittheil. aus dem embryol. Institut*, en Viena, 2 Heft, 1878; citado por Mayrhofer, *Von der Unfruchtbarkeit der Weiber*. Stuttgart, 1878, pág. 39.

(3) Newport, *Philos. Transact.*, 1850, pág. 210.

(4) Sólo hablamos del hombre y de los animales superiores; no nos ocuparemos por lo tanto, de los casos curiosos de *partenogénesis* observados en ciertas especies.

á dosis muy débiles, matan los espermatozoides, mientras que los medios alcalinos los conservan. El agua pura, y sobre todo el agua destilada, es un veneno violento para los espermatozoides de los animales superiores. Por lo demas, la densidad de la disolucion empleada tiene una gran importancia. Así, una disolucion de glucosa á 15 por 100 es indiferente ó acelera sus movimientos, llega á abolirla á un 30 por 100, y se torna mortal si su densidad no pasa de 1.010 (1).

En nuestro concepto, la explicacion de gran número de hechos de esterilidad relativa debe buscarse en las diferencias fisiológicas que pueden presentar los óvulos ó los espermatozoides de los diferentes sugetos. Nada se opone, en efecto, á admitir que en ciertas mujeres el óvulo ofrece una mayor resistencia, ó que en ciertos hombres la actividad de los espermatozoides es ménos viva que en otros. Hemos observado algunos hechos clínicos que pueden recibir esta interpretacion. Se trataba de hombres infecundos, aunque perfectamente poderosos, en los cuales los elementos espermáticos estaban en gran parte inmóviles, ó perdían sus movimientos muy poco tiempo despues de la emision.

Así, no es raro ver que dos individuos estériles en sus relaciones recíprocas lleguen á ser fecundos, cada uno por su parte, despues de una nueva union. Tambien podemos incluir entre los hechos de esterilidad relativa las curiosas observaciones de infecundidad en mujeres mestizas que sólo tienen la octava parte de sangre negra, mientras que otras mezclas de este género son, por el contrario, muy fértiles (2).

El estudio de estos diversos fenómenos fisiológicos nos conduce á admitir que el acto de la reproduccion exige para poder efectuarse las siguientes condiciones: que el óvulo se desarrolle normalmente y tenga posibilidad de abandonar el ovario, pasar por la trompa y caminar hasta el útero; que los órganos de la mujer permitan el depósito del esperma en la vagina; que ésta sea normal, no alterada por agentes químicos, principalmente por la acidez de las secreciones, y que los espermatozoides estén obligados á dirigirse hácia el cuello; que no haya obstáculo á su penetracion á través de las trompas, y que los dos elementos, macho y hembra, se encuentren en su trayecto, entre el ovario ó el orificio abdominal de las trompas y el istmo del útero. Finalmente, este último órgano debe presentar las condiciones necesarias para el desarrollo del embrión hasta el término del embarazo. Segun que estos diversos procesos sean más ó ménos marcados, la concepcion será difícil ó completamente imposible (3).

(1) Balbiani, *loc. cit.*, pág. 678.

(2) Bischoff, *Centralblatt f. Gyn.*, 1877, pág. 270. (Broca, *Instructions générales pour les recherches anthropologiques*. París, 1879, pág. 209.)

(3) Véase, sobre la fecundacion despues del parto, Meisner, *Arch. f. Gyn.*, t. II, pág. 401.

Veamos ahora cuáles son los obstáculos que se presentan al cumplimiento de estas fases múltiples.

Muy poco sabemos respecto á las alteraciones que puede sufrir el óvulo. En el niño y aún en el adulto, gran número de folículos se atresian y el óvulo desaparece poco á poco sin haber sido expulsado. Ciertas fiebres graves y algunas enfermedades generales, por ejemplo, la tuberculósis, obran al parecer sobre la actividad de este mecanismo regresivo. Cabe suponer que, si pasa de sus límites fisiológicos, este proceso llega á destruir todos los folículos y á causar, por consiguiente, una esterilidad absoluta. Esta es una hipótesis admisible, pero en manera alguna probada.

Los quistes ováricos son también una causa de esterilidad, ó bien porque las dos glándulas han sido destruidas, ó bien porque los folículos restantes quedan en una situación tal que es imposible la progresión del huevo hasta el orificio tubario. La expulsión ovular puede ser difícil ó imposible por el engrosamiento de las paredes del folículo, ó por neomembranas que envuelvan la glándula como una verdadera cáscara fibrosa. Otros obstáculos á la penetración del óvulo proceden de la trompa, ora fija, ora obliterada por adherencias. Estas neoplasias, de origen inflamatorio, no existen á veces más que en algunos puntos y sólo pueden reconocerse en el vivo (1). Otras veces el obstáculo resulta de relaciones anormales entre los dos órganos, ó de uno de los numerosos vicios de conformación que hemos descrito en el presente libro.

Cuanto más grueso es el ovario, más probable es que el óvulo no llegue hasta el oviducto.

Los pequeños quistes desarrollados entre el ovario y la trompa, pueden también impedir la emigración del huevo. Lo propio diremos de la desaparición del epitelio vibrátil en esta misma región.

La salpingítis, trasformando la estructura de la mucosa y haciendo desaparecer los numerosos repliegues que ésta presenta normalmente, es una causa bastante común de esterilidad. Además, el óvulo que se encuentre en medio de los detritus formados por elementos degenerados y mezclados con productos purulentos, se hallará en condiciones ménos favorables para la fecundación. La tumefacción catarral de la mucosa basta algunas veces para obliterar el orificio tubo-uterino.

La metritis produce generalmente esta estrechez, y á menudo la concepción sucede á la curación de estas lesiones inflamatorias.

En las prostitutas rara vez está sano el útero, y por eso se ha considerado, con razón, la metritis y la peri-metritis como una de las numerosas causas de su infecundidad. Cuando algunas mujeres de esta clase cesan en su tráfico y se casan, quedan muchas veces embarazadas bajo la in-

(1) Véase Davaine, *Bulletins de la Société de Biologie*, 1877, pág. 15. — Observación recogida en la clínica del Dr. Laboulbène.

fluencia del reposo relativo de los órganos genitales. En efecto, la impregnación había faltado hasta entónces, á pesar de las numerosas relaciones sexuales, continuadas quizá durante algunos años (1).

La atresia vulvar y la rigidez del hímen pasan muchas veces desapercibidas para el marido, que concluye por deprimir los tejidos y formar de este modo una especie de conducto suficiente para practicar el cóito.

La vulvítis, la inflamacion del hímen ó de las carúnculas, la hiperestesia vulvar, el vaginismo, los vicios de conformacion ó los neoplasmas de la vagina, obran casi del mismo modo para impedir la fecundacion.

Va hemos dicho que los espermatozoides pueden sufrir la influencia de una multitud de agentes. La orina, si no está muy alterada, si no es muy ácida, no tiene ninguna accion sobre su viabilidad, lo cual explica ciertos casos de embarazo con fístulas vésico-vaginales y obliteracion de la vagina. El líquido de las vesículas seminales, la linfa, el humor acuoso, conservan sus movimientos; los líquidos ácidos de la vagina los destruyen (2).

La influencia de las disoluciones concentradas sobre los elementos fecundantes, nos hace comprender de qué modo una abundante secrecion del útero ó de la vagina impide la impregnacion. La accion de la temperatura sobre su actividad, explica asimismo el inconveniente de las inyecciones frias despues del cóito.

Todo lo que dificulta las relaciones del orificio externo con el fondo de saco posterior de la vagina (*receptaculum seminis*) disminuye las probabilidades de concepcion, sin que por eso llegue á hacerla imposible.

En estas categorías entran : la profundidad exagerada del fondo de saco vaginal (falsa vía vaginal de Pajot), los alargamientos, las hipertrofías parciales ó totales y las faltas de segmento cervical. La estenosis sólo produce la esterilidad cuando es muy marcada, y eso por un proceso difícil de comprender, porque no cabe duda de que por donde pasa un glóbulo sanguíneo puede caber perfectamente un espermatozoide. Las versiones y las flexiones no determinan generalmente la infecundidad sino cuando están complicadas con lesiones inflamatorias ó son bastante completas para hacer impermeable el cuello. Las desviaciones hácia atrás son las que obran en este sentido, alejando el orificio externo del *receptaculum seminis* (Beigel.)

La mayor parte de los obstáculos ya mencionados para la penetracion del óvulo, se oponen igualmente á la progresion del esperma. Sin embargo, algunos presentan condiciones especiales de esta última causa de es-

(1) La frecuencia de los abortos en los primeros meses del embarazo, observada en varias ocasiones por Parent du Châtelet, es igualmente una causa de esterilidad en las mujeres públicas.

(2) Bajo la influencia de las relaciones sexuales, disminuye ó desaparece la acidez de la secrecion vaginal.

terilidad. Tales son las aglomeraciones de huevos de Naboth, la metritis del cuello y los pólipos.

Por último, réstanos considerar los casos en que, habiendo tenido lugar la impregnacion, el útero no se halla en condiciones favorables para el desarrollo completo del embrión. Sin que podamos extendernos acerca de esta cuestion, más bien del dominio de los tratados de Obstetricia, debemos mencionar como causas frecuentes de esta variedad de obstáculo á la reproduccion la sífilis y la anemia (1). Algunas mujeres abortan gran número de veces sin que ningun embarazo pueda llegar á su término, y no es porque un aborto predispone á otro, sino porque subsiste la causa del primero.

En distintas épocas se ha querido averiguar cuáles podían ser las condiciones que determinaban el *sexo* del *embrión*. Los antiguos creían que el ovario derecho producía los varones y el izquierdo las hembras. Otro tanto se ha dicho de los testículos derecho é izquierdo, y á fines del siglo último Henke sostenía aún la opinion de que la mujer podía elegir á voluntad la sexualidad de su vástago, segun el lado en que se acostaba. Las observaciones y experimentos modernos han reducido á la nada todas estas opiniones, demostrando que las mujeres que sólo tenían un ovario procreaban niños y niñas, y que del mismo modo los animales privados de uno de los ovarios daban igualmente productos masculinos y femeninos. La influencia de la edad, el mayor ó menor vigor de los procreadores, no puede fundarse tampoco en ninguna prueba decisiva (2). Thury pretendió que la fecundacion que se verifica al principio de la época del celo producía hembras y al final muchos (3). Tales hipótesis no han sido confirmadas por los trabajos de Coste acerca de este particular (4). Así, podemos decir que en la actualidad no se sabe nada de cierto acerca de las causas de la sexualidad.

Despues de haber estudiado las principales condiciones anatómicas y fisiológicas de la sexualidad, réstanos resumir, bajo el punto de vista prác-

(1) Nosotros hemos tenido ocasion de asistir á una mujer de 20 años, fuerte y bien constituida, que no presentaba (lo mismo que su marido) ningun antecedente sifilítico, y que había tenido tres abortos sucesivos. Era imposible apreciar en ella más estado morboso que una anemia muy marcada. No contamos los glóbulos, pero un exámen histológico superficial bastó para comprobar su disminucion. Por lo demas, palidez de la piel, soplos vasculares, desórdenes respiratorios, todo era muy marcado. Bajo la influencia del hierro y de la quina, asociados á la hidroterapia, desaparecieron todas estas manifestaciones patológicas, y con ellas la disposicion al aborto, porque dicha señora parió luego dos hermosos niños de término, y que aún viven.

(2) Los hechos observados en las plantas de que el calor, la luz, la sequedad desarrollan principalmente flores machos, mientras que la oscuridad, la humedad y el agua desarrollan flores hembras, no pueden apénas aplicarse al hombre. Véase, con este objeto, Schroeder, *Traité d'accouchements*, traduccion francesa, pág. 27.

(3) *Zeitsch. f. W. Zoologie*, 1863, t. XIII, pág. 541.

(4) *Comptes-rendus des séances de l'Académie des Sciences*, 1863, t. LX, pág. 941.

tico, la conducta que debe seguir el médico cuando se le consulte en casos de este género.

Ante todo, debe buscarse en el aspecto exterior y en el interrogatorio de las enfermas la explicación de esta inaptitud para la fecundación. Así, un estado de obesidad muy marcada puede bastar para ilustrarnos.

Se examinarán con cuidado la duración, la abundancia y la facilidad de las reglas. Los antecedentes, y sobre todo los abortos que han pasado desapercibidos en los primeros períodos del matrimonio, son, como ya hemos dicho, un punto de partida muy frecuente de la esterilidad. Muchas mujeres no habían padecido lo más mínimo en las épocas menstruales antes de las primeras relaciones, mientras que después acusan, por el contrario, violentos dolores en los períodos catameniales. La determinación histológica de los productos membranosos expulsados del útero en tales condiciones, no deberá olvidarse jamás. Finalmente, el examen de los órganos genitales nos proporcionará los datos necesarios acerca de las numerosas causas anatómicas antes mencionadas.

Según muchos ginecólogos, la infecundidad de un matrimonio es imputable, el 90 por 100 de las veces, á la mujer (1). Nosotros creemos que puede decirse con más propiedad que *más de la cuarta parte de las esterilidades matrimoniales procede del marido.*

Por eso, antes de plantear un tratamiento destinado á la mujer, aconsejamos siempre interrogar al marido separadamente. Algunos hombres que poseen, al parecer, la integridad de sus funciones genitales, pueden muy bien tener un esperma infecundo. Estas condiciones se desarrollan bajo la influencia de numerosas causas, entre las cuales juega el papel más importante la epididimitis blenorragica. El examen histológico de una gota de esperma llevada al campo microscópico, nos permitirá resolver la cuestión, al menos en gran parte. Generalmente se cree que la presencia de los espermatozoides en el líquido basta para demostrar sus propiedades fecundantes. Nosotros no admitimos esta opinión, y nos ha parecido evidente en algunos casos que los espermatozoides existían, pero que no poseían su agilidad y su apariencia normal (2).

A menudo son más pequeños, menos vivos y menos resistentes, en términos que, en vez de conservar sus movimientos durante 50 ó 60 horas, como en el hombre sano, la mayor parte de ellos la han perdido al cabo de algunos minutos, á pesar de las favorables condiciones de temperatura y de medio. Nosotros hemos observado casos de este género en sujetos cuya salud general se hallaba alterada. Se ha demostrado que,

(1) Courty, *loc. cit.*, pág. 1.147.

(2) La longitud total de los espermatozoides del hombre suele ser de 50 μ ; la cabeza sola tiene 5 μ de longitud por 4 μ de ancho y 1 á 2 μ de grosor. (Pouchet y Tourneux, *loc. cit.*, pág. 727.)

después de ciertas enfermedades, el esperma sufre modificaciones que disminuyen su vitalidad (1). A pesar de todas estas investigaciones existen casos en los cuales pasa desapercibida la infecundidad, por más que dichos casos sean cada vez menos numerosos, á medida que se extienden nuestros conocimientos.

Tratamiento. — Lo que hemos dicho acerca del tratamiento de los diversos estados patológicos de los cuales depende la esterilidad, nos permitirá exponer muy á la ligera lo que conviene á la terapéutica. Muchas veces la curacion de la enfermedad general ó local va seguida en breve plazo de una concepcion. Ya hemos discutido los diferentes modos de intervencion destinados á combatir las estrecheces del cuello y los alargamientos hipertróficos.

La dilatacion lenta por medio de sondas flexibles cada vez más gruesas, es un procedimiento que nosotros empleamos con frecuencia. El resultado, indudable en ciertos casos, de este género de tratamiento, ha sido interpretado de diversos modos. Algunos autores creen que la introduccion de cuerpos extraños en la cavidad uterina obra más bien excitando el sistema genital que dilatando los orificios (2). Se ha ensayado igualmente luchar contra la contractura del cuello, sobre todo contra la contractura espasmódica, dejando colocado en la cavidad cervical, durante el acto genésico, un pequeño tallo perforado (3).

Las inyecciones vaginales con disoluciones alcalinas tibias hechas por la noche al acostarse, y conservadas durante algunos instantes, pueden ser una útil ayuda (4).

En otras circunstancias la situacion del útero podrá suministrar indicaciones para aconsejar el cóito en tal ó cuál posicion, ó para hacer que la mujer lleve un pesario de anillo.

Finalmente, cuando han fracasado todos los medios y el líquido espermático del marido presenta al parecer todas las condiciones normales, el ginecólogo está en el caso de practicar la fecundacion artificial, que da buenos resultados en gran número de casos. Con todo, existen circunstancias en las cuales un médico escrupuloso no puede intentar semejante operacion: esto constituye un capítulo de ontología médica que sólo indicamos, dejando que el lector forme su juicio correspondiente.

Sin que podamos detenernos en describir los diversos procedimien-

(1) Balbiani, *loc. cit.*, pág. 675.

(2) Stefeld, *Bemärkninger on sterilitet. Ugeskrift f. Læger*. R. 3, t. XIII, página 353, analizado en el *Jahresbericht*, 1872, t. II, pág. 660.

(3) Ausländer, *Wiener Medicin. Wöchenschr.*, 1871, analizado en el *Jahresbericht*, 1871, pág. 660.

(4) Nosotros aconsejamos ordinariamente para este uso el agua de Vichy, ó una disolucion con 15 por 100 de azúcar y 1 á 2 por 1.000 de potasa cáustica. Este líquido conserva durante algun tiempo los movimientos de los espermatozoides, y hasta se los devuelve cuando se han perdido poco tiempo ántes.

tos empleados hasta hoy, expondremos brevemente el que nosotros usamos (1). Es preciso ante todo asegurar el estado de movilidad del útero y la integridad de los fondos de saco. Después se explorará la sensibilidad del órgano por algunos cateterismos, practicados principalmente con una sonda flexible. No falta más que obtener el líquido fecundante del marido, ora haya sido emitido fuera de la vulva, ora en el conducto vaginal, y aspirar algunas gotas con una jeringa de cristal para inyecciones uterinas. A la jeringa adaptamos una cánula de goma que se introduce con unas pinzas de curar hasta el fondo del útero, para tener la seguridad de que pasa un poco del orificio interno. Se inyectan entonces dos ó tres gotas de líquido sacando ligeramente el instrumento, que se deja colocado todavía durante cinco ó seis minutos. (La enferma debe estar colocada á orillas de la cama, con el cuello puesto al descubierto por medio de un espéculo de Cusco, que es el más fácil de mantener). En ciertos sujetos, en el momento en que se saca la cánula, el esperma es expulsado bruscamente por las contracciones del útero. Nosotros nos contentamos entonces con sacar la jeringa; la cánula se deja colocada todavía durante dos ó tres horas, y su orificio libre se tapa con un trocito de madera rodeado de algodón en rama. La mujer debe estar en reposo y guardar cama todo el día.

Ordinariamente las enfermas no experimentan ningún sufrimiento, ni durante ni después de la inyección. En ocasiones acusan ligeros cólicos. En otras hemos observado dolores abdominales bastante violentos, que desaparecieron al cabo de poco tiempo. En estos últimos casos la cantidad de líquido inyectado había sido algo más considerable.

¿Cuál es el momento más favorable para practicar la fecundación artificial? Es imposible responder de una manera precisa y científica á esta cuestión. Sabemos, en efecto, que un óvulo no es expulsado necesariamente en cada época menstrual, y que la impregnación puede tener lugar en mujeres que nunca habían menstruado, ó que no habían tenido las reglas desde mucho tiempo ántes. Por otra parte, ignoramos el tiempo que tarda el óvulo para franquear la trompa (2), y el período durante el cual se halla en aptitud de ser fecundada (3). Tampoco sabemos cuánto dura la propiedad reproductiva de los espermatozoides.

(1) Este experimento se ha llevado á cabo en un mamífero (en una perra) por Rossi, en 1872. (Véase Spallanzani, *Expériences pour servir à l'histoire de la génération des animaux et des plantes*. Génova, 1785, pág. 311.)

(2) Esta época varía según las especies: es de unos 3 días en el conejo, de 4 á 5 en los rumiantes, de 8 á 10 en el perro, y de aquí, por analogía, dedujo Bischoff 8 á 12 días para la mujer.

(3) Según Loewenhardt no es fecundado el óvulo de la última menstruación, sino el de una ovulación siguiente no acompañada de flujo sanguíneo. (*Arch. f. Gyn.*, t. III, págr 457.)

En tales condiciones, estamos obligados á proceder casi á ciegas. Sin embargo, como es más probable que un fólculo de Graaf se rompa bajo la influencia de la congestión catamenial, el período que sigue á las reglas es el que principalmente se debe elegir para operar. Si esta tentativa no da resultado, se puede renovar variando las fechas; es decir, por ejemplo, cuatro ó cinco días ántes del principio del flujo sanguíneo, ó en el intervalo de ambas épocas. Los resultados obtenidos despues de ocho ó diez tentativas infructuosas deben estimular á repetir cierto número de veces esta maniobra, muy inofensiva por lo demas cuando se practica con las precauciones necesarias. Por lo demas, las mujeres que han sufrido la primera operacion se prestan fácilmente á las sucesivas, una vez convencidas de su inocuidad (1).

La excision de una parte del cuello, practicada tantas veces por los cirujanos americanos, ha dado ciertamente buenos resultados (2); pero expone á algunos peligros y se la ha visto producir flegmasías purulentas que duran meses y áun años, y pueden llegar á producir la muerte. Así, vacilamos por lo general en aconsejarla en los casos en que no se halla comprometida la salud ni la vida de la enferma, y con el solo objeto, por consiguiente, de hacer cesar la inaptitud para concebir.

El uso de las aguas minerales presta diariamente grandes servicios en el tratamiento de la esterilidad. No es raro ver mujeres infecundas durante muchos años, que quedan embarazadas al volver de un establecimiento balneario. Las indicaciones de tal ó cuál agua mineral deberán variar necesariamente segun los casos. Con todo, no se comprende por qué muchos establecimientos extranjeros pretenden poseer propiedades que pueden encontrarse perfectamente en muchas aguas nacionales.

(1) La Sociedad Ginecológica Española discutió en el último curso (1881-82) el tema siguiente: *De la esterilidad producida por las desviaciones uterinas, y medios de remediarla*. El joven y ya distinguido ginecólogo Sr. Gutierrez (D. Eugenio), autor del tema, habló, entre otros medios, de la fecundación artificial, suscitándose con este motivo animado debate, uno de los más brillantes que ha sostenido la Sociedad Ginecológica. Los Sres. Gutierrez, Calderin, Pulido, Sancho, Ustáriz, Fernandez de Velasco y algunos otros defendieron dicha operacion, presentando el Sr. Sancho un aparatito para practicarla. La combatieron los Sres. Horno Barraquero y Urrecha, colocándose otros señores — lo mismo que el digno presidente Sr. Alonso y Rubio, al hacer el resumen — en una actitud que pudiéramos llamar *espectante*.

Los periódicos profesionales *El Siglo Médico*, *Diario Médico* y *Anales de Obstetricia* — que podrá consultar el lector — siguieron con interés tan reñida discusión. — (*N. de los T.*)

(2) Sims, *loc. cit.*, pág. 179.

DE LOS EMBARAZOS EXTRA-UTERINOS (1)

Anatomía patológica. — Se designa con el nombre de *embarazo extra-uterino* (fig. 29) todos los casos en que el óvulo fecundado se desarrolla fuera de la cavidad del útero. La posibilidad para los espermatozoides de recorrer un largo trayecto, se halla demostrada por los casos de concepción, á pesar de la obliteración de la vagina, cuando existen fistulas vesicales ó rectales, y la fecundación se ha verificado por una de estas vías. Se ha observado la presencia de elementos espermáticos hasta en la cavidad peritoneal y en el ovario.

Es, pues, desde luego fácil comprender todas las variedades anatómicas de preñez extra-uterina, que se ha dividido en *ovárica*, *abdominal* y *tubaria*.

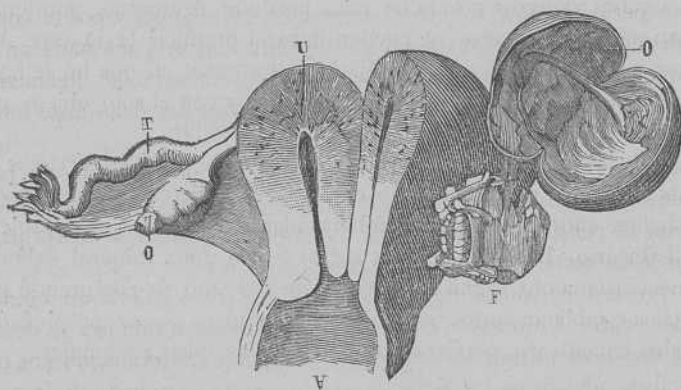


Fig. 29. — Preñez extra-uterina (variedad ovárica) (según Cruveilhier).

U. Útero dividido verticalmente. — OO. Ovarios. El derecho, del volúmen de un huevo de gallina, fué abierto, y representaba una especie de bolsa llena por la masa placentaria. — F. Feto adherido al ovario por una delgada trama. — T. Trompa izquierda. — V. Vagina.

Cuando, después de la rotura del folículo, el óvulo no es expulsado, sino que sufre la fecundación en aquel punto, se trata de la primera forma. Si ha abandonado la cavidad folicular, pero no puede penetrar en la trompa, da lugar á la variedad abdominal. Este obstáculo á la emigración ovular puede depender de muchas causas. Unas veces las corrientes debidas á las pestañas vibrátiles no existen por la desaparición de estos elementos, y quizá también por la suspensión momentánea de sus movi-

(1) Véase, con este objeto, las numerosas observaciones publicadas en los *Bulletins de la Société anatomique*.

mientos. Otras, el orificio tubario se halla obliterado, ó fijo, léjos de su situacion normal por antiguas adherencias. Finalmente, cuando el óvulo fecundado que ha penetrado en el oviducto se detiene en un punto cualquiera de su camino ántes de haber llegado al útero, hay embarazo tubario.

La variedad ovárica, negada por algunos autores, es muy rara. La mayor parte de los casos designados con este nombre eran quistes dermoideos (1) ó embarazos hácia la extremidad libre de la trompa (ovario-tubáricos), ó embarazos abdominales en los cuales la placenta habfa ido á implantarse en la superficie del ovario.

Sin embargo, la existencia de esta forma parece demostrada por los trabajos más recientes acerca del particular (2). Los signos anatómicos de los embarazos ováricos se hallan caracterizados por la falta del ovario correspondiente, por la union del quiste febril al útero, por medio de un ligamento perfectamente dibujado (ligamento del ovario), y por la completa independencia de la trompa, que no debe entrar para nada en la formacion de la bolsa embrionaria. Además, la presencia del ligamento ovárico, que participa de la constitucion de las paredes del quiste fetal, confirma el diagnóstico anatómico (3).

El desarrollo del óvulo puede verificarse en el fondo del folículo rasgado, que sigue siendo permeable. Otras veces, despues de la fecundacion se cicatriza la pérdida de sustancias, y el folículo mismo se dilata para constituir la cubierta externa del huevo.

Este proceso ha sido comparado al que se creyó existía en ciertos quistes del ovario. Nosotros sabemos en el dia que estos tumores se desarrollan de una manera muy distinta. Así, este modo de formacion nos parece difícil de admitir en la preñez ovárica cuando el producto de la concepcion adquiere notables dimensiones.

En la variedad abdominal, el óvulo fecundado se fija en los puntos más diversos. Algunas veces se halla libre en la cavidad serosa ó acompañado de escasas adherencias. Las más veces está inmovilizado y rodeado por todas partes por neo-membranas fibrosas más ó ménos resistentes. Puede tambien ir á alojarse en un saco herniario. En tales condiciones se hallaba, no sólo fuera del útero, sino tambien fuera de la pélvis (4). En gran número de casos de este género la penetracion del feto en la cavidad peritoneal es secundaria y consecutiva á la rotura de la trompa, del

(1) Spiegelberg vió un embárazo ovárico coexistiendo con un quiste dermoideo del mismo ovario. (Spiegelberg, *Zur casuistik der ovarialschwangerschaft*, *Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, pág. 78.)

(2) Puech, *De la grossesse de l'ovaire*. (*Ann. de Gyn.*, 1878, t. X, pág. 1.)

(3) Véase *Beitrag zur Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutterhöhle*, por el Dr. Cohnstein. (*Arch. f. Gyn.*, 1877, t. XII, pág. 355.)

(4) Schröder, *loc. cit.*, traduccion francesa, pág. 371.

útero ó del ovario. La existencia del embarazo abdominal primitivo ha sido tambien puesta en duda recientemente (1).

La variedad tubaria es con mucho la más frecuente de las diversas formas de preñez extra-uterina. Segun el punto en que se detiene el óvulo se han admitido sus divisiones en embarazos *tubo-abdominal*, *tubo-uterino* ó *intersticial*, y *tubario propiamente dicho*. Por nuestra parte, no comprendemos la utilidad de estas diversas categorías, que reuniremos con el nombre de *embarazo tubario*. El obstáculo á la emigracion normal á través del oviducto, depende de causas diversas. Unas veces se trata de una alteracion cualquiera de la mucosa, que ha perdido su vitalidad y cuyo espesor ha aumentado; otras existe un obstáculo todavía más mecánico, como una brida (2) ó un póliplo.

Cualquiera que sea esta causa, bajo la influencia de la irritacion debida á la presencia del embrion la mucosa de la trompa se hipertrofia, y hasta se ha admitido la existencia de una verdadera caduca tubaria. Esta no presenta la misma estructura que la caduca uterina (3), y consiste, principalmente, en un engrosamiento de la mucosa y un aumento de volumen de sus elementos, que revisten los caracteres de los que se observan en el útero bajo la influencia de la gestacion (4). Las diferencias observadas en estas condiciones entre las mucosas uterinas y tubarias, se hallan en relacion con la distancia que presentan igualmente en estado de vacuidad. La delgadez de las paredes del saco, debida al menor grosor de la capa de las células gruesas y del tejido fibro-muscular, permite á las vellosidades placentarias hundirse profundamente hasta el peritoneo (5).

A medida que el óvulo engruesa, la trompa se dilata, sus haces se separan unos de otros y dejan espacios á través de los cuales va á salir el saco fetal. La rotura del quiste se verifica, las más veces, hácia el tercer mes, ora en el sitio de la insercion placentaria, ora en un punto opuesto. Las hemorragias pueden igualmente proceder de los vasos del ligamento ancho. Las múltiples adherencias que se encuentran al hacer la autopsia, suelen hacer difícil de probar la causa anatómica de la emigracion anormal del óvulo.

El útero presenta asimismo algunas modificaciones. Su volumen aumenta más en los embarazos tubarios que en las formas abdominales (6). La

(1) Mayrhofer, *Von der Unfruchtbarkeit des Weibes*. Stuttgart, 1878, pág. 20.

(2) Ya hemos visto que rara vez se establecen adherencias en la superficie interna de la trompa.

(3) Leopold ha publicado el exámen histológico de algunos casos de este género. *Tuben-Schwangerschaft mit äusserer Ueberwanderung des Eies und consecutiver Hamatocele retrouterina*, por Gerhardt Leopold. (*Arch. f. Gyn.*, 1876, t. X, pág. 248.)

(4) Véase *Sur la cavité utérine après la parturition*. (*Arch. de Physiologie*, 1876, pág. 342.)

(5) Leopold, *loc. cit.*, pág. 262.

(6) Depaul, *Grossesses extra-utérines péritonéales*. (*Arch. de Tocologie*, 1874, t. I, pág. 262.)

mucosa se engruesa á su vez y forma una caduca, cuya expulsion ha podido observarse con frecuencia. Esta expulsion se verifica, ora en parte y por pequeños colgajos, ora en totalidad, y su conjunto presenta entónces la forma completa de la cavidad uterina (1). Tales modificaciones de la mucosa siguen, al parecer, la misma marcha que la hipertrofia general del útero, y se desarrollan más lentamente en el embarazo abdominal que en la preñez tubárica (2). El ovario situado en el mismo lado que el embrión contiene generalmente un cuerpo amarillo, en relacion con la duracion del embarazo. En ciertos casos, se observa el folículo desgarrado en la glándula del lado opuesto.

Parece probable que en tales condiciones el óvulo ha sido arrastrado por las corrientes peritoneales, ó que los espermatozoides que han caminado por una trompa han caminado hasta la superficie del otro ovario, en el cual se encontraba una vesícula de Graaf próxima á romperse. Algunos ginecólogos han querido fundarse en hechos de este género para sostener que la ovulacion continúa durante la preñez, y que el cuerpo amarillo encontrado en tales circunstancias no resultaba del folículo que dió el óvulo fecundado, sino de una rotura folicular ocurrida á pesar del embarazo (3). Por nuestra parte, ya hemos dicho algo acerca de este particular; sólo añadiremos que los exámenes que hemos tenido ocasion de practicar no nos han permitido confirmar semejante hipótesis. Sin que neguemos la posibilidad de la emision de un óvulo en el curso de la gestacion, diremos que ningun hecho observado viene en favor de tal suposicion.

Cuando la mujer vence los peligros á que la expone su preñez anormal, el feto se trasforma de diferentes modos. Puede conservarse mucho tiempo sin alteracion muy marcada de sus tejidos (4). Otras veces, estos sufren, en totalidad ó parcialmente, diversas metamorfosis, degeneracion grasa (5), calcificacion (6) (litopedion).

Un embarazo normal acompaña algunas veces al embarazo extra-ute-

(1) Duguet, *Contribution à l'étude des grossesses extra-utérines, et en particulier de la grossesse tubaire.* (Ann. de Gyn., 1874, t. I, pág. 269.)

(2) Véase *Examen histologique des organes génitaux dans un cas de grossesse extra-utérine* (Mémoires de la Société de Biologie, 1877, pág. 45, y Gaz. médicale, 1877, página 280), y Ercolani, *Della struttura anatomica della caduca uterina nei casi di gravidanza extra uterina nella donna.* Bolonia, 1874, pág. 407.

(3) Véase Scanzoni, *Précis historique et pratique de l'art des accouchements*, traduccion francesa, 1859, pág. 129, y Mayrhofer, *Ueber den gelben Körper und Ueberwanderung des Eies.* Viena, 1876.

(4) Virchow hizo en 1849 la autopsia de una mujer embarazada desde 1826; es decir, hacia 23 años, y cuyo producto de concepcion presentaba músculos estriados que habían conservado su estructura normal. (Ges. Abh., pág. 790, citado por Schoeder, loco citato, pág. 381.)

(5) En ciertos casos antiguos no queda más que una papilla espesa, compuesta de grasa, cristales de colesteroína, pigmento y sales calcáreas.

(6) Cruveilhier publicó un caso de embarazo extra-uterino que contaba 47 años de fecha. (Atlas d'Anat. pathol., t. I, entrega 18.)

rino. En otros casos, un producto de concepcion se desarrolla hasta el término fisiológico en la cavidad del útero, á pesar de la presencia de un embrión fuera de esta cavidad (1).

Sintomas. — La preñez tubaria no se manifiesta á menudo por ningun síntoma, hasta el momento de la rotura del quiste fetal. Apénas acusan las enfermas algunos ligeros trastornos, cólicos, vómitos alimenticios, como al principio de la gestacion anormal. De repente aparecen los síntomas graves de una hemorragia interna ó de una peritonitis sobreaguda rápidamente mortal. En otras circunstancias sobrevienen hemorragias sucesivas, y la rotura de las paredes de la bolsa sólo se verifica de una manera progresiva, dando lugar á repetidas manifestaciones de pelvi-peritonitis. Es raro, en esta variedad de preñez extra-uterina, que el desarrollo del embrión pase del tercer mes. Ordinariamente, la rotura del quiste se verifica en las 8 ó 10 primeras semanas. Los casos en los cuales la duracion de un embarazo tubario llegó á cuatro ó cinco meses, son verdaderamente excepcionales. Sin embargo, se han visto algunos que se prolongaron hasta el término normal (2).

El estado de la menstruacion varía segun los sujetos. Las más veces, están suprimidas las reglas; otras persisten durante los primeros meses (3) ó son reemplazadas por un flujo sero-sanguíneo poco abundante, pero casi continuo. Por último, se observan metrorragias que no presentan ninguno de los caracteres menstruales. Estas se han observado principalmente en los embarazos tubarios (4). Casi siempre se observa en las enfermas una anemia profunda, aún cuando no haya habido metrorragias. Esta anemia puede depender de pequeñas hemorragias internas que pasan desapercibidas y cuya sangre es reabsorbida. Cuando el derrame en el peritoneo no se verifica en gran abundancia y la mujer resiste á los primeros accidentes, se trata de la formacion de un hematocele. Despues de estos desórdenes secundarios pueden todavía curar las enfermas, ó bien sucumben á consecuencia de otras complicaciones, como la uremia y la embolia pulmonar.

El embarazo extra-uterino abdominal llega, con más frecuencia que la forma tubaria, á las últimas fases de su evolucion. La rotura de las paredes quísticas rara vez se verifica en esta variedad. Los síntomas morbosos son bastante marcados. Se observa fiebre y dolores violentos, debidos á las peritonitis locales. La intensidad de los dolores puede llegar á un grado tal, que las enfermas mueren de inanicion. Si el niño llega á su desar-

(1) Véase Schroeder, *loc. cit.*, pág. 371, y de Rosset, *Amerik. practitioner*, 1878, analizado en el *Centralblatt f. Gyn.*, 1879, pág. 69.

(2) *Eine ausgetragene Tuben-Schwangerschaft*, por Spiegelberg. (*Arch. f. Gyn.*, 1870, t. I, pág. 406.)

(3) Observacion de Dumont-Pallier, *Société de Biologie*, 1877.

(4) Duguet, *loc. cit.*, pág. 336.

rollo completo, en la época en que debiera tener lugar el parto siente la mujer grandes dolores. Estos duran tres ó cuatro días, para desaparecer y presentarse de nuevo sin producir ningun resultado. Al propio tiempo se observa con frecuencia la expulsion, por el útero, de una especie de caduca.

En los primeros días que siguen á estas manifestaciones patológicas, las mamas se hinchan y segregan leche en mayor ó menor abundancia. Desde el momento en que el feto ha cesado de vivir, los accidentes revisten una nueva forma. O bien la peritonítis generalizada arrebatada en poco tiempo á la enferma, ó bien la inflamacion de la serosa se localiza, se limita y produce la eliminacion de los restos del embrión. La perforacion se verifica las más veces en el recto ó en las paredes abdominales, y con ménos frecuencia en la vagina ó vejiga. La terminacion en tales condiciones suele ser favorable, aunque la eliminacion se verifique con excesiva lentitud, por colgajos, durante muchos años. A menudo sobrevienen fistulas persistentes; otras veces sucumben las enfermas á consecuencia de una fiebre héctica, de una infeccion purulenta ó pútrida.

Cuando la irritacion de la serosa ha sido poco marcada, el líquido amniótico se reabsorbe, el saco se deprime y el feto sufre una de las transformaciones que hemos indicado al hablar de la anatomía patológica. Puede permanecer así mucho tiempo en la cavidad abdominal sin inconveniente para el organismo. En otros casos, á pesar de un período prolongado de calma y de una curacion aparente, se presentan nuevos accidentes, sobreviene la supuracion y luégo una peritonítis mortal. Después de la rotura del quiste fetal, el dolor provocado por la palpacion, siquiera sea superficial, es tan íntegro, que llega á ser imposible toda exploracion sin anestesiar previamente á la enferma.

Pero ántes de esta época, las mujeres se creen embarazadas de algunos meses. Acusan un dolor abdominal en el hipogastrio y en los vacíos. El principio de estos fenómenos dolorosos suele coincidir con las primeras fases de la gestacion anormal. Si se practica el tacto, se encuentra el útero ligeramente aumentado de volúmen y en sus inmediaciones un tumor elástico, doloroso á la presion, en el cual se observa la presencia de partes duras, movibles, como flotando en un líquido. La preñez abdominal, prolongándose todavía más tiempo que la variedad tubaria, permite todavía más la manifestacion de los diversos signos generales que acompañan á la gestacion. La supresion del flujo catamenial, la pigmentacion de las mamas y de la línea blanca, la secrecion del calostro, constituyen signos de probabilidad, pero no de certeza.

El embarazo ovárico, por su curso y su sintomatología, se parece á la forma abdominal. Se ha dicho que iba acompañado de desórdenes ménos marcados que esta última. Su terminacion es intermedia entre las dos variedades que ya hemos estudiado. Unas veces el quiste fetal se rompe en



los primeros períodos, otras, por el contrario, sigue desarrollándose hasta el noveno mes (1).

Diagnóstico. — La preñez extra-uterina, al principio, es muy difícil de reconocer con certeza. Se puede confundir con una retroflexion del útero grávido ó en estado de vacuidad, con un hematocele, un quiste incipiente del ovario, un cuerpo fibroso ó un tumor fibrocístico (2).

Los caracteres del líquido obtenido por una puncion exploradora, podrían suministrarnos útiles datos. Si contuviera pelos ó laminillas epidérmicas, sólo sería posible la duda entre un embarazo extra-uterino y un quiste dermoideo. Cuando el tumor se halla separado del útero, el diagnóstico es más fácil. Pero las más veces las adherencias que se han establecido han dado lugar á una sola masa compacta. El embarazo tubario no puede apénas distinguirse, en la mujer viva, de un producto de concepcion desarrollado en un útero bicórneo. La situacion del ligamento redondo con relacion al quiste fetal, será la única que nos permitirá hacer un diagnóstico anatómico.

Es tambien difícil, clínicamente, precisar la variedad de embarazo extra-uterino de que se trata. La rotura de la bolsa en los tres primeros meses vendrá en favor de la forma tubaria. El desarrollo hasta el término del producto de la concepcion deberá más bien hacer sospechar una preñez ovárica, y sobre todo abdominal.

Las dificultades del diagnóstico difieren segun la fase de la afeccion. Antes del cuarto ó del quinto mes no hay más que signos probables. Desde esta época hasta el momento en que el embrion deja de vivir, se pueden percibir los movimientos activos del feto, los ruidos del corazon.

Finalmente, cuando habiendo sucumbido el niño sufre las diversas modificaciones regresivas que hemos descrito, se observa la existencia de un tumor que contiene partes sólidas, estacionario ó que disminuye progresivamente. En otros neoplasmas las partes sólidas rodean la coleccion líquida. Lo contrario sucede en el embarazo, en el cual las masas resistentes nadan en el líquido que las rodea.

El aumento de volúmen del útero se percibirá por medio de la palpacion y del tacto combinados, y tambien por el tacto solo. En estado de vacuidad, cuando las dimensiones del útero son normales, el dedo, siguiendo el cuello, no encuentra más que una superficie igual y regular, pues el segmento inferior del cuerpo se halla situado á demasiada altura para que pueda ser percibido en tales condiciones. Si, por el contrario, el útero está hipertrofiado, se percibe alrededor del cuello un reborde saliente.

(1) En un caso de Spiegelberg, el niño, extraido por la gastrotomía, era de término, normalmente conformado, y vivió tres meses. (Spiegelberg, *loc. cit.*, *Arch. f. Gyn.*, t. XIII, pág. 77.)

(2) Véase Guéniot, *Bulletins de la Société anatomique*, 1865, t. X, pág. 238.

El cateterismo uterino ha sido aconsejado en los casos de este género. Por mucha que sea la costumbre y la habilidad del operador, nunca nos atrevemos á recurrir á este medio de exploracion, que podrá provocar un aborto si el producto de la concepcion se halla en el útero. En efecto; algunos ginecólogos experimentados han confundido un embarazo extra-uterino con una preñez normal, sobre todo en los casos de adelgazamiento excesivo de las paredes (1). Un retraso ó una supresion de las reglas seguida de metrorragias poco abundantes pero continuas, que no ofrecen la regularidad ni ninguno de los caractéres de una verdadera menstruacion, vendrá en favor de la idea de una situacion anormal del embrión.

La expulsion de la caduca podría hacer creer en un aborto. Pero en los casos de preñez extra-uterina el tumor persiste, aun despues de haber arrojado la enferma esos productos membraniformes, y el útero se desvía en un sentido ó en otro, las más veces hácia adelante. La hidropesía del amnios, cuando va á complicar el embarazo, es tambien una causa de error (2).

Pronóstico.— La rotura del quiste fetal entraña por sí sola grandes peligros. La muerte puede resultar de la abundancia de la hemorragia. Si la enferma resiste á estos primeros accidentes, es de temer todavía la inflamacion peritoneal. Más tarde, las enfermas pueden sucumbir á consecuencia de una intoxicacion urémica ó de una embolia pulmonar. Cuando el embrión queda en la trompa y se derrama poca sangre, el pronóstico es ménos grave, si bien entónces puede desarrollarse un hematocoele. Cuando el feto muere ántes de que se rompan las paredes de la bolsa, es más probable la curacion. Segun el grado de desarrollo del producto de la concepcion se observa su reabsorcion, ó bien sufre una de las modificaciones (grasosa ó calcárea) que ántes hemos indicado. Cuando el óvulo fecundado se ha dirigido hácia la extremidad uterina del conducto (embarazo intersticial), la rotura de las paredes suele sobrevenir ántes del tercer mes, como cuando reside á mayor altura. En otros casos, la dilatacion gradual permite al embrión penetrar en la cavidad uterina y ser expulsado por las vías naturales.

Cualquiera que sea la variedad de preñez extra-uterina, la vida del nuevo sér se halla siempre muy comprometida. Por lo que se refiere á la madre, la forma tubaria es, con mucho, la más desfavorable. La eliminacion despues de la perforacion en un punto cualquiera, va unas veces seguida de curacion definitiva, miéntras que en otros casos tiene una terminacion funesta. En ocasiones las enfermas sucumben en medio de un estado marasmático, sin que haya llegado á abrirse la bolsa quística.

(1) Véase Pajot, *Des causes d'erreur dans le diagnostic de la grossesse.* (*Ann. de Gynecologie*, 1874, t. 1, pág. 215.)

(2) Depaul, *loc. cit.*, pág. 336.

A pesar de la existencia de un embarazo extra-uterino antiguo, puede sobrevenir una nueva concepcion, que concluye por el nacimiento de un niño de término. En algunos casos el segundo feto se desarrolla normalmente y viene al mundo vivo, al mismo tiempo que los restos del primero son expulsados por el recto.

El pronóstico de las preñeces abdominales ú ováricas es el mejor. La mortalidad es de 42 por 100 (1).

Por lo dicho se ve que, segun todas las estadísticas, cualquiera que sea su forma, se puede considerar la preñez extra-uterina como sumamente grave.

Etiología. — Lo que hemos dicho acerca de la anatomía patológica de las preñeces extra-uterinas, nos ilustrará respecto á su etiología. Las inflamaciones del peritoneo juegan indudablemente el principal papel, ora determinando la desaparicion del epitelio vibrátil, ora por la produccion de adherencias. La rareza relativa de estas gestaciones anormales debe sorprendernos, sobre todo si se compara con la frecuencia de la pelvi-peritonitis. Es probable que gran número de óvulos, aún fecundados, no encontrando condiciones favorables para su desarrollo, se destruyan sin haber dado lugar á ninguna manifestacion patológica.

La existencia de perimetritis ó de salpingítis antiguas nos explica por qué el embarazo extra-uterino es infinitamente más frecuente en las múltiparas, aunque se observa tambien en las nulíparas (2). El predominio del quiste fetal del lado izquierdo es difícil de interpretar, á no ser que se tenga en cuenta la mayor profundidad del fondo de saco posterior de este lado.

En muchas observaciones de preñeces extra-uterinas se ha hablado de una emoción viva en el momento de la concepcion. Acaso se puedan relacionar estos hechos con la existencia de corrientes peritoneales debidas al epitelio vibrátil, por más que la vibratibilidad se verifique independientemente de la influencia del sistema nervioso. La fisiología de esta clase de elementos se halla todavía muy atrasada, y esta idea, que sólo damos como una simple teoría, no nos parece inadmisibile. De cualquier modo, para salir del terreno de las hipótesis necesita ser confirmada por nuevos hechos.

Tratamiento. — Las indicaciones terapéuticas variarán con las fases, las complicaciones y la forma anatómica del embarazo extra-uterino. Si el quiste se ha roto, se aplicarán compresas llenas de hielo sobre las paredes abdominales. El reposo absoluto, el opio asociado á pequeñas dosis de alcohol, constituirán las principales bases del tratamiento contra la pe-

(1) Hecker, *Monatschr. f. Geburt.*, t. III, pág. 81.

(2) Véase la observacion de una mujer de 31 años nulípara, citada por Depaul, *loco citato*, *Arch. de Tocol.*, 1875, t. II, pág. 76.

ritonitis; se asociarán á estos medios las emisiones sanguíneas, las unturas con el unguento napolitano belladonizado ó con diversos linimentos calmantes, el colodion, los baños. En los primeros períodos, si el diagnóstico es casi cierto, se ha aconsejado detener los progresos del embrión inyectando en sus tejidos una sustancia tóxica: morfina ó atropina. Una simple puncion del huevo, que es preferible practicar á través de las paredes vaginales, producirá el mismo resultado de la manera más ventajosa. El flujo del líquido amniótico debe bastar entónces para producir la muerte del feto. Si el niño está vivo y es casi de término, puede hallarse indicada la gastrotomía, operacion que ha sido practicada con éxito en algunos casos (1). Tambien se ha intentado la extraccion por la vagina, cuyo procedimiento tiene á su favor el número más considerable de curaciones, cuando la eliminacion espontánea se ha verificado por esta vía, que cuando se hace á través de las paredes abdominales. El mayor peligro de tales tentativas operatorias, reside en las hemorragias primitivas ó consecutivas. Durante la operacion se debe procurar ante todo impedir la penetracion del líquido amniótico, ó de otro cualquiera, en la cavidad peritoneal.

La septicemia es de temer mientras dura la eliminacion de la placenta. En efecto; esta se halla tan adherida que es casi imposible extraerla inmediatamente. Se procurará luchar contra estos inconvenientes por medios de repetidas lociones con líquidos desinfectantes y con la administracion del sulfato de quinina al interior.

Cuando el feto ha sucumbido, la conducta del cirujano debe fundarse en las manifestaciones sintomáticas. La expectacion se halla indicada en todos los casos en que no hay síntomas graves. Si se observa un punto rojo y fluctuante, una incision en esta region podrá permitir la extraccion del feto, convertido en simple cuerpo extraño. El método preconizado por Recamier para los quistes del hígado y del ovario, ha sido empleado igualmente en los casos de embarazo extra-uterino, con la sola modificacion de que, debiendo ser aquí la abertura bastante ancha, el cáustico se aplicará en cierta longitud, á fin de obtener adherencias más extensas.

Mientras dura la supuracion, ó despues de la intervencion quirúrgica, es importante sostener las fuerzas de las enfermas por todos los medios que podemos disponer: una alimentacion sustanciosa y la administracion de la quina al interior.

(1) Entre 25 observaciones de este género recogidas por Depaul, hubo 17 casos favorables y 8 funestos. (Depaul, *loc. cit.*, *Arch. de Tocol.*, 1875, t. II, pág. 417.)

QUINTA PARTE

AFECCIONES DE LA MAMA (1)

ANATOMÍA DE LA MAMA

Las mamas, ordinariamente en número de dos en la especie humana, ocupan en las partes anterior y laterales del pecho un espacio comprendido entre la tercera y la séptima costilla. Rudimentarias en el hombre durante toda la vida, sólo en la mujer, en la época de la pubertad, llegan á adquirir todo su desarrollo, sobre todo bajo la influencia del embarazo y despues del parto. La vejez produce la atrofia de la glándula mamaria, como la de los órganos genitales internos.

El volúmen de las mamas no se halla en manera alguna en relacion con la fuerza y la constitucion de los sugetos. Algunas veces están muy desarrolladas en mujeres pequeñas y débiles, miéntras que otras, aunque altas y fuertes, tienen las mamas de escaso tamaño. Por lo demas, el volúmen no concuerda siempre con la riqueza de la secrecion, y se debe sobre todo á la cantidad de tejido adiposo (2). Sus dimensiones no son casi

(1) Segun hemos dicho en la introduccion, dejaremos á un lado los tumores mamaros, cuyo estudio corresponde más bien á los tratados de Cirujía. Véase Nélaton, *Elementos de Patología quirúrgica*, version española de los Sres. Serret y Carreras, t. V, Madrid, 1878.

(2) La funesta costumbre que reina en algunos países de criar al niño con el biberon, tiene quizá una accion, á la larga, sobre el desarrollo de las mamas. Nosotros hemos tenido ocasion de observar familias cuyos niños habían sido alimentados con el biberon por espacio de algunas generaciones; las mujeres, aunque bellas y vigorosas, al parecer, tenían las mamas poco desarrolladas. En dos de ellas, á pesar de su gran fecundidad, fué imposible la lactancia por falta de leche; la agalaccia era casi completa. Con todo, no hemos visto estos hechos bastantes veces para que podamos atribuirles una gran importancia. Sólo hemos querido llamar la atencion acerca de la posibilidad de esta relacion.

nunca iguales en ambos lados: unas veces domina la derecha, otras la izquierda (1).

Presentan en su centro una gruesa papila saliente, llamada *pezon*. Su forma es las más veces hemisférica. En otros casos revisten una forma cónica, cuyo carácter, según ciertos autores, indica una secreción más abundante. A consecuencia de la lactancia los senos se tornan piriformes, se reblandecen y se alargan de una manera notable.

La piel que cubre la mama es notable por su finura. Alrededor del pezón reviste un color más oscuro, debido á la presencia de pigmento en sus capas profundas. El círculo situado en la base del pezón se ha designado con el nombre de *areola* ó de *aurcola*. El color de esta región varía según las razas y según los sujetos. Más ó ménos sonrosado en las mujeres rubias, es rugoso y oscuro en las morenas, sobre todo en las múltiparas. Esta pigmentación es, como hemos dicho, uno de los signos del embarazo. La superficie de la areola es irregular, sembrada de numerosas eminencias, que son todavía más marcadas bajo la influencia de una excitación ó de un roce cualquiera. Estas eminencias, que corresponden á las glándulas, cuya estructura estudiaremos muy pronto, aumentan de volumen durante la gestación (tubérculos de Montgomery).

El *pezon* se halla situado al nivel del cuarto espacio intercostal. Presenta próximamente el mismo color que la areola, pero es siempre sonrosado en su extremidad. Su forma, longitud y dimensiones, varían considerablemente de una á otra mujer (2). Unas veces apenas aparente, otras largo y péndulo, puede sufrir una especie de propulsión hácia adelante, debida á la contracción muscular, fenómeno que se conoce con el nombre de *tetotismo* (3).

En algunas mujeres, el pezón, en vez de constituir una eminencia, forma una especie de cúpula situada por debajo del nivel de los tejidos ambientes. Esta disposición se hace más marcada bajo las mismas influencias que producen, en las condiciones normales, la propulsión hácia adelante; lo cual nos indica que los haces musculares longitudinales dominan en aquellos casos, según hemos podido comprobar por exámenes histológicos (4). La piel que cubre la región mamilar, es excesivamente fina; su su-

(1) Los autores no se hallan de acuerdo sobre el predominio de la mama más voluminosa. Es la izquierda, según Cruveilhier (*loc. cit.*, t. III, pág. 731), y la derecha, según Puech y Hennig. (Véase Puech, *Les mamelles et leurs anomalies*. París, 1876, página 105, y Hennig, *Arch. f. Gyn.*, t. II, pág. 331.)

(2) Estas variedades han sido perfectamente descritas en una Memoria del Dr. Delmas (de Burdeos), *Mémoire sur l'anatomie et la pathologie du mamelon, dans leurs rapports avec l'allaitement*. (Union médicale de la Gironde. Burdeos, 1860.)

(3) De ἔρηξις, pezón, y ὀβήσω, empujar; de aquí ἰσθίσιμός, acción de empujar hácia adelante. (Véase Duval, *Du mamelon et de son auréole*, tesis de París, 1861, pág. 62.)

(4) *Des causes anatomiques de la rétraction du mamelon*. (Comptes rendus des séances de la Société de Biologie, 1876, pág. 59.) Esta acción de las fibras musculares longi-

perficie desigual es debida á sus numerosas papilas y á la presencia de glándulas sebáceas y de pliegues que permiten su distension. Nunca se observan pelos como los que se encuentran alrededor de la areola.

Los conductos galactóforos, en número de 10 á 20, se abren en la extremidad del pezón, dando lugar á pequeñas depresiones. Generalmente se hallan aislados unos de otros, y los casos en que se anastomosan son excepcionales. Su diámetro es el mismo en toda esta porcion de su trayecto, salvo un estrechamiento muy marcado hácia su extremidad terminal. En los bordes de esta extremidad van á abrirse las glándulas sebáceas, á menudo dispuestas por pares, una en cada lado. Presentan al nivel de la areola una dilatacion fusiforme (ampolla, seno), especie de receptáculo de la leche, que explica cómo se puede hacer salir este líquido comprimiendo la mama por debajo de dicho punto.

La glándula mamaria se halla alojada en el espesor del tejido adiposo subcutáneo, que penetra hasta las divisiones glandulares. Su espesor es más considerable en el centro que en los bordes. Descansa sobre el músculo pectoral mayor, y algunas veces, por fuera, sobre el serrato mayor. Su base se halla en relacion con la *fascia superficialis* por un tejido laxo, al cual debe su gran movilidad, y que figura en ciertos casos una bolsa serosa. Su consistencia es fibrosa, densa, resistente al corte, y su color blanco brillante, aún fuera de la época de la lactancia.

Las *arterias* de la mama proceden de la mamaria externa ó larga torácica, de las intercostales aórticas y de la mamaria interna. Esta última rama juega el papel más importante bajo el punto de vista funcional. Durante la lactancia adquiere un volúmen igual al de la arteria radial.

Las venas *profundas* acompañan á las arterias. Las *superficiales* son á menudo visibles debajo de la piel, y presentan al nivel de la areola una disposicion anastomósica en círculo, que no es constante y varía segun los sujetos (círculo venoso de Haller) (1). La mayor parte de las venas mamarías abocan á la yugular externa.

Los *vasos linfáticos* son muy numerosos en la mama. Van á parar á los ganglios axilares (2), y por los linfáticos intercostales, á los ganglios de la cavidad torácica.

Los *nervios* vienen del cuarto, quinto y sexto nervios intercostales, de las ramas torácicas del plexo braquial y de las ramas supra-claviculares del plexo cervical. Además acompañan á los vasos algunas ramificaciones del simpático.

tudinales sobre la retraccion del pezón, fué ya admitida por el Dr. Sapey. (*Traité d'Anatomie*, 1874, t. IV, pág. 771.)

(1) Hemos descrito un caso de gangrena de la areola que designaba claramente este círculo y se limitaba exactamente á la region.

(2) La cadena de los ganglios axilares hipertrofiados, se prolonga en algunos casos hasta la mama.

Histología. — La mama pertenece á la categoría de las glándulas ar-
racimadas (fig. 30). Los acini glandulares constituyen lóbulos que no se
reunen en gran número para formar lóbulos voluminosos. Están separados
unos de otros por tejido conjuntivo, rico en fibras elásticas (fig. 30, *t*), en
el cual los elementos celulares son poco abundantes, excepto en la capa
más interna, formada de tejido conjuntivo laxo, que presenta, por el con-
trario, sobre todo durante la lactancia, numerosas células fuertemente co-

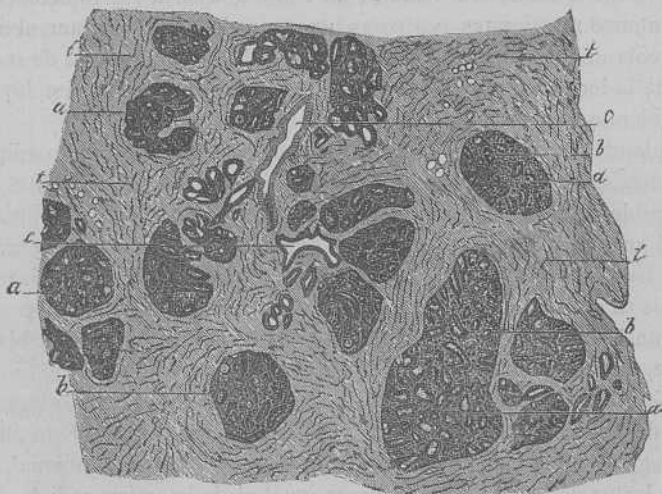


Fig. 30. — Corte de la mama de una mujer adulta durante la lactancia
(aumento de 20 diámetros).

a. Lóbulos de la glándula. — *b.* Acini tapizados por una capa de epitelio cúbico. —
c. Conductos glandulares. — *t.* Estroma formado de tejido conjuntivo.

loreadas por los reactivos (1). La membrana propia, difícil de ver en el
estado fisiológico, se hace mucho más marcada en ciertos casos patológi-
cos. El epitelio que tapiza los acini consiste en una sola capa de células
cúbicas. Entre el epitelio y la membrana propia, la impregnación con el
nitrate argéntico demuestra un revestimiento endotelial incompleto.

Si resumimos la estructura de un acini, encontramos, pues, cinco capas
superpuestas, que son de adentro afuera:

1.^a El epitelio.

(1) Winkler atribuye á estos elementos un importante papel bajo el punto de vista
de la lactancia. Winkler, *Beitrag zur histologie und nerventheilung in der mamma*,
Arch. f. Gyn., t. XI, pág. 297.)

- 2.^a Un endotelio sub-epitelial incompleto.
- 3.^a La membrana propia.
- 4.^a Tejido conjuntivo laxo, lleno de elementos celulares.
- 5.^a Tejido fibroso, rico en fibras elásticas y muy pobre en células.

Los músculos lisos no se encuentran en la mujer en las capas profundas de la mama, ó si se encuentran por casualidad, su pequeño número y su irregularidad les quitan toda importancia fisiológica (1). Cada lóbulo está rodeado por una red vascular, cuya disposición se puede estudiar por medio de inyecciones. El tejido adiposo penetra hasta las inmediaciones de los granos glandulares. Su cantidad disminuye durante la lactancia.

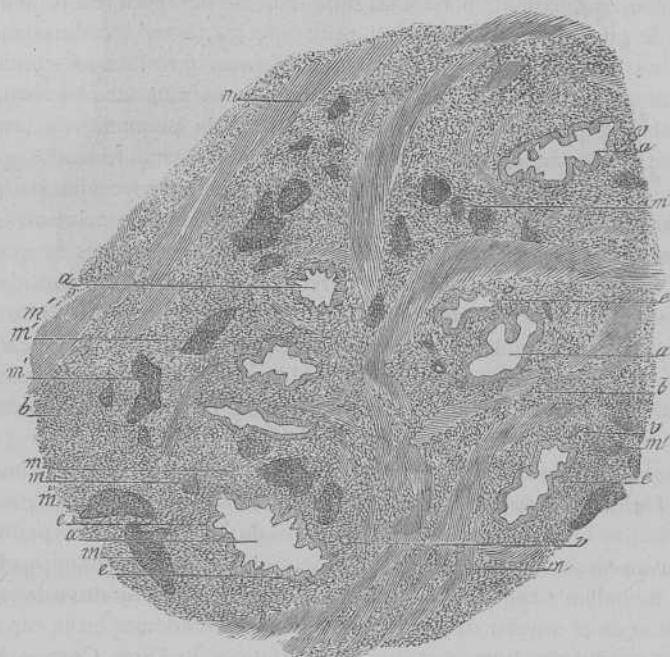


Fig. 31. — Corte trasversal del pezón (aumento de 40 diámetros).

- a. Corte de los conductos galactóforos. — e. Epitelio cilíndrico que los reviste. —
 b. Tejido conjuntivo. — m. Haces musculares cortados en el sentido de su longitud. —
 m'. Haces musculares cortados transversalmente. — v. Corte de los vasos.

Los conductos galactóforos (*fig. 31*) se hallan tapizados por una doble fila de epitelio cilíndrico (*fig. 31, c*) (2). Su parte más profunda, la

(1) Winkler ha visto en el conejo fibras musculares en el tejido intra-alveolar. (Winkler, *Bau der Milchdrüse, Centralblatt f. M.*, 1875, pág. 15.)

(2) El epitelio pavimentoso que reviste la superficie del pezón penetra á poca pro-

que se aproxima á los acini, no se halla revestida más que por una capa de células cúbicas, semejantes al epitelio glandular, y que segregan como él. Estos conductos se hallan á menudo dispuestos dos á dos, y presentan, al hacer un corte trasversal, una figura estrellada, debida á numerosos repliegues, excepto cuando se hallan distendidos por un líquido. Cada conducto está rodeado de una vaina de tejido conjuntivo, rico en fibras elásticas, que, muy estrecha cuando la mama se halla en reposo, se torna cinco ó seis veces más gruesa durante la lactancia. En esta capa se encuentra cierto número de fibras musculares lisas paralelas al eje del pezon.

Los haces musculares, dispuestos irregularmente y que afectan una direccion longitudinal, horizontal ú oblicua, se observan sobre todo por fuera de esta zona de tejido conjuntivo (*fig. 31, m, m'*); ordinariamente, las fibras horizontales son las más numerosas y rodean los conductos, aunque sin formar un verdadero esfinter. Estos músculos aumentan de volúmen y probablemente de número durante la lactancia, en términos que, en ciertas mujeres, los conductos galactóforos están rodeados por una verdadera red muscular. Su contraccion produce la proyeccion del pezon hácia adelante, que hemos designado con el nombre de telotismo. Este fenómeno comienza manifestándose en la areola y despues se propaga hasta la extremidad mamilar. Nos parece, pues, inadmisibile considerar el músculo infra-areolar como antagonista de los haces propios del pezon (1). El papel predominante de las fibras horizontales, se explica fácilmente por su número mucho más considerable. Hemos visto, por el contrario, que cuando dominan los haces longitudinales hay retraccion en vez de proyeccion hácia adelante (2).

Hemos observado en la papilas de la piel del pezon cierto número de corpúsculos de Meissner, cuya presencia en esta region ha sido negada por ciertos histólogos (3). Los linfáticos de la mama se encuentran lo mismo alrededor de los conductos galactóforos que de los lóbulos glandulares. Se hallan situados principalmente en el tejido conjuntivo laxo, y no penetran en el interior de los lóbulos (4). Se ven ademas en la capa conjuntiva perilobular numerosos espacios linfáticos. Los Sres. Coyne y Labbé

fundidad en los conductos galactóforos en la mujer y en los carnívoros, cuyas mamas hemos estudiado. Reviste, por el contrario, todo el conducto excretor del pezon del conejo. Ya veremos, cuando nos ocupemos del desarrollo, que esta diferencia es interesante bajo el punto de vista de la anatomía y de la embriología comparadas.

(1) Sappey, *loc. cit.*, t. IV, pág. 768.

(2) En las recién nacidas los músculos de la areola están diseminados, sin direccion determinada. Por eso la excitacion de esta region no produce el telotismo, sino más bien pequeñas eminencias irregulares, comparables á lo que se designa vulgarmente, en otros puntos de la piel, con el nombre de *carne de gallina*.

(3) La existencia de estos elementos había sido demostrada anteriormente por Duval. (*Loc. cit.*, pág. 22.)

(4) Langhans, *Arch. f. Gyn.*, t. VIII, pág. 181.

atribuyen un importante papel á esta disposicion anatómica con relacion á la extension de los tumores mamarios (1).

No conocemos la manera cómo terminan los nervios en la mama. Segun Winkler, los nervios vaso-motores proceden sobre todo del plexo braquial. Los intercostales no hacen más que atravesarla para distribuirse en el pezón y en la piel.

Hemos observado la presencia en la areola de numerosas eminencias papilares ó *tubérculos de Montgomery*. La estructura de las glándulas que van á abocar á la extremidad de cada una de estas pequeñas eminencias es muy variada. En efecto; se encuentran en esta region, ademas de las glándulas sudoríparas (2), otras tres especies de elementos glandulares: folículos sebáceos simples, glándulas sebáceas divididas en muchos lóbulos, y finalmente, verdaderas glándulas mamarias aisladas que producen calostro y leche bajo las mismas influencias que la glándula principal (3). La naturaleza de estas pequeñas mamas accesorias ha sido bien demostrada por Duval (4). Sin embargo, ciertos autores las han negado durante algun tiempo. Existe, en efecto, en su situacion una causa de error, de la cual nos hemos dado cuenta al hacer el estudio histológico (5). Mientras que las glándulas sebáceas se hallan colocadas superficialmente, las glándulas lácteas están diseminadas, á alguna profundidad, en el tejido celular que se encuentra por debajo de la areola, en términos que, haciendo cortes de la areola sola, sin comprender en ellos el tejido conjuntivo laxo subyacente, no se encuentran más que sus conductos excretores. Bajo el punto de vista de su estructura, cada pequeña glándula no difiere apénas de la glándula principal. Se halla formada por cierto número de lóbulos tapizados por un epitelio cúbico secretor que pasa al estado de epitelio cilíndrico, es decir, mucho más oblongo cuando llega á los conductos secretores. En el trayecto de cada conducto excretor se observa una dilatacion ampular, semejante, aunque sus dimensiones son menores, á las que ya hemos descrito en la glándula principal (6).

(1) Labbé y Coyne, *Traité des tumeurs bénignes du sein*. París, 1876, pág. 98.

(2) Segun Sappey, estas glándulas sudoríparas llegan á hipertrofiarse durante el embarazo. (Sappey, *loc. cit.*, pág. 26.)

(3) El Dr. Sappey y la Sra. Brès han dibujado figuras microscópicas de estas glándulas. (*De la mamelle et de l'allaitement*, tesis de doctorado. París, 1875.)

(4) Duval, *loc. cit.*, pág. 44.

(5) *Sur le développement et l'histologie comparée de la mamelle*. (*Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, 1877, pág. 42.)

(6) El Sr. Pinard ha comunicado á la Sociedad Anatómica de París una observacion muy interesante relativa á esta disposicion. Véase *Note pour servir à l'histoire des glandes aréolaires*, por el Dr. Pinard. (*Bulletins de la Société anatomique*, 1877, pág. 459.) En ciertos casos, se han visto glándulas accesorias que llegaron á tener el volúmen de un grano de grosella. (Delmas, *loc. cit.*, pág. 13.)

FISIOLOGIA DE LA MAMA

La mama se halla destinada á producir la *leche*, primer alimento del recién nacido. Sus funciones deben ser estudiadas bajo el punto de vista de la *secreción* y de la *excreción*. Nos ocuparemos ante todo de la primera.

La *secreción láctea*, salvo algunas excepciones que más adelante indicaremos, no se observa más que en las hembras de los mamíferos (1), llegando tan sólo á su completo desarrollo despues del parto. Su duracion es de 12 á 18 meses, por término medio, en la mujer en estado normal.

Desde el principio del embarazo, las mamas comienzan á aumentar de volúmen. La piel que las cubre se distiende, las venas son más aparentes, la areola toma un color oscuro, se ensancha, y el pezón se torna más saliente. En un período más ó ménos próximo á las primeras fases de la gestacion los elementos glandulares se desprenden, se hinchan, y mezclados con cierta cantidad de glóbulos grasos libres, nadando en un líquido seroso, constituyen el *calostro* (2).

Por lo general, la abundancia del calostro durante el embarazo se halla en relacion con la riqueza futura de la secreción láctea. La *subida de la leche* se observa en los primeros días que siguen al parto, y va acompañada de fenómenos generales designados en otro tiempo con el nombre de *fièvre láctea*. Despues de los partos prematuros y aún de los abortos de dos á tres meses, se puede observar una secreción láctea tan abundante como en las mujeres que han llegado al término de la gestacion.

Numerosos vínculos fisiológicos unen la mama á los órganos genitales, cuyas fases de desarrollo sigue. La congestion menstrual, la presencia de tumores en la cavidad uterina, pueden hacer entrar en actividad los elementos de la glándula mamaria. La mayor parte de los tocólogos admiten igualmente una accion de la lactancia sobre la evolucion uterina. Sin embargo, no existe armonía respecto á la influencia recíproca de estos dos actos fisiológicos, pues, segun unos, el útero vuelve más lentamente á su volúmen normal en las mujeres que crían, miéntras que, segun otros, esta retraccion se verifica mucho más pronto en las que lactan que en las que se hallan en condiciones opuestas (3). Tambien se ha hecho jugar un papel en la etiología de las afecciones uterinas á la costumbre que tienen

(1) El origen epitelial de los corpúsculos del calostro se admite generalmente por todos los autores, y parece muy probable. Sin embargo, la hipótesis de que son elementos linfáticos hipertrofiados y cargados de grasa podría igualmente sostenerse, y tiene algunos elementos en su favor.

(2) Depaul, citado por Tripier, artículo *Mamelle* del *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, pág. 379.

(3) Véase Scanzoni, *Métrite chronique*, 1866, pág. 9, y Verriet-Litardière, *Avantagés de l'allaitement maternel*, tesis de doctorado. París, 1873, pág. 30.

muchas mujeres de no dar de mamar á sus hijos, hipótesis que nos parece lógica. Pero si la lactancia se opone al desarrollo de la metritis, es, en nuestro concepto, porque impide el retorno de la menstruacion.

La *simpatía* — como decían los autores antiguos — que une el útero á la mama, ha dado lugar en muchos casos á indicaciones terapéuticas. Así, se ha intentado en la dismenorrea facilitar ó hacer que aparezca el flujo menstrual por aplicaciones excitantes sobre las mamas. También se ha llegado á decir que las excitaciones sobre la mama puede producir el aborto; pero esta opinion nos parece muy exagerada.

Aunque las relaciones entre la glándula mamaria y los órganos genitales son positivas, no es ménos cierto que lo ignoramos por completo. En otro tiempo se llamaba una *simpatía*: hoy se llama un *acto reflejo*, sin que por eso conozcamos más que su modo de ser. La anastomosis de las arterias mamaria interna y epigástrica, invocada por muchos autores, nos parece una explicacion bastante hipotética.

Otros muchos hechos del mismo género, como las modificaciones de la laringe y de la voz bajo la influencia de las variaciones sexuales, son igualmente difíciles de comprender. Así, creemos inútil emitir una teoría que necesariamente sería ilusoria en el estado actual de nuestros conocimientos. Probablemente se encontrará la explicacion de estos diversos fenómenos en el estudio más profundo del sistema nervioso.

Las excitaciones ejercidas sobre el pezon, y sobre todo la succion, aumentan la secrecion mamaria.

Esto nos conduce á ocuparnos de los resultados obtenidos hasta el dia por los pocos experimentadores que han estudiado lo referente á los nervios de la mama. Eckart eligió, como objeto de sus investigaciones, la cabra (1), y lo mismo Roehrig (2).

Existen en la cabra, segun Roehrig, tres nervios principales que van á la mama: dos superiores y uno inferior. El primer nervio superior está destinado al pezon y no tiene ninguna accion sobre el flujo de la leche. Su seccion anestesia los conductos y su excitacion produce cierto grado de ereccion (telotismo). El segundo nervio superior tiene la propiedad de obrar sobre la glándula. Su seccion produce una lentitud y aún una suspension de la secrecion láctea, mientras que su excitacion hace que vuelva al estado normal, ó la aumenta. Por último, el tercer nervio, ó nervio inferior, detiene la salida de la leche cuando se le excita, y la hace muy abundante, por el contrario, cuando se corta; es, pues, un nervio constrictor.

(1) Eckard, *Beiträge zur Anatomie und Physiologie*. (Giessen, 1858.) *Die Nerven der Weiblichen Brustdrüsen und ihr Einfluss auf die Milchsecretion*.

(2) Roehrig, *Arch. de Virchow*, 1876, t. LXVII, pág. 119, analizado en la *Revue des Sciences médicales*, 1876, t. VIII, pág. 500.

Segun todos los autores que se han ocupado de este asunto, la mama no es una glándula que segrega bajo la influencia directa del sistema nervioso (1), como las glándulas salivares ó lagrimales, sino que su funcionamiento se halla más bien en conexión con la circulación, en relacion con la presión (2). Sin embargo, la secreción de la leche es algo más que el resultado de una difusión, porque muchos de sus principios constituyéndose elaboran, al parecer, en los mismos elementos glandulares (3).

Muchos fisiólogos admiten que las células epiteliales de la mama se descomponen, se destruyen, y dejan así en libertad las sustancias que contienen. Los trabajos más recientes tienden á demostrar que las células arrojan las granulaciones grasosas por una especie de contracción, y no se renuevan sino despues de haber servido algun tiempo. Hemos visto que los corpúsculos del calostro son, probablemente, elementos glandulares desprendidos. Ahora bien; se han observado en ellos movimientos contráctiles que producen la eliminacion de gotitas grasosas (4). Es probable que durante la vida, por un mecanismo análogo, salga la grasa de las células maternas sin arrastrar el elemento anatómico mismo.

En las mujeres que han sucumbido de una enfermedad cualquiera, y en los animales que mueren lentamente despues de haber servido para experimentos fisiológicos, hemos encontrado siempre los glóbulos de la leche acumulados en los *acini* y los conductos, y en casos excepcionales contenidos en las células epiteliales todavía adheridas á las paredes glandulares. Por el contrario, en las mamas de las vacas muertas con la puntilla, es decir, instantáneamente, el epitelio de los *acini* presentaba un gran número de granulaciones grasosas, más ó ménos voluminosas, situadas en el protoplasma. En presencia de tales hechos, cabe preguntar si el género de muerte tiene alguna influencia sobre esta diferente situacion de la grasa de la leche, contenida ó no en los elementos que las producen.

Se sabe muy poco respecto á los actos íntimos de la secreción mamaria. Sin embargo, algunos puntos de esta cuestion, aunque no dilucidados por completo, se conocen mejor gracias á las investigaciones llevadas á cabo en estos últimos años. Entre las sustancias que entran en la composición de la leche, unas son un simple producto de trasudación, mientras

(1) Winkler, *Arch. f. Gyn.*, t. IX, pág. 297.

(2) Eckard, habiendo ensayado las inyecciones de agua en las venas durante la lactancia, vió que despues la leche conservaba su color normal; pero había aumentado su peso específico, lo mismo que la cantidad de albúmina. (Eckard, *loc. cit.*, pág. 20.)

(3) Hemos cortado en el conejo el grueso tronco nervioso que va á la mama, y que se halla situado por fuera de los vasos que le acompañan. La seccion practicada, ora ántes, ora durante la lactancia, no tiene ninguna influencia apreciable sobre la secreción. La excitación del mismo nervio por los cortes eléctricos no nos ha dado ningun resultado; pero hemos visto que contiene fibras dotadas de una excesiva sensibilidad, hecho que tambien había sido observado por Eckard en la cabra.

(4) Stricker y Schwarz, citados por Hermann, *Grundriss der Physiologie des Menschen*, 1872, pág. 125.

que otras parecen elaboradas por la glándula misma, como la caseína y la lactosa, cuya presencia no se ha observado hasta el día en el líquido sanguíneo.

Es probable que la *caseína* proceda de albúmina de la sangre. Se ha encontrado en la mama un fermento que tiene al parecer la propiedad de transformar en albuminato una mezcla de albúmina y de un álcali (1). Se ha visto igualmente que la caseína aumenta á expensas de la albúmina, ora se exponga ó no la leche en contacto del aire. El *azúcar de leche* se elabora quizá en medio de la glucosa contenida en la sangre. Su cantidad aumenta por los alimentos hidrocarbonados, aunque existe igualmente en los perros alimentados tan solo con carne sin grasa. Parece se desarrolla en la mama misma. Su exceso es eliminado por el riñon, y constituye lo que se designa con el nombre de *glucosuria*, ó mejor *lactosuria de las nodrizas*.

La presencia de azúcar en la orina de las mujeres que crían, observada por Blot en 1856 (2), ha sido desde dicha época objeto de numerosos trabajos. Entre los autores que se ocuparon de esta cuestion, unos confirmaron los hechos admitidos por Blot, otros los interpretaron en sentido opuesto, negando que en tales casos se tratara realmente del azúcar. Tal era la divergencia de las opiniones cuando nosotros procuramos, por una serie de experimentos, precisar las condiciones en las cuales aparece el azúcar en la orina de las mujeres que crían (3).

No podríamos repetir aquí las observaciones en que se fundaban las conclusiones formuladas por nosotros en 1873: «Nada más variable — decíamos — que la aparicion de azúcar en las orinas de la mujer durante la lactancia. Pero está á nuestro alcance producirle á voluntad, suspendiendo bruscamente la lactancia. En la mujer, lo mismo que en las demas especies animales en las cuales hemos tenido ocasion de hacer experimentos, siempre que se suspendía la lactancia aparecía al cabo de algunas horas el azúcar en la orina.» Posteriormente hemos practicado en las hembras de algunos animales que sólo tienen un par de mamas, la ablacion de dichas glándulas durante la lactancia (4). Poco tiempo despues de la operacion, no se encontraban indicios de azúcar en las orinas que ántes reducian en abundancia el licor cupro-potásico. Estas mismas hembras privadas de mamas, curaron perfectamente y llegaron á tener despues muchos hijos. En todos los casos en que no existían las glándulas, no se observó la menor glucosuria en los días siguientes al parto. Estas observaciones y

(1) Hermann, *loc. cit.*, pág. 124.

(2) Blot, *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1856, y *Gazette hebdomadaire*, 1856, pág. 720.

(3) *Recherches sur l'urine pendant la lactacion*. (*Société de Biologie y Gazette médicale*, 1873.)

(4) *Bulletins de la Société de Biologie*, 1873 y 1874.

estos experimentos, repetidos despues muchas veces lo mismo en Francia que en otros países, y siempre con iguales resultados (1), demuestran, al parecer, que la mama es la que elabora el azúcar, tanto más cuanto que la sustancia reductriz contenida en la orina de las mujeres durante la época de la lactancia parece ser la lactosa (2). De todos estos hechos se deduce que la lactosuria de las nodrizas es debida á un fenómeno de reabsorcion. Esta reabsorcion no se verifica por el intermedio del sistema venoso, porque hemos visto que la sangre venosa que sale de la glándula es ménos rica en azúcar que la sangre arterial que entra en ella (3).

Se verifica, pues, por la vía de los linfáticos, segun lo ha supuesto P. Bert (4).

Los *productos grasosos* que entran en la composicion de la leche son muy complejos, conforme veremos al hacer el estudio químico de este líquido. Su origen es tan oscuro como el de las sustancias grasas en general. Una alimentacion nitrogenada aumenta la cantidad de grasa y de caseina de la leche, miéntras que los alimentos grasos la disminuyen. Ya hemos visto que la caseina aumenta á expensas de la albúmina. A la larga la caseina misma es ménos abundante, á medida que la grasa, ó (hablando con más propiedad) las materias extractivas por el éter y el alcohol se encuentran en mayor cantidad.

Existe durante la lactancia un estado especial del hígado, un aspecto particular, con localizacion de la grasa en el centro del lóbullo, alrededor de la vena intra-lobular, contrariamente á lo que se ve en las degeneraciones experimentales ó patológicas (5). Por otro lado, se ha visto durante la lactancia una disminucion del tejido adiposo que rodea la glándula misma. Esta desaparicion puede ser debida á una simple irritacion fisiológica. Sabido es, en efecto, que en la inflamacion las células adiposas desaparecen para ser reemplazadas por elementos embrionarios (6).

A pesar de los hechos que acabamos de exponer, como decíamos al principio de este capítulo, la fisiología de la secrecion mamaria presenta todavía muchos puntos oscuros por dilucidar. Pero si no sabemos de qué modo se produce la leche, en cambio conocemos mejor su constitucion.

La *leche* es un líquido blanco, más ó ménos opaco, de sabor dulce,

(1) Véase Hempel, *Arch. f. Gyn.*, 1875, pág. 313. — Gubler, *Bulletins de la Société de Biologie*, 1876, pág. 327. — Fiaux, *Gaz des Hôpit.*, 1879, núm. 8.

(2) Hofmeister ha obtenido cristales de azúcar sacados de la orina de las nodrizas. (*Zeitschr. f. Physiol. Chem.*, 1877, pág. 101.)

(3) *Bulletins de la Société de Biologie*, 1876, pág. 339.

(4) Bert, *Société de Biologie*, 1878.

(5) En las degeneraciones y los diversos estados patológicos, la invasion de la grasa se verifica desde la periferia hasta el centro del lóbullo. (Véase *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1872, y *De l'état du foie chez les femelles en lactation*, París, 1873.)

(6) Cornil y Ranvier, *loc. cit.*, pág. 80.

azucarado y de reaccion alcalina. Su olor especial, á veces repugnante, recuerda el del animal que los ha segregado (1).

La densidad de la leche de la mujer es proximamente de 10.30 (2). Su estudio es digno de atencion, tanto bajo el punto de vista químico como bajo el histológico, que por cierto se ilustran mutuamente. Sus caracteres varían segun una multitud de circunstancias, como la alimentacion, la duracion de la secrecion, la especie de animal, el estado de salud ó de enfermedad.

Las sustancias de que se compone son: unas cuaternarias, como la caseína y la albúmina, otras ternarias, como la grasa y la lactosa. Cuanto más permanece en las mamas, más rica es en materiales fijos. Así, la que procede del fin de la lactancia contiene más crema que la segregada al principio (3).

La leche mejor y la más abundante se observa generalmente en la mujer, desde los 20 á los 35 años. La cantidad segregada en las 24 horas por las dos glándulas puede llegar, en estado normal, hasta 1.350 gramos. No vamos á dar el análisis exacto de todas las sustancias que en dicho líquido se encuentran, porque lo creemos propio de los tratados de fisiología y de química (4).

Las materias grasas figuran en número de 9 á 10 especies diferentes. Los compuestos albuminoideos varían segun las especies animales. Se ha observado la presencia de cloruros, fosfatos, lactatos y fluoruros. La potasa, la sosa, la cal, la magnesia, el hierro, el manganeso, el azufre, el iodo, la urea y la creatina, se encuentran igualmente en mayor ó menor abundancia.

Por último, algunos gases libres, el ácido carbónico, el oxígeno y el nitrógeno, forman parte de sus elementos constituyentes.

Ciertos productos de naturaleza vegetal pasan á la leche, lo cual es

(1) Esta sustancia olorosa ha sido extraida de la leche de ciertas especies animales por medio del sulfuro de carbono. (Milne-Edwards, *loc. cit.*, t. IV, pág. 142.)

(2) Gautier, *Traité de chimie appliquée à la physiologie, à la pathologie et à l'hygiène*. Paris, 1874, t. II, pág. 262.

(3) Se ha querido explicar este hecho por la mayor ligereza de la grasa, que tiende á sobrenadar. Esta explicacion, completamente física, admisible para los cuadrúpedos, no lo es para la mujer, cuya posicion es distinta. Dicha diferencia debe resultar mejor de la reabsorcion más fácil del suero durante la estancacion del líquido en los receptáculos ó conductos excretores de la glándula.

(4) Indicaremos solamente las cifras de los cuerpos más importantes que entran en la composicion de la leche de mujer.

Entre 100 partes hay :

Agua.	88,36
Resíduo.	11,64
Caseína.	2,20
Materias grasas.	2,64
Azúcar.	5,20
Salas minerales.	0,178

fácil de comprobar con el ajo y el anís, que le comunican un olor especial; algunas sustancias la dan un color rojo, mientras que otras la dan un color azulado en contacto del aire (1). Se han citado casos de envenenamientos por la leche procedente de animales que habían comido plantas venenosas. El paso de las sustancias minerales á través de la mama, bien observado en algunas de ellas, como el ioduro de potasio, el sulfato de quinina, el antimonio, el mercurio, etc., ha podido utilizarse para administrar dichos medicamentos á los niños de pecho (2).

El *examen microscópico* del producto de la secreción mamaria nos demuestra que este líquido debe su opacidad á unos glóbulos grasos, cuyo diámetro varía de una á nueve milésimas de milímetro. Se ha admitido la existencia de otro género de glóbulos de naturaleza albuminoidea (glóbulos de caseína). Nosotros hemos visto que estos elementos no existen en el líquido *estudiado inmediatamente despues de haber salido de la mama*. Son productos secundarios, resultantes de coagulaciones espontáneas, de modificaciones moleculares, lo mismo que la llamada membrana de cubierta de los corpúsculos grasos (3).

Ademas de estos elementos se observan en la leche adulta, en estado normal, algunos glóbulos blancos semejantes á los de la sangre ó de la linfa, y gruesas células hinchadas, granulosas, ó *corpúsculos de calostro*. Buscándolos con alguna atención los hemos encontrado siempre, aun en las mejores nodrizas, en cualquier época de la lactancia (4).

Se designa con el nombre de *calostro* el líquido blanquecino, opalino, que sale de la mama ántes del parto, algunas veces desde el principio del

(1) A parte de estas coloraciones, debidas á la ingestión de ciertas sustancias, la leche ofrece algunas veces un color rojo, amarillo, ó azul rosa, por su mezcla con la sangre, ora por la presencia de vibriones de una materia colorante azul todavía mal conocida, que toma un color rojo por la potasa ó la sosa. (*Art. Lait del Dict. encycl. des Sciences méd.*, segunda serie, t. I, pág. 140.)

(2) La variación que se observa en la cantidad de estas sustancias eliminadas por la mama en un mismo espacio de tiempo, hace más difícil la administración de los medicamentos activos por esta vía. (Véase, con este objeto, los experimentos de Lowald, *Annali universali di Medicina et Chirurgia*, 1875, y *Ann. de Gyn.*, 1875, pág. 156.)

(3) Véase *Recherches sur les globules du lait*. (*Arch. de Physiologie*, 1874.)

Hemos insistido muchas veces sobre la importancia de estas coagulaciones espontáneas bajo el punto de vista de la digestibilidad de la leche, segun que haya sido tomada de la misma mama ó que haya estado algun tiempo fuera de la glándula. Ellas explican ciertos accidentes observados á consecuencia de las *inyecciones* de leche en los vasos. (Véase *Association pour l'avancement des Sciences*, 1874, y *Société de Biologie*, 1879.)

(4) Indicamos aquí la *técnica* que hemos seguido para el estudio del calostro, y que nos ha dado los mejores resultados. Basta recoger una pequeña cantidad de líquido, que se deja durante 24 horas mezclada con 8 ó 10 veces su volumen de éter (una permanencia más prolongada podría alterar los elementos). Colocando despues con el picro-carminato de amoniaco una gota tomada del fondo de un vaso por medio de una pipeta, y conservándole en glicerina, tenemos preparaciones permanentes que demuestran de una manera admirable el protoplasma y los núcleos de las células.

embarazo, y al final de la lactancia; en una palabra, cuando la glándula no se halla en su completa actividad secretoria. En tales condiciones el exámen histológico nos enseña un gran número de gruesas células granulosas (corpúsculos del calostro) y algunos glóbulos grasos libres, cuya pequeña cantidad explica la poca opacidad del líquido. Bajo el punto de vista químico, su composición es próximamente la misma que la de la leche perfecta, aunque con alguna diferencia en las proporciones. Contiene más albumina, azúcar y manteca y menos caseína (1). Se la atribuyen propiedades purgantes, debidas probablemente á su riqueza en elementos glandulares que causan una indigestion.

A pesar de los progresos de nuestros conocimientos respecto á la composición de la leche en general, el exámen químico de este líquido no ha dado grandes resultados hasta el presente, por lo que concierne á su valor nutritivo, en cada sugeto en particular. Otro tanto podemos decir del exámen histológico (2). Bajo el punto de vista clínico, creemos que el único reactivo que permite realmente juzgar de las cualidades de una nodriza es el niño (3), y el medio más apropósito para darse cuenta de la salud de éste consiste en recurrir á las pesadas sucesivas (4).

El pezon, cuya excitacion aumenta la secrecion glandular, es sobre todo importante bajo el punto de vista de la *excrecion*. Por lo demas, estos dos elementos del acto fisiológico tienen cierto número de puntos de contacto. La expulsion de la leche es debida generalmente á la accion de la *vis à tergo*. Llenándose más y más la glándula, el líquido nuevamente formado empuja hácia adelante el que ya existía. Resulta, pues, que cuanto mayor es la cantidad de leche que segrega la glándula, más fácil es su salida; pero ésta es elaborada principalmente á medida que se trasmite al exterior. La succion obra doblemente en este caso, y es á veces bas-

(1) Aquí el análisis químico no se halla de acuerdo, al parecer, con el exámen histológico, pues hay más grasa y menos glóbulos grasos. Esta diferencia se debe quizá á que cierta cantidad de grasa del calostro se halla combinada de modo que no presenta sus caracteres histológicos ordinarios.

(2) El Dr. Bouchut cree que por la numeracion de los glóbulos de la leche se pueden adquirir nociones útiles respecto al valor de una nodriza. (*Gazette des Hôpit.*, 1878, pág. 65.)

(3) En ciertas agencias de sirvientes, las nodrizas tienen á menudo un niño fuerte y hermoso que sirve para muchas de ellas, y que todas enseñan como suyo. Conviene tener en cuenta esta superchería cuando se trate de elegir una nodriza mercenaria en tales condiciones.

(4) Sería completamente ajeno á nuestro programa el hablar con alguna extension acerca de la cantidad de peso que debe ganar un niño en los diversos períodos de la lactancia. Estas cifras se encontrarán en los tratados que se ocupan de la fisiología y de la patología de los recién nacidos. Sólo recordaremos que, despues de haber perdido algo de su peso en los dias que siguen al nacimiento, recobra sus pérdidas, y progresa durante los 4 ó 5 primeros meses en la proporcion de 25 á 30 gramos por dia. Estas cifras, que no tienen una exactitud matemática, bajan al octavo mes, y entónces el crecimiento cotidiano no es más que de 10 á 20 gramos. Bastará una pesada cada 8 ó 15 dias para conocer el estado de nutricion del niño.

tante poderosa para determinar la lactancia en mujeres vírgenes, y todavía más en las multíparas fuera del embarazo y en una época bastante distante del último parto. Volveremos á ocuparnos más adelante de estos hechos, al hablar de las anomalías de la secrecion.

En estado de reposo, la oclusion de los conductos galactóforos en una gran parte de su trayecto es debida sobre todo á la elasticidad de los tejidos que les rodean. En algunas mujeres, los haces musculares son poco numerosos y están demasiado distantes unos de otros para que pueda admitirse una especie de *tono* muscular, que basta para formar estos conductos. La excitacion del pezon produce el telotismo, es decir, el alargamiento de toda la parte saliente, la dilatacion y la desaparicion de los pliegues de la mucosa. Esta accion puede atribuirse, en nuestro concepto, á los haces musculares oblicuos, que obran á la manera de los músculos anexos á los bulbos pilosos y llevan hácia adelante los puntos en que se insertan inferiormente.

La prueba de que existe cierto grado de contraccion muscular activa y repulsiva, nos la da un hecho de observacion; á saber: cuando el niño deja el pecho, la leche continúa saliendo, y á menudo es lanzada á gran distancia. En algunas mujeres se observa el mismo fenómeno bajo la influencia de un simple contacto del pezon. En otras, por el contrario, se nota el fenómeno inverso; es decir, que una excitacion nerviosa, una emocion viva, por ejemplo, ocasiona un espasmo y una oclusion momentánea de los conductos (1).

Acaso por un mecanismo análogo al primero haga salir el calor la leche en abundancia, cuando se exponen las mamas hinchadas á los vapores de agua muy caliente. No hay, propiamente hablando, esfínter ni válvulas en el trayecto de las vías de expulsion. La disposicion de la mucosa y de sus pliegues, mantenida por la elasticidad de los tejidos ambientes, desempeña próximamente el mismo papel.

La influencia predominante en el proceso de la excrecion mamaria la ejerce la succion, haciendo el vacío la boca del niño, y aspirando de este modo los líquidos contenidos en la glándula. El niño, al mamar, produce un triple resultado. Acelera la secrecion, produce el telotismo, es decir, la abertura de los conductos, y, finalmente, lleva la leche á su boca á la manera de una ventosa, como puede verse introduciendo el dedo en la boca de un niño de pecho.

(1) El telotismo se ve igualmente en ciertas mujeres hemiplégicas y hemi-anestésicas, lo mismo en el lado sano que en el enfermo, conforme hemos observado muchas veces. A pesar de estos hechos de contracciones localizadas al pezon, nos ha sido imposible comprobar en este punto la presencia de ganglios nerviosos auto-motores, á pesar de haberlo intentado por diversos procedimientos.

DESARROLLO DE LA MAMA

La mama se desarrolla, á la manera de las glándulas cutáneas, á expensas de una depresion epidérmica. Entre el tercero y el cuarto mes de la vida embrionaria se observa un engrosamiento del epitelio que se continúa con la capa epidérmica inmediata. De esta pequeña masa lenticular única nacen despues mamelones, primero macizos y luégo con una cavidad que contiene elementos descamados y más ó ménos degenerados. Se ha confundido equivocadamente la eliminacion de estas células gránulo-grasosas con la produccion de leche observada en los recién nacidos. Tambien se ha dicho que los lóbulos de la glándula no existen más que en la mujer adulta durante la lactancia. Nosotros hemos demostrado que no sucede nada de esto (1). Fuera del período de actividad funcional, el tejido glandular es poco abundante y contraído sobre sí mismo. Al principio del embarazo el mamelonamiento comienza, al parecer, por la membrana propia, en la cual se insinúa poco á poco el epitelio (2).

Segun Kölliker, el desarrollo mamario es más marcado y más precoz en las hembras que en los varones (3). Nosotros no hemos hecho investigaciones bajo este punto de vista; pero sospechamos que en los pocos casos referidos la diferencia, segun el sexo, se debe á variedades individuales. En los primeros dias que siguen al nacimiento es imposible admitir, segun nuestras observaciones, un predominio en las niñas.

El pezon no se desarrolla del mismo modo en todos los mamíferos. En cierto período de la vida embrionaria, en el hombre como en los rumiantes, se forma alrededor del campo glandular una eminencia circular de la piel. Pero mientras que en el hombre esta elevacion no progresa más, sino que el campo glandular gana en altura y toma el aspecto de una gran papila cónica, en los rumiantes, por el contrario, el repliegue de la piel se alarga y la glándula se hunde.

En la especie humana, los conductos galactóforos van á abrirse en el vértice de la papila, y en los rumiantes en la base del conducto que atraviesa el pezon. No se debe, pues, considerar este conducto como galactóforo (4), ni su ampolla como un seno lactífero.

No hay que buscar en los rumiantes una areola alrededor y en la superficie del pezon, porque en ellos dichas partes están ocultas y situadas

(1) *Recherches sur la mamelle des enfants nouveau-nés.* (Arch. de Physiol., 1875.)

(2) Winckler, *loc. cit.*, pág. 297.

(3) Kölliker, *loc. cit.*, pág. 800.

(4) Iluss, *Beiträge zur Entwicklung der Milchdrüsen bei Menschen und Wiederkäuern.* *Ienaische Zeitschrift f. medic. und naturwissch.*, 1872, analizado en el *Jahresbericht*, 1872, t. I, pág. 88.

en la base del conducto que atraviesa la teta (1). Hemos descrito una disposición bastante análoga en el conejo, que bajo el punto de vista de la placenta y de la mama, presenta una forma intermedia entre los rumiantes y los carnívoros (2).

ANOMALÍAS DE LA MAMA

Estudiaremos las anomalías mamarias bajo el punto de vista de la *estructura* y bajo el punto de vista de la *secreción*.

ANOMALÍAS DE ESTRUCTURA

Falta y estado rudimentario de la mama

Las suspensiones de desarrollo pueden interesar la totalidad de la mama ó sólo una de sus partes constituyentes, la glándula ó el pezón.

La *falta de las dos mamas* es muy rara, y cuando existe coincide con otras anomalías, casi siempre complejas. Se puede considerar como excepcional la falta de *una sola mama*.

Semejante disposición ora existe aislada, ora complicada con otras monstruosidades, como una hendidura lateral persistente del tórax, la privación de las costillas y de los músculos pectorales. Esta suspensión de la evolución se remonta al segundo mes de la vida intra-uterina.

La falta de pezón, ó *atelia* (3), no se ha observado nunca al nacer el niño. Los casos descritos con este nombre se refieren á retracciones más ó ménos exageradas, de las cuales volveremos á hablar muy pronto. Pero el pezón puede faltar accidentalmente á consecuencia de inflamaciones, eczemas ó mordeduras; esta última causa es, con mucho, la más frecuente. Cuando despues de uno de estos accidentes se obliteran los conductos galactóforos, se observa á menudo una atrofia de la glándula. Si han conservado su permeabilidad, se ve, cuando la mujer ha dado de mamar del pecho sano, que la leche sale al mismo tiempo por el que carece de pezón (4).

El *estado rudimentario*, aunque ménos raro que la falta completa de la mama, no por eso es mejor conocido por la falta de exámen histológico. Por lo general va asociado á otras anomalías de los órganos genitales. En

(1) Véase, á propósito de la anatomía comparada de la mama, Gegenbauer, *Manuel d'Anatomie comparée*, traducción francesa, por G. Vogt, 1874, pág. 555.

(2) *Société de Biologie*, 1877.

(3) De α , privativa, y $\beta\eta\lambda\eta$, mamelon.

(4) Duval, *loc. cit.*, pág. 101.

un caso de que ya hemos hablado en otro lugar, iba acompañado de un vicio de conformación semejante del útero y de la vagina. La mujer objeto de esta observación, aunque de 26 años, tenía las mamas análogas á las de una niña de 12 á 13: ofrecían además la particularidad de estar privadas de areola y de tener un pezon apenas apreciable. Otras veces, por el contrario, las mamas tienen sus dimensiones normales, á pesar de un útero fetal ó infantil (1). Las más veces la mama rudimentaria no se halla en estado de segregación. Así, en los casos en que existía esta anomalía en un solo lado bajo la influencia del parto, funcionaba la glándula normal, siendo la otra improductiva (2). Ordinariamente, el desarrollo incompleto del tejido glandular coexiste con el del pezon. Las observaciones de pezones rudimentarios no son, á menudo, más que casos de retracción (*endotelia*). Ésta sobreviene, ora por el predominio de los haces musculares longitudinales, ora porque los conductos galactóforos son muy cortos, ora, en fin, á consecuencia de diversos estados patológicos que determinan la formación de tejido fibroso retráctil. La *endotelia* fué atribuida en otro tiempo al uso del corsé. Esta opinión podía ser fundada en una época en que la moda imponía el uso de corsés rígidos y que se remontaban á gran altura; pero las formas y condiciones de flexibilidad de los que hoy se emplean, los hacen completamente inofensivos.

La *retracción del pezon* es un grave inconveniente para las mujeres que quieren criar. Si se debe á un acortamiento de los conductos galactóforos, es difícil de remediar. Si reconoce otra causa, se puede hacer desaparecer la *endotelia* empleando una serie de aparatos que obran, ora por la presión ejercida en la base del pezon, ora por el vacío que queda delante de él (3). Así se explica el uso de las diversas bombas, pipas, ventosas, botellas previamente calentadas. Con todo, estos medios no pueden ser más que artificiales, y el mejor de los procedimientos es la succión. Ésta debe practicarse de vez en cuando, tres ó cuatro meses ántes del parto. No creemos que merezcan tenerse en cuenta los temores expuestos por algunos autores respecto á la influencia que tiene la excitación del pezon para provocar un parto prematuro.

La *imperforación de los conductos galactóforos* no es nunca congénita. Semejante disposición presenta un obstáculo absoluto á la lactancia, y todos los medios terapéuticos pueden considerarse desde luego como estériles. Si los conductos están tan sólo obliterados por restos epiteliales, ó por la acumulación de productos sebáceos, una succión algo fuerte, prac-

(1) Siredey y de Sinéty, *loc. cit.* (*Ann. de Gyn.*, 1877.)

(2) Puech, *loc. cit.*, pág. 89.

(3) La acción de la aspiración bucal sobre la extremidad del pezon ha sido demostrada por lo que se observa en las hembras de los marsupiales, que no tienen pezon cuando nacen sus hijos y llegan á presentarlo muy marcado al cabo de poco tiempo bajo la influencia de la succión.

ticada por un sugeto más vigoroso que un recién nacido, hará desaparecer estos cordones duros y dolorosos, designados vulgarmente con el nombre de *cuerdas de leche* ó *pelos*, y permitirá que el líquido salga normalmente.

Mamas supernumerarias (*polimastia*)

Las mamas, en la especie humana, son en número de dos. En ciertos casos, sin embargo, se observan tres, cuatro, y aún cinco en una misma mujer. Esta disposición anatómica, poco importante bajo el punto de vista clínico, presenta gran interés con relación á la anatomía comparada y á las teorías darwinistas (1). Las glándulas supernumerarias existen, por lo general, debajo de las dos mamas principales. Se han visto igualmente en la ingle, en la parte externa del muslo y en la region axilar. Los casos de mamas dorsales no nos parecen suficientemente demostrados para que puedan admitirse desde luégo. Probablemente se han considerado como tales ciertas producciones que en realidad eran verdaderos tumores, sobre todo lipomas. El volúmen de la glándula accesoria suele ser menor que el del órgano principal, al cual se halla unida por un sistema vascular comun.

Las mamas supernumerarias están, por lo general, provistas de pezon. Sufren las mismas modificaciones fisiológicas que la glándula normal bajo la influencia de la pubertad y del embarazo, y segregan leche despues del parto. Algunas veces no funcionan hasta el segundo ó tercer parto, no ofreciendo ántes ninguna particularidad. Finalmente, en otras mujeres no dan nunca ninguna secrecion, ó ésta es tan pequeña que pasa desapercibida (2). El exámen histológico ha demostrado que su estructura era idéntica á la del órgano normal. El diagnóstico anatómico es algunas veces difícil, sobre todo en las niñas, en las cuales puede confundirse con ciertos tumores ó deformidades de la piel.

Otras anomalías pueden acompañar á la polimastia, aunque por lo general son aisladas (3). Como casi todas las disposiciones anatómicas de esta índole, la que nos ocupa suele ser hereditaria. Cuando la glándula accesoria se halla situada en la region axilar, determina á veces una molestia tan considerable que las enfermas reclaman su ablacion.

(1) Véase Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, *Des anomalies*, t. I, pág. 710, y t. III, página 353. — Darwin, *De la variation des animaux et des plantes*, traduccion francesa. 1868, t. II, pág. 60, y del mismo autor, *La descendance de l'homme et la sélection sexuelle*, traduccion francesa, 1872, t. I, págs. 134 y 139.

(2) No sucede lo mismo con las glándulas de la areola, en las cuales debe buscarse la leche para encontrarla, excepto en circunstancias raras, como las que se presentaron en la observacion del Dr. Pinard, ya citada.

(3) Se han citado casos de polimastia acompañada de otras anomalías. Podríamos mencionar el de Ana Bolena, que poseía tres mamas y seis dedos en cada mano y en cada pié.

La presencia de muchos pezones en una misma mama (politelia), ha sido observada de una manera indiscutible, no sólo por los antiguos, sino también por los autores modernos (1). Los pezones supernumerarios están implantados, ora en la mama, al lado del pezón normal, ora por fuera de este punto, y poseen una areola propia que falta en otros casos. Rara vez de un volúmen igual á la eminencia mamilar principal, el órgano accesorio presenta la misma estructura, las mismas propiedades de coloracion, de telotismo, y da paso á la leche. Este vicio de conformacion, más frecuente de lo que generalmente se cree, se observa también en el sexo masculino, segun lo indican los informes de los médicos militares, que por su cargo tienen que ver muchos hombres á la vez en los reconocimientos de quintos (2). Por lo demas, las glándulas de la areola poseen verdaderos pezoncillos en miniatura, que pueden presentar el fenómeno del telosismo.

Hipertrofia de la mama

Hemos visto, al hablar de las menstruaciones precoces, que en ciertos sujetos las mamas adquieren un desarrollo prematuro en relacion con el principio de la funcion catamenial. Aparte de estas condiciones, la hipertrofia de la mama puede existir como fenómeno aislado. Así, se han visto niñas de tres ó cuatro años con pechos tan voluminosos como una mujer de 20, sin que por eso hubiera hemorragia periódica (3). Además de estos raros casos de anomalía en las dimensiones de las mamas en las niñas, se ve en la mujer adulta una hipertrofia que depende de la gestacion y que, si pasa de los límites fisiológicos, puede ser el punto de partida de una verdadera enfermedad (4). El tumor que entónces resulta, primero duro y resistente, se torna despues blando, péndulo, y tiende á pediculizarse. El pezón se deprime, la areola se ensancha, el peso y los diámetros de la mama adquieren algunas veces colosales dimensiones. Generalmente, tales fenómenos se observan fuera de todas estas condiciones en las jóvenes ántes de la pubertad ó en el momento de la aparicion de los signos que la caracterizan. Cuanto más se retrasa la menstruacion, más aumentan de volúmen las glándulas lácteas. Se ha observado esto, principalmente en las mujeres que no menstruan hasta los 20 ó 25 años. Ambas anomalías, amenorrea é hipertrofia mamaria, van unidas con frecuencia. Se ha invocado también, bajo el punto de vista etiológico, la irregularidad ó la supresion brusca del flujo catamenial. La grasa toma una parte mayor que el

(1) Charcot y Legendre, *Soc. de Biologie*, 1859, pág. 773.

(2) Lacassagne, Comunicacion verbal.

(3) Puech, *loc. cit.*, pág. 100.

(4) Véase con este objeto Labarraque, *Etude de l'hypertrophie générale de la glande mammaire chez la femme*, tesis de doctorado. París, 1875.

tejido glandular en la formación de estos tumores. Su desarrollo, más ó ménos pronto segun los casos, reviste á veces un curso agudo.

El *tratamiento* debe consistir sobre todo en sostener y comprimir las mamas así aumentadas de volúmen. El iodo bajo la forma de fricciones, y sobre todo administrado al interior, se halla indicado en tales condiciones. Finalmente, en algunos casos es forzoso recurrir á la amputación.

La mujer no es la única que se halla expuesta á la hipertrofia simple de la mama. Esta deformidad se observa igualmente en los varones, y toma entónces el nombre de *ginecomastia*. Se encuentra en la proporción de 1 entre 1.500, segun la estadística del reclutamiento militar. En la época de la pubertad, los fenómenos propios de las glándulas mamarias, aunque ménos intensos que en la mujer, se observan igualmente en los muchachos. Existe cierto grado de tumefacción, acompañada de la salida de un líquido seroso más ó ménos sucio, y en algunos casos hasta una verdadera *mamitis*. Este proceso disminuye y cesa, por lo general, al cabo de poco tiempo, y la glándula permanece estacionaria toda la vida.

En ciertos casos, en vez de detener su marcha, la hipertrofia continúa aumentando más y más, y el hombre llega á tener mamas absolutamente análogas á las de una mujer (1).

El volúmen exagerado de la mama coincide á menudo con una suspensión ó disminucion de desarrollo de los órganos genitales. Otras veces no sucede nada de esto, y la anomalía mamaria es la única que existe en hombres que poseen todas sus funciones genitales y la integridad de todos sus órganos. Se han publicado casos de hipertrofia mamaria unilateral, acompañada de pérdida de testículo del mismo lado, á consecuencia de un traumatismo ó de una orquitis blenorragica. En los individuos de este género con deformidad unilateral, se ha intentado en vano hacer segregar leche al órgano hipertrofiado (2).

La ginecomastia se presentó, al parecer, con bastante frecuencia en ciertos pueblos de la antigüedad (3). La compresión, asociada al uso del iodo, bastó para producir la disminucion y aún la desaparición de algunas de estas hipertrofias mamarias en el hombre.

(1) En un caso de hipertrofia mamaria simple en el hombre, cuyo exámen histológico tuvimos ocasion de hacer, los conductos galactóforos estaban tan desarrollados como en una mujer durante la lactancia y tapizados por numerosas capas de epitelio cilíndrico. Los fondos de saco glandulares contenían algunos glóbulos grasosos y formaban verdaderos *acini*, aunque poco numerosos, revestidos por una sola capa de epitelio cúbico. No existían apénas haces musculares en la trama del pezón. En cambio se observaba una cantidad considerable de tejido adiposo, en medio del cual estaban las partes glandulares.

(2) Véase la observación publicada en la *Tribune médicale*, 1878.

(3) Véase Hipócrates, *Des airs, des eaux et des lieux*, § 106. Véanse también con este objeto las publicaciones recientes del Sr. Lereboullet, *Union médicale*, 1877, y de M. Breca, *Bulletins d'Anthropologie*, 1877.

La *atrofia de la mama* se observa ordinariamente como un signo de la vejez, y sigue á la atrofia del útero y de los ovarios. Sin embargo, en ciertas mujeres viejas la grasa persiste, y el aspecto de las mamas es casi el mismo á pesar de la desaparicion del tejido glandular. Fenómenos del mismo orden se notan en las mujeres jóvenes á consecuencia de enfermedades largas, de una lactancia prolongada, y aún en los primeros períodos de la vida á consecuencia de la mastítis de las recién nacidas.

ANOMALÍAS DE LA SECRECION MAMARIA

Se ha incluido entre las anomalías de la secrecion mamaria la produccion de leche que se observa en los niños de ambos sexos en los primeros días que siguen al nacimiento. Este es un fenómeno normal que se observa casi constantemente si se busca con cuidado (1), y que coincide, al parecer, con iguales fenómenos por parte de los ovarios y de los testículos (2).

Aparte de estos hechos, la secrecion de la leche se observa como un hecho excepcional en los niños ó las niñas, faltando, como es natural, las relaciones sexuales y la fecundacion. La succion ha bastado algunas veces para conseguir el mismo resultado. Es todavía más fácil determinar la funcion glandular, por este procedimiento, en mujeres que han parido cierto tiempo ántes. En algunas de ellas, cada período menstrual va acompañado de un retorno de la lactancia. Esta secrecion puede llegar á presentarse, por el mismo procedimiento despues de la menopausia y aún en mujeres mayores de 60 años (3).

En el hombre, lo mismo que en las demas especies animales, la secrecion láctea puede llegar á presentarse en los varones. El análisis del líquido en casos de este género, ha demostrado que era semejante á la leche normal (4). Pero la ginecomastia no va siempre acompañada de aptitud funcional, segun lo prueban las observaciones ántes citadas, en las cuales, á pesar de las maniobras empleadas durante algun tiempo, no se obtuvo la menor secrecion.

(1) Hemos conseguido en los recién nacidos aumentar la cantidad de leche segregada y prolongar la secrecion durante muchas semanas, teniendo cuidado de sacar con suavidad, todos los días, el líquido contenido en las mamas.

(2) Véase, para más detalles sobre el particular, nuestra Memoria publicada en los *Arch. de Physiologie*, 1875.

(3) Por medio de excitaciones ejercidas sobre la mama se puede hacer criar á los animales, las vacas, por ejemplo, que no han sido fecundadas. (Claudio Bernard, *Liquides de l'organisme*, t. II, pág. 221.)

(4) Capron, *Anomalies de la sécrétion mammaire*, tésis de doctorado. París, 1877, pág. 19.

De la agalaccia (1)

Se designa con el nombre de *agalaccia* la falta de secrecion láctea, en las condiciones en que normalmente debe verificarse. La leche, aunque elaborada por la glándula en mayor ó menor abundancia, no es eliminada al exterior en ciertos casos, á causa de una cicatriz del pezón, de una obliteracion de los conductos galactóforos, de una mastítis. Estos hechos, debidos á una falta de excrecion, no entran precisamente en la categoría de la agalaccia, expresion que sirve para designar la falta de secrecion.

Semejante anomalía funcional rara vez es completa. Por el contrario, con alguna frecuencia la produccion de leche es poco abundante, y cesa al cabo de un cierto período de tiempo. En los casos raros en que la funcion mamaria es absolutamente nula, las mamas no sufren la menor modificación ni durante el embarazo, ni despues del parto.

Ordinariamente los primeros embarazos van seguidos de una lactancia ménos abundante que los siguientes. Otras veces sucede lo contrario, y el valor de la nodriza disminuye en cada nueva concepcion. La edad de la nodriza tiene gran importancia bajo este punto de vista. En la juventud es cuando principalmente se observa el primer proceso, y el segundo en un período algo avanzado de la vida.

La agalaccia completa puede ser difícil de reconocer en las nodrizas mercenarias, que tienen interés en engañar á la familia del niño que van á criar. Si en el momento en que se las examina las mamas parecen poco ricas en leche, alegan que el niño acaba de mamar. Los caractéres del líquido obtenido en tales condiciones permiten juzgar la cuestion. Sabido es que al fin de la lactancia la leche suele ser cremosa y espesa. Si se la encuentra clara y apenas opalina, cabe sospechar de la veracidad de los asertos de la nodriza (2).

Entre las causas de la agalaccia debemos colocar en primera línea la herencia, indicada en muchas observaciones (3). La pérdida de costumbre de la lactancia materna en ciertas familias, ha sido invocada asimismo con gran razon. El uso de corsés muy resistentes y demasiado apretados, acusado quizá con motivo en otra época (por las razones que ya hemos expuesto), no puede serlo en la actualidad, gracias á los progresos de la higiene en este punto.

Las más veces, la agalaccia completa depende de una disposicion individual de origen desconocido. Las emociones vivas y repentinas pueden,

(1) Agalaccia ó agalaxia. De *a*, privativa, *γάλα*, leche.

(2) Besson, *Pathologie de la lactation*, tésis de doctorado. París, 1873, pág. 11.

(3) Capron, *loc. cit.*, pág. 33.

en ciertas mujeres muy impresionables, suspender momentáneamente la producción de la leche.

Es dudoso que dicha influencia sea bastante poderosa para determinar una agalaccia definitiva.

Tratamiento. — Se han propuesto los medios más diversos para hacer desaparecer esta anomalía funcional: la seccion, las ventosas, las aplicaciones excitantes sobre las mamas. Las hojas de ciertas plantas, como el ricino, empleadas con tal objeto, obran acaso más sobre la imaginación que sobre la glándula.

Algunas veces se han obtenido buenos efectos de la electricidad. Este tratamiento, según veremos bien pronto, se ha preconizado igualmente contra los accidentes inversos, es decir, la galactorrea. Con todo, reflexionando un poco se comprende que semejante contraindicación sólo es aparente, pues con un mismo medio pueden obtenerse efectos opuestos, según que la causa exista en el elemento muscular ó en el tejido glandular. Rœhrig, fundando una teoría terapéutica en sus experimentos de fisiología, aconseja el uso del café y del jaborandi contra la agalaccia.

De la galactorrea (1)

Hemos visto que la mujer en estado normal produce en las 24 horas unos 1.300 gramos de leche, y que esta secreción se prolonga, por término medio, 12 á 18 meses. Pues bien; estas cifras se modifican á menudo bajo la influencia de un sin número de circunstancias.

En ciertos casos la secreción láctea, por excesiva abundancia ó su duración exagerada, puede producir graves desórdenes del organismo, que se manifiestan sobre todo por una anemia más ó ménos marcada (2).

Esto, lo mismo que la mayor parte de las anomalías mamarias, no constituye una curiosidad anatómica ó fisiológica, sino un estado patológico, acerca del cual se consulta muchas veces al médico.

Las enfermas aquejan una tensión penosa de las mamas, hormigueo en el pezón, están obligadas á ponerse paños en la región mamaria, llegando á mojar muchos en un día. En los primeros períodos esta anomalía secretoria es tan sólo una molestia para las enfermas y una causa de repugnancia para los que se acercan á ellas. Pero, á la larga, las mujeres palidecen, el enflaquecimiento hace rápidos progresos, se pierde el apetito,

(1) Algunos autores han querido establecer una diferencia entre la *galactorrea* (de γάλα, γάλακτος, leche, y ῥέω, flujo) y la *galactirrea* (de γαλακτιάω, regurgitación de leche, y ῥέω, flujo). Estas distinciones etimológicas no ofrecen, en nuestro concepto, gran interés, por lo cual conservaremos la denominación de *galactorrea*, que es la más generalmente adoptada hasta el día.

(2) Sée, *Du sang et des anémies*. París, 1866, pág. 93.

y es de temer un estado héctico ó el desarrollo de una tísis pulmonar (1).

El exceso de la secrecion mamaria se observa ya, en ocasiones, durante la gestacion; otras veces sólo despues del parto. Desde el principio de la lactancia las mamas producen tanta leche, que las mujeres pueden criar varios niños al mismo tiempo. En ciertos casos, el flujo lácteo se prolonga algunos meses y áun años (2).

La galactorrea puede ser *activa ó pasiva*; es decir, resultar de un exceso de contractilidad de los músculos del pezon, que produce un tetotismo casi permanente, ó, por el contrario, depender de una relajacion de los conductos, cuyos repliegues, ya borrados, no oponen ningun obstáculo á su salida.

Cualquiera que sea, por lo demas, el origen de la facilidad excretoria, esto basta para aumentar la secrecion. La relacion recíproca de estos dos elementos funcionales es conocida en todas las demas glándulas; por eso se han comparado con razon los accidentes que en este momento nos ocupan con ciertos casos de espermatorea á consecuencia de excesos sexuales.

Las *causas* que producen la galactorrea son á menudo inexplicables. A veces se ha observado hereditariamente como la agalaccia. Las mujeres débiles, linfáticas, se hallan más expuestas que las demas á esta variedad de anomalía secretoria. Se ha dicho que la falta de lactancia podía ser su punto de partida. Sin que neguemos la posibilidad de esta analogía, podemos afirmar que casi siempre sucede lo contrario, pues en la mayor parte de las observaciones se trataba de una lactancia exagerada.

La galactorrea poco abundante y que sólo se prolonga algunos meses, es más bien una incomodidad que una verdadera afeccion. Pero si el exceso de secrecion persiste algun tiempo puede resultar un estado de debilidad que predispone á la invasion de la tísis pulmonar, sin que por eso sea propiamente su causa.

La produccion de la leche cuando es demasiado rica, no deja de tener alguna influencia sobre el niño. Si el líquido segregado es de buena calidad, se observan, sobre todo, indigestiones, vómitos y diarrea (3). Si á

(1) Guéneau de Mussy, *Clinique médicale*, t. II, pág. 367.

(2) En una observacion que tenemos publicada (*Soc. de Biologie*, 1877), la enferma habia parido por tercera vez despues de tres años de descanso. Los dos primeros niños mamaron mucho tiempo. El tercero no mamó una sola vez; con todo, 18 meses despues pudimos ver un flujo lácteo abundante en ambas mamas. La leche era más espesa y mucho más rica en grasa que la de una mujer en estado normal, en plena actividad funcional. Contenía ademas numerosos cristales de colessterina. La orina no presentaba ningun indicio de azúcar, lo cual venía en apoyo de lo que hemos expuesto acerca de la glucosuria de las nodrizas. Dicha mujer estaba pálida, débil y muy delgada.

(3) Se ha atribuido á esta causa el desarrollo de *tumores frios*. Nosotros no vemos en qué pueda fundarse semejante opinion. Por lo demas, ¿cuál es la enfermedad cuyo origen entre el vulgo, y áun entre los médicos, no se remonta á la lactancia?

pesar de su abundancia se halla alterada en sus condiciones fisiológicas, el niño enflaquece y presenta los signos de la atrepsia (1).

Tratamiento. — Las mujeres que padecen galactorrea deben, en primer término, suspender la lactancia, ora poco á poco, ora bruscamente. Si no se han presentado las reglas, se las excitará por medio de fumigaciones calientes, baños de piés sinapizados, aplicaciones de sanguijuelas á la region vulvar. Contra el estado anémico obrarán favorablemente la quina, el hierro y la hidroterapia.

Los purgantes repetidos, los diuréticos y los sudoríficos, no suelen dar resultado en el tratamiento de la hipersecrecion mamaria. Los narcóticos (opio al interior y linimento con morfina en fricciones) han dado, al parecer, algunos resultados. Otro tanto diremos de las aplicaciones de compresas empapadas en una disolucion de cloruro amónico y de ioduro de potasio (2). El agárico blanco se ha empleado asimismo en tales condiciones, en vista de los favorables resultados obtenidos por Joulin (3). El cloral ha sido tambien preconizado. Algunos autores aconsejan recurrir á la electricidad. Pero el mejor de todos los procedimientos curativos, asociado ó no á los que acabamos de exponer, es la compresion hecha con cuidado. Las dos mamas se cubrirán con una gruesa capa de algodón, hasta obtener una almohadilla elástica y resistente que aprisione todo el órgano.

Una venda de diaquilon de la anchura de la mano (4), aplicada sobre el algodón, contornea la axila, pasa por detras de la espalda y va, por el lado opuesto, á buscar el primer cabo. Despues se hacen algunas vueltas cruzadas sobre el pecho, y bastante apretadas para comprimir sin molestar mucho, comenzando siempre por la parte inferior de las mamas. El diaquilon ofrece la ventaja de dejar que el aparato se relaje ménos, pero tiene el inconveniente de irritar la piel cuando es delicada y muy sensible. En tales casos se hará tan sólo la compresion con algodón y vendas de tela. En tales condiciones el aparato se quita fácilmente y puede renovarse todos los dias. Este tratamiento nos ha dado buenos resultados en los casos en que lo hemos empleado.

(1) Ya hemos hablado de los casos en que la leche contrae un color anormal, azul, rojo ó amarillo.

(2) Diez ó 20 gramos de cloruro de amoniaco, y 10 gramos de ioduro potásico por 200 gramos de agua.

(3) Se puede asociar al agárico una pequeña dosis de ioduro de potasio, administrándolo en sellos Limousin para evitar el sabor desagradable del agárico. Cada sello debe contener 25 centigramos de agárico y 10 centigramos de ioduro. Se prescribirán 4 á 6 sellos cada dia.

(4) Conviene prescribirla con la fórmula *diaquilon de los hospitales*.

INFLAMACIONES DE LA MAMA

Se han dividido las inflamaciones de la glándula mamaria en *flegmonosas* y *parenquimatosas*, según que las lesiones tienen su asiento en el tejido conjuntivo ó en la glándula misma.

Semejantes clasificaciones nos parecen fundadas más bien en ideas teóricas que en observaciones anatómo-patológicas. Las alteraciones que interesan las partes profundas de la mama tienen casi siempre su punto de partida en lesiones superficiales, y rara vez coinciden con la integridad de los tegumentos. Creemos, pues, que la patogenia de todas estas inflamaciones es casi idéntica, cualquiera que sea su sitio, y en la mayoría de los casos se hallan bajo la dependencia del sistema linfático (1).

Puede referirse sin duda á la mama cuanto hemos dicho al hablar de las lesiones de la misma índole observadas en el útero y en sus inmediaciones, respecto á la pelvi-peritonitis y el flemon del ligamento ancho.

Estudiaremos primero las afecciones del pezón, y en un segundo capítulo las que interesan las regiones profundas de la glándula ó los tejidos que la rodean.

INFLAMACIONES Y LESIONES DEL PEZÓN

Anatomía patológica. — La piel del pezón, por su finura y por los numerosos pliegues que presenta, se halla más expuesta que cualquiera otra á las ulceraciones, sobre todo en las mujeres que crían. Se han dado á estas pequeñas heridas tegumentarias denominaciones diferentes, según su profundidad. Así, la *excoriacion* llega á ser una *fisura* ó una *grieta*.

Las ulceraciones existen, las más veces, en la extremidad del pezón ó en su base, en el surco que la separa de la areola. Su forma es irregular ó en media luna; algunas veces es necesario distender la papila para descubrirlas. Las grietas tienen, en algunas mujeres, una profundidad suficiente para circunscribir toda la base del apéndice mamilar y separarla de los tejidos subyacentes, á los cuales sólo queda adherido por los conductos galactóforos. En determinados casos se desprende por completo y cae espontáneamente. Estas lesiones pueden quedar limitadas al pezón ó aumentar en profundidad, y dar lugar á abscesos más ó menos superficiales. Cuando las mujeres no dan de mamar en mucho tiempo, las superficies excoriadas se cubren de costras que las ocultan.

Sintomas. — Generalmente, las ulceraciones del pezón aparecen algu-

(1) Esta opinión fué defendida por un ilustre cirujano, el Dr. A. Nélaton, en una época en que no se conocía tan bien como hoy la estructura del sistema linfático. (Nélaton, *Elementos de Patología quirúrgica*, versión española de los Sres. Serret y Carreras. Madrid, 1878, t. V.)

nos días despues del parto. Se manifiestan por un dolor vivo en el punto en que residen, y acompañado de escalofrío y de fiebre. Con frecuencia los síntomas locales son poco marcados al principio, y las manifestaciones generales pueden hacer creer en la invasión de accidentes puerperales graves. En poco tiempo los fenómenos dolorosos adquieren un grado considerable de agudeza, hasta el punto de arrancar gritos y sollozos á las pacientes en el momento en que dan de mamar. Bajo esta influencia falta el sueño y el apetito, y en ocasiones llega á estar comprometida la lactancia.

Es raro que las grietas den lugar á hemorragias; sin embargo, conviene tener en cuenta la posibilidad del hecho, por si llega á encontrarse sangre en los vómitos ó en las deposiciones del niño.

Diagnóstico. — No presenta generalmente ninguna dificultad. Apenas se podrá confundir una ulceracion simple del pezón con una lesion de naturaleza sifilítica. El chancro presenta caracteres que no permiten semejante error. En cuanto á los accidentes secundarios, éstos ofrecen una forma, un color y una extension que les distinguen de la fisura no especifica. En caso de duda, los conmemorativos y la inspeccion de las demas regiones resolverán la cuestion. En efecto; es muy raro encontrar sifilides limitadas únicamente al pezón, donde es raro aparezcan. En casos de este género tampoco debe descuidarse el exámen del niño.

Pronóstico. — Las ulceraciones del pezón no constituyen una afección grave para la vida de la enferma. Curan generalmente por el solo hecho de la cesacion de la funcion glandular. Las fisuras circulares son más difíciles de cicatrizar que las que tienen una direccion longitudinal. No presentan más gravedad que la que resulta del obstáculo para la lactancia. Además, con frecuencia son el punto de partida de abscesos mamarios.

Etiología. — En ciertas mujeres, el pezón es tan sensible que el menor contacto, el de una sábana ó el de la camisa, bastan para causar dolor. Esta hiperestesia se observa aún cuando no haya lesion inflamatoria, pero predispone indudablemente á ella, tanto más cuanto que á menudo coincide con una excesiva finura de la piel de esta region.

Se han invocado numerosas causas para explicar el desarrollo de las ulceraciones del pezón. En primer término, la lactancia, que obra de muchos modos. Unas veces, distendiendo y ejerciendo una traccion sobre los pliegues que surcan la piel; cuyos pliegues, por otro lado, se hallan expuestos á retener polvo ó cuerpos extraños, que los irritan á su vez. En otros casos, la maceracion del epidermis por su contacto perpétuo con líquidos más ó ménos alterados, como la saliva ó la leche (1), facilita el desarrollo de las pequeñas lesiones que nos ocupan.

(1) Se ha observado que los niños enfermos de estomatitis simples ó parasitarias podían ocasionar grietas y excoriaciones en los pechos de sus nodrizas.

La forma de la papila ejerce igualmente una influencia sobre la producción de las fisuras. Las de base estrecha, en forma de hongo, ó muy retraídas (endotelia), ofrecen una predisposición particular.

Se ha considerado la acción del frío como una causa frecuente de grietas de la mama. Esta hipótesis es admisible, sobre todo si recordamos lo que sucede ordinariamente en otras mucosas, principalmente en la de los labios.

Las ulceraciones de esta región se observan en muchas mujeres, sobre todo en las clínicas hospitalarias. Se presentan próximamente en la cuarta parte de las recién paridas. Las primíparas, y entre ellas ante todo las mujeres linfáticas, de piel fina y delicada, se hallan más expuestas que las que han tenido muchos hijos.

Tratamiento. — Estas ulceraciones, una vez desarrolladas, son bastante difíciles de curar; en cambio, por un tratamiento preventivo empleado á tiempo y con algun esmero, se puede prevenir su aparición en la inmensa mayoría de los casos.

Las dos principales indicaciones consisten en dar al pezón forma y proporciones convenientes y en endurecer su epidérmis. Tres meses ántes del término del embarazo se ejercerán todos los días ligeras tracciones sobre el pezón, comprimiéndole entre los dedos. Si se recurre á la aplicación de una ventosa ó de una bomba, conviene tener cuidado de no hacer el vacío sino con precaución y de una manera incompleta al principio, para no exagerar el aflujo sanguíneo. Al propio tiempo, se practicarán lociones astringentes con una ligera disolución de tanino ó de quina (1). Después de cada loción se enjugará cuidadosamente la superficie, procurando dejarla expuesta algun tiempo al aire para disminuir de este modo su susceptibilidad. Con estos medios, empleados oportunamente, pueden llegar á ser aptos para la lactancia ciertos órganos que desde luégo no podían llenar su función. Finalmente, la mujer debe dar el pecho algunas horas después del parto, y no esperar á la subida de la leche.

Para comenzar á criar, es preciso ante todo colocar el pezón en la boca del niño por debajo de la lengua.

Después se enjugará, resguardándole del frío cada vez que el niño mame. Se dictarán reglas para las comidas, lo cual es preferible para la madre y para el niño. Con estas precauciones, es casi seguro evitar las ulceraciones. Cuando éstas llegan á presentarse, la cesación de la lactancia basta ordinariamente para hacerlas desaparecer; pero algunas veces se presentan abscesos mamarios. Si la mujer quiere continuar criando, lo puede conseguir con alguna paciencia. Se facilitará la curación de las grietas tocando la pequeña úlcera con el cilindro de nitrato de plata. Inmediata-

(1) El vino rojo y el cocimiento de rosas obran principalmente por el tanino que contienen.

mente despues de la cauterizacion se neutraliza el exceso haciendo lociones con una disolucion saturada de cloruro de sódio. Con el mismo se ha aconsejado el ácido pítrico, extendido con un pincel sobre los puntos enfermos (1).

Las unturas repetidas, tres veces al dia, con los glicerolados de tanino, constituyen un buen método de tratamiento (2). La aplicacion de un trozo de tripa mantenido en sus bordes por una capa de colodion, es un procedimiento que da tambien resultados satisfactorios.

La tripa, perforada por algunos agujeros en su centro, se coloca sobre el pezon de modo que sus bordes, que deben pasar de la circunferencia de la areola, puedan fijarse á la piel con colodion. Antes de mamar el niño se humedecerá la membrana, y en el intervalo se cubrirá con una compresa mojada de glicerina.

Como medicamento interno se administrará el sulfato de quinina á la dosis de 30 á 40 centígramos, dos veces al dia, cuando existe fiebre.

Si á pesar de estos medios es preciso suspender la lactancia, se procurará obtener una derivacion intestinal con los purgantes salinos ó el aceite de ricino. En cuanto á los llamados *antilácteos*, no tienen más accion, por lo general, que satisfacer la imaginacion de las enfermas. De todas las sustancias que pueden darse al interior en tales condiciones, la mejor es sin duda el ioduro de potasio á la dosis de 40 á 50 centígramos por dia. Se ha aconsejado ademas extraer la leche con una bomba. Esta maniobra tiene el inconveniente de excitar la secrecion y prolongar su duracion. Las mamas, previamente untadas con una pomada calmante ó unguento mercurial belladonizado, se cubrirán con una espesa capa de algodón, sosteniéndola con un vendaje apropiado.

Gracias á todas estas precauciones puede esperarse evitar á las enfermas las ulceraciones mamilares, los dolores intensos y prolongados que resultan de la formacion de los abscesos.

Inflamaciones de la mama (mastitis, mamítis, abscesos de la mama)

Anatomía patológica. — A consecuencia del parto las mamas sufren un aumento considerable de volúmen, debido á la congestion que acom-

(1)	Acido pítrico	2	
	Agua	100	
	Lavar el pezon ántes y despues de aplicar el medicamento. (Charrier, <i>Ann. de Gynecologie</i> , 1876, pág. 77.)		
(2)	Glicerina pura (ó glicerolado de almidón).	30	
	Tanino	4	
	Procedimiento preconizado por Legroux, ó bien		
	Glicerina	30	
	Extracto de ratania	3	

pañía á la secrecion láctea. Ciertos desórdenes generales que llegan á su máxima intensidad hácia el tercero ó cuarto día, constituyen lo que en otro tiempo se designaba con el nombre de *fiebre láctea*. Los trabajos modernos han demostrado que no existe fiebre, propiamente hablando, y que cuando la temperatura pasa de 37 á 38°, es porque existe una complicacion cualquiera. Entónces debe buscarse con cuidado — y es raro no encontrarla — ora en los órganos genitales internos ó externos, ora en las mamas, la explicacion anatómica del movimiento febril. La congestion mamaria, sin pasar de sus límites fisiológicos, es á menudo bastante intensa para que las mamas se tornen muy voluminosas, rojas y dolorosas, infartándose los ganglios axilares. A pesar de estos síntomas, rara vez sobreviene una verdadera mastítis seguida de abscesos. Estos sólo se presentan más tarde, casi siempre á consecuencia de grietas ó de excoriaciones del pezón.

Se dividen las flegmasías de la mama, segun su sitio, en *flemones subcutáneos, glandulares, y profundos ó retro-mamarios*. Estos últimos producen rápidamente una vasta coleccion purulenta por debajo de la glándula, que se eleva en totalidad.

Los flemones glandulares no suelen invadir al principio más que un lóbulos. Sólo despues llega á enfermar el segundo ó tercero, de donde resultan abscesos múltiples, que se suceden durante mucho tiempo. Poco á poco, concluyen por estar lesionados todos los puntos de la glándula. Las supuraciones profundas se convierten entónces en subcutáneas, y dan lugar á lo que se llaman *abscesos en forma de boton de camisa ó de alforja*.

La *gangrena* de la mama es rara. La hemos visto, sobre todo, localizada al pezón y á la areola. Los casos de este género se observan principalmente en las salas de hospital, y coinciden á menudo con epidemias de gangrena vulvar ó accidentes puerperales graves.

Síntomas, curso. — Las inflamaciones mamarias revisten unas veces la forma *aguda*, y otras la forma *subaguda* y aún *crónica*.

En la forma *aguda*, las enfermas sienten escalofrios y fiebre; la temperatura se eleva y puede llegar, durante algunos dias, hasta 39 y 40°. Las mamas están hinchadas, rojas, sensibles á la presion. Una de ellas, sobre todo, presenta en un punto limitado una induracion y una rubicundez más marcadas. Si aumenta la inflamacion, llegan á estar comprometidos los ganglios axilares.

Algunas veces la flegmasía se detiene, la tumefaccion se reabsorbe y desaparece al cabo de cierto tiempo. Esta terminacion favorable es poco frecuente, y las más veces la inflamacion da lugar á la formacion de abscesos, que producen dolores violentos hasta la evacuacion del pus. La abertura espontánea de la coleccion purulenta suele verificarse á los 15 dias, pero puede tardar más ó ménos, segun la profundidad del absceso. Cuando el foco comunica con los conductos galactóforos, el pus que sale por

la abertura irregular del trayecto fistuloso suele estar mezclado con leche.

Cuando la bolsa purulenta se halla situada por debajo de la mama, en el tejido conjuntivo que la separa de las capas musculares, la mama es empujada en totalidad lejos de los planos óseos, su base está como edematosa, y parece que se halla aplicada sobre una vejiga elástica. El flemon mamario circunscrito es á menudo múltiple, é invade sucesivamente hasta 20 ó 30 puntos distintos. De aquí resulta que la piel de la region está sembrada de orificios, disposicion que ha sido comparada por Velpeau á la de una *regadera*. El lóbulo enfermo corresponde casi siempre á una grieta situada en el mismo lado y en la misma zona.

Hemos visto que el pus que sale por el orificio del absceso está á veces mezclado con leche. Contiene ademas, en algunos casos, cierta cantidad de gases fétidos, áun al abrirlo, y ántes de que haya existido ninguna comunicacion con el aire exterior (1).

Las inflamaciones mamarias no están siempre circunscritas ó limitadas á uno ó muchos tubos: pueden dar lugar á síntomas graves, adinámicos, y presentar la marcha del *flemon difuso*. Entónces se ven numerosas flictenas en la superficie del órgano, que es más voluminoso, de un color generalizado, rojo, oscuro ó violáceo, y da á la palpacion la sensacion de una esponja empapada de líquido.

Ora se verifique la abertura de los abscesos espontáneamente, ora de una manera artificial, se forman *fistulas lácteas* que persisten mucho tiempo, áun despues de la curacion de las lesiones inflamatorias. Sin embargo, por lo general curan y desaparecen con la lactancia á consecuencia de las flegmasías de la mama, ora terminen por resolucion, ora por supuracion, que dan con frecuencia pequeños focos indurados. Estas induraciones limitadas no dan lugar á ningun síntoma, pero preocupan de tal modo á las enfermas que muchas veces llegan á reclamar su ablacion.

Diagnóstico. — El de las inflamaciones agudas de la mama no presenta ninguna dificultad. Con todo, las induraciones localizadas que quedan despues pueden ser difíciles de interpretar. Su movilidad y la falta de adherencias, lo mismo con la piel que con los tejidos subyacentes, permiten distinguirlos de los tumores malignos al principio. Ademas, los conmemorativos, las cicatrices, y el curso tan diferente en ambos lados, no dejarán la menor duda en el ánimo del observador.

Pronóstico. — Las inflamaciones de la mama constituyen afecciones dolorosas, rebeldes y pertinaces, mas por lo general no ponen en peligro la vida de las enfermas.

El pronóstico es ménos favorable en las mujeres delicadas, débiles,

(1) Acaso puedan explicarse estos hechos por la penetracion de gérmenes introducidos, gracias á las lesiones de la superficie, que se cicatrizan luégo, miéntas que los gérmenes continúan desarrollándose en los espacios linfáticos ó los conductos galactóforos.



con mamas péndulas, en las cuales es de temer la invasión de alguna diátesis, sobre todo la diátesis tuberculosa. La erisipela es una mala complicación de los abscesos de la mama, sobre todo en las clínicas hospitalarias. Algunas veces presenta considerable gravedad cuando se extiende al pecho.

El flemon difuso de esta region, como el de los demas puntos de la economía, es muchas veces mortal.

Etiología. — Las flegmasías mamarias, mucho más frecuentes en la mujer que en el hombre, se observan generalmente en el período puerperal. Son bastante raras durante el embarazo, y suelen desarrollarse algun tiempo despues del parto. Sin embargo, se manifiestan, fuera de estas dos condiciones, á consecuencia de un traumatismo ó de una afeccion cutánea: eritema, erisipela, eczema (1).

Las inflamaciones mamarias interesan indistintamente, á los sugetos de de ambos sexos, en la época de la pubertad ó en las primeras semanas que siguen al nacimiento. Las primeras rara vez supuran y terminan casi siempre por resolucion. Las mamítis de los recién nacidos pueden compararse, bajo muchos conceptos, á las de las mujeres que crían, pues en ocasiones se trata en esta edad de una verdadera lactancia. En nuestros países se observan estos abscesos infantiles con igual grado de frecuencia en ambos sexos. Parecen, por el contrario, mucho más comunes en las niñas en ciertos pueblos que tienen la costumbre de malaxar la mama poco despues de nacer, con objeto de *ir formando el pezon* para la edad adulta (2) y facilitar más tarde la lactancia.

Bajo el punto de vista clínico, los abscesos mamarios de la nodriza son los que ofrecen más interés.

Se ha preguntado si estos accidentes eran más comunes en las mujeres que crían ó en las condiciones opuestas. Pueden, en rigor, desarrollarse en ambos casos; pero se observan sobre todo en las que han dado de mamar algunos días, y por consiguiente se han hallado expuestas á las ulceraciones del pezon. Las lesiones tegumentarias son las más veces punto de partida de abscesos, y el infarto fisiológico, aunque sea muy marcado, no da lugar á la supuracion.

La retencion de los productos de secrecion, admitida por los antiguos como causa de mamítis, debe figurar en primera línea. Otro tanto diremos de la inflamacion de los conductos galactóforos, que no ha sido bien demostrada anatómicamente, y á la cual ciertos autores han hecho desem-

(1) Nosotros hemos visto algunos abscesos superficiales que se desarrollaron bajo la influencia de la sarna; en efecto, la mama es uno de los sitios predilectos de dicha enfermedad parasitaria.

(2) Véase con este objeto el *Brit. médic. Journ.*, 1874, y el *Progrès médical*, 1874, pág. 658.

pañar un papel muy exagerado en nuestro concepto. Nosotros atribuimos, en cambio, una importancia primordial á las lesiones del sistema linfático en la patogenia de los abscesos de la mama. Se ha dado como argumento contra esta teoría la integridad frecuente de los ganglios axilares y la marcha de la inflamacion en sentido inverso del curso de la linfa (1). La riqueza del tejido conjuntivo periglandular en espacios linfáticos nos permite comprender que la inflamacion pueda estar mucho tiempo localizada en esta etapa de su desarrollo ántes de interesar los vasos emergentes y los ganglios axilares. En cuanto al segundo argumento, le opondremos la comparacion de lo que se observa en las linfangítis circun-uterinas, que, profundas al principio, llegan á ser más tarde superficiales. La mayor frecuencia de los accidentes de este género en las mujeres de temperamento linfático, aumenta todavía más la identidad aparente de ambas afecciones.

Los flemones sub-areolares y sub-mamarios son las formas que se observan más á menudo, fuera del estado puerperal. Los últimos son algunas veces consecutivos á lesiones del esqueleto, á una cáries costal.

Tratamiento. — Lo que hemos dicho acerca de la patogenia de los abscesos de la mama, indica ya que el tratamiento profiláctico ocupa todavía hoy el papel más importante.

En efecto; consiguiendo impedir las grietas de pezon, se previene casi siempre el desarrollo de la mamítis. Si se han formado ya ulceraciones, se procurará hacerlas desaparecer por los diversos procedimientos que hemos indicado.

Cuando la inflamacion es manifiesta, se procurará favorecer la resolucion por medio de cataplasmas, de unturas con unguento mercurial belladonizado (2). Se sostendrán las mamas con un vendaje cruzado. Además, se administrarán algunos purgantes salinos y pequeñas dosis (40 á 50 centigramos por día) de ioduro de potasio.

La accion de la belladona tomada al interior nos parece bastante problemática en tales condiciones, pues no ha ejercido ninguna influencia sobre la marcha de la flegmasía en los casos en que la hemos empleado.

Cuando los accidentes son muy marcados y los dolores vivos, se asociará el sulfato de quinina á los opiados, y sobre todo á las sales de morfina. El colodion aplicado á la superficie de las mamas, ha sido aconsejado como un excelente medio, compresivo y resolutivo á la vez.

Todos los cirujanos no se hallan de acuerdo respecto á la conducta que debe seguirse cuando el pus se reúne y la fluctuacion es aparente. El

(1) Follin y Duplay, *Pathologie externe*, t. V, pág. 595, y Nélaton, *loc. cit.*, t. V.

(2) Meissner ha preconizado mucho la aplicacion á las mamas de compresas empapadas en una disolucion de flores de árnica. *Ueber recidivirende Brustdrüsenabscesse bei Wöchnerinnen.* (*Arch. f. Gyn.*, 1870, t. I, pág. 170.)

Dr. Gosselin aconseja la abstencion para no provocar una erisipela (1). Esta práctica, quizá prudente en las clínicas hospitalarias, no es aplicable en otras condiciones, y, por lo general, nos parece preferible incindir tan pronto como se percibe la fluctuacion. Se evitan de este modo lesiones más profundas, y sobre todo mayores sufrimientos á las enfermas. La incision debe hacerse siguiendo una línea que parta de la areola y se dirija hácia la circunferencia de la mama, para no interesar los conductos galactóforos.

Las diferentes opiniones sólo existen en los abscesos circunscritos y superficiales, pues respecto á las colecciones purulentas retro-mamarias y á los flemones difusos, todos los autores se hallan de acuerdo en aconsejar la intervencion inmediata. En estos últimos casos se harán incisiones anchas y profundas, á las cuales se asociarán las inyecciones antisépticas. Los tónicos se administrarán bajo todas sus formas para sostener las fuerzas de las enfermas.

Los abscesos mamarios no obligan forzosamente á suspender la lactancia. Sólo es preciso no dar de mamar del lado enfermo si los conductos galactóforos comunican con el foco purulento. Por lo demas, no puede trazarse una regla absoluta en este sentido, pues existen muchas circunstancias que pueden influir en el ánimo del médico para permitir la continuacion de la lactancia ó hacerla cesar.

Nosotros hemos visto muchas mujeres que siguieron criando hasta el fin, á pesar de la existencia de un absceso mamario, con resultados favorables para ellas y para sus hijos.

Las fistulas que quedan despues de la cesacion de los fenómenos inflamatorios, reclaman en ocasiones un tratamiento especial. Cuando son anfractuosas y profundas resisten á la compresion, á las inyecciones irritantes, y áun á la contra-abertura y tubos de desagüe.

Entónces es preciso recurrir á una intervencion quirúrgica para regularizar el trayecto fistuloso y conseguir de este modo la curacion.

(1) Gosselin, *Cliniques de la Charité*, t. II, pág. 57.

ÍNDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN ESTA OBRA

PRIMERA PARTE

MEDIOS DE EXPLORACION

	Páginas
Del exámen de la vulva	7
Del tacto	7
Tacto vaginal	7
Tacto rectal	9
De la palpacion abdominal	11
Del exámen con el espéculo y de la posicion que debe adoptar la enferma para esta exploracion	11
Del espéculo	12
Del cateterismo de la cavidad uterina	15
De la dilatacion del cuello del útero	17

SEGUNDA PARTE

AFECCIONES DE LA VULVA Y DE LA VAGINA

Anatomía normal de la vulva	21
De los labios mayores	21
De los labios menores	22
Del himen	22
Del meato urinario	23
Del clítoris	24
De las glándulas vulvo-vaginales	24
Desarrollo de los órganos genitales externos	25

	Páginas
Anomalías de los órganos genitales externos.	26
Atresia completa de la vulva y del ano.	26
Persistencia de la cloaca	27
Persistencia del seno uro-genital.	27
Falta de la uretra y aberturas anormales de la vejiga.	28
Tratamiento.	28
Desarrollo rudimentario de la vulva.	28
Hermafroditismo	29
Hipertrofias vulvares.	30
Hernias de la region vulvar.	32
Hernia del labio mayor.	32
Síntomas y diagnóstico	32
Etiología.	32
Tratamiento.	32
Hernia perineal	33
De la vulvitis.	33
Anatomía patológica.	33
Síntomas.	34
Complicaciones.	34
Etiología.	35
Tratamiento.	35
Afecciones de las glándulas vulvo-vaginales.	36
Quistes por retención del conducto excretor	36
Quistes de la glándula.	37
Abscesos de la glándula	37
Diagnóstico.	37
Tratamiento.	38
Hipersecreción de la glándula.	38
Prurito vulvar	39
Anatomía patológica.	39
Síntomas.	40
Etiología.	40
Pronóstico	41
Tratamiento.	41
De la coxigodinia.	42
Anatomía patológica	42
Síntomas	42
Etiología	42
Tratamiento.	43
Erisipela de la vulva.	43
Tratamiento.	43
Eczema de la vulva.	44
Eczema agudo.	44
Diagnóstico.	44
Pronóstico	44
Etiología.	45

Tratamiento	45
Eczema crónico	45
Tratamiento	45
Herpes de la vulva	45
Síntomas y curso	46
Tratamiento	46
Lupus ó estiomena de la vulva	46
Anatomía patológica	46
Síntomas, curso	47
Forma ulcerosa	47
Forma hipertrófica	48
Diagnóstico	48
Pronóstico	49
Etiología	50
Tratamiento	50
Elefantiasis de la vulva	51
Anatomía patológica	51
Síntomas, curso	52
Etiología	53
Diagnóstico	54
Pronóstico	55
Tratamiento	55
Tumores de la vulva	56
Quistes de la vulva	56
Vegetaciones de la vulva	56
Anatomía patológica	56
Síntomas	57
Etiología	57
Tratamiento	57
Tumores fibrosos de la vulva	59
Lipomas de la vulva	59
Cáncer de la vulva	59
Varices de la vulva	60
Anatomía patológica	60
Síntomas	60
Pronóstico	60
Etiología	60
Tratamiento	61
Hematoma ó trombo de la vulva	61
Anatomía patológica	61
Síntomas	61
Diagnóstico	62
Pronóstico	62
Etiología	62
Tratamiento	63
Chancro simple de la vulva	63

	Páginas
Anatomía patológica	63
Síntomas y curso	64
Diagnóstico	64
Pronóstico	65
Tratamiento	65
Chancro infectante de la vulva	65
Anatomía patológica	65
Síntomas	66
Complicaciones	67
Curso	67
Diagnóstico	68
Pronóstico	71
Tratamiento	72
Sifilides de la vulva	73
Anatomía patológica	73
Síntomas	75
Diagnóstico	75
Pronóstico	76
Etiología	76
Tratamiento	76
De la uretritis	79
Anatomía patológica	79
Síntomas	80
Complicaciones	80
Diagnóstico	81
Pronóstico	81
Etiología	82
Tratamiento	82
Tumores de la uretra	84
Hipertrofia de la mucosa uretral	84
Prolapso de la mucosa uretral	85
Pólipos papilares de la uretra	85
Pólipos mucosos de la uretra	85
Fibromas y fibromiomas de la uretra	85
Tumores vasculares de la uretra	86
Sarcomas de la uretra	86
Cáncer de la uretra	86
Síntomas de los tumores uretrales	86
Diagnóstico de los tumores de la uretra	88
Pronóstico de los tumores de la uretra	89
Etiología de los tumores de la uretra	89
Tratamiento de los tumores de la uretra	90
Anatomía normal de la vagina	91
Histología	94
Fisiología de la vagina	95
Desarrollo de la vagina	95

Anomalías de la vagina.	96
Síntomas.	98
Diagnóstico.	100
Pronóstico.	101
Etiología.	101
Tratamiento.	102
De la vaginitis.	103
Vaginitis aguda.	103
Anatomía patológica.	103
Síntomas.	104
Diagnóstico.	105
Pronóstico.	105
Etiología.	106
Tratamiento.	106
Vaginitis crónica (flores blancas, leucorrea vaginal).	106
Anatomía patológica.	106
Síntomas.	107
Diagnóstico.	107
Pronóstico.	108
Etiología.	108
Tratamiento.	109
Tumores de la vagina.	110
Quiste de la vagina.	110
Anatomía patológica.	110
Quistes superficiales.	110
Quistes profundos.	111
Síntomas.	112
Diagnóstico.	112
Pronóstico.	114
Etiología.	114
Tratamiento.	114
Vegetaciones de la vagina.	115
Sarcoma de la vagina.	116
Cuerpos fibrosos y pólipos de la vagina.	116
Síntomas.	117
Diagnóstico.	117
Pronóstico.	117
Etiología.	117
Tratamiento.	118
Cáncer de la vagina.	118
Anatomía patológica.	118
Síntomas.	118
Diagnóstico.	119
Pronóstico.	119
Etiología.	119
Tratamiento.	119

	Páginas
Tubérculos de la vagina	119
Lesiones sifilíticas de la vagina	120
Cuerpos extraños introducidos en la vagina	120
Parásitos de la vagina	121
Tratamiento	121
Prolapso de la vagina	122
Anatomía patológica	122
Síntomas	122
Diagnóstico	123
Pronóstico	123
Etiología	123
Tratamiento	124
De las hernias de la vagina	124
Cistocele vaginal	124
Anatomía patológica	124
Síntomas	125
Diagnóstico	125
Pronóstico	126
Etiología	126
Tratamiento	126
Rectocele vaginal	126
Anatomía patológica	126
Síntomas	127
Diagnóstico	127
Tratamiento	127
Enteroccele vaginal	127
Anatomía patológica	127
Síntomas	127
Diagnóstico	127
Tratamiento	127
Fístulas de la vagina	128
Fístulas vesico-vaginales	128
Anatomía patológica	128
Síntomas	130
Diagnóstico	131
Pronóstico	132
Etiología	133
Fístulas puerperales	133
Fístulas no puerperales	133
Tratamiento	134
Variedades más raras de fístulas vaginales	137
Anatomía patológica	137
Diagnóstico	138
Tratamiento	138
Fístulas recto-vaginales	139
Anatomía patológica	139

Síntomas	139
Diagnóstico	139
Pronóstico	139
Etiología	140
Tratamiento	140
Del vaginismo	140
Anatomía patológica	141
Síntomas	141
Diagnóstico	143
Pronóstico	143
Etiología	143
Tratamiento	145
Espasmo no doloroso de la vagina	146

TERCERA PARTE

AFECCIONES DEL ÚTERO

Anatomía del útero	149
Histología	154
Fisiología del útero	159
Desarrollo del útero	162
Vicios de conformación del útero	163
A. Anomalías sobrevenidas durante la vida intra-uterina	163
1.º Anomalías desarrolladas durante los cuatro ó cinco primeros meses de la vida fetal	163
a) Falta del útero ó útero intermediario	163
Anatomía patológica	163
Síntomas	164
Diagnóstico	164
Pronóstico	165
Etiología	165
Tratamiento	165
b) Úteros dobles	165
Anatomía patológica	165
<i>Uterus duplex</i>	165
<i>Uterus bicornis</i>	166
<i>Uterus septus</i>	166
<i>Uterus didelphis</i>	166
Síntomas	166
Diagnóstico	167
c) Úteros unicornes	168
Anatomía patológica	168
Síntomas	168

	Páginas
Diagnóstico.	169
2.º Anomalías desarrolladas entre el cuarto y el quinto mes y el nacimiento.	169
a) Útero fetal.	169
Síntomas.	170
Diagnóstico.	170
Pronóstico.	170
Tratamiento.	170
b) Hipertrofia congénita del útero.	170
B. Suspensiones de desarrollo que interesan el útero después del nacimiento.	171
a) Útero infantil.	171
b) Útero pubescente.	171
Anatomía patológica.	171
Síntomas.	171
Diagnóstico.	172
Pronóstico.	172
Etiología.	172
Tratamiento.	172
Estrecheces del conducto cervical.	173
Anatomía patológica.	173
Síntomas.	173
Diagnóstico.	174
Pronóstico.	174
Etiología.	174
Tratamiento.	174
De la retención del flujo menstrual (hematómetra, hidrómetra).	176
Anatomía patológica.	176
Síntomas.	178
Diagnóstico.	179
Pronóstico.	180
Etiología.	181
Tratamiento.	181
Del hematómetra unilateral.	183
Anatomía patológica.	183
Síntomas.	183
Diagnóstico.	184
Pronóstico.	185
Etiología.	185
Tratamiento.	186
Hipertrofia del útero.	186
Hipertrofia general del útero.	187
Hipertrofias parciales del útero.	187
1.º Hipertrofia del segmento vaginal.	188
Anatomía patológica.	188
Síntomas.	189

Diagnóstico.	190
Pronóstico.	190
Etiología.	190
Tratamiento.	190
2.º Hipertrofia del segmento supra-vaginal.	193
Anatomía patológica.	193
Síntomas.	194
Diagnóstico.	194
Pronóstico.	195
Etiología.	195
Tratamiento.	195
3.º Hipertrofia del segmento medio.	197
Anatomía patológica.	197
Síntomas.	198
Diagnóstico.	198
Pronóstico.	198
Etiología.	198
Tratamiento.	198
De la metritis.	199
De la metritis en general.	199
De la metritis aguda.	201
Anatomía patológica.	202
Síntomas.	203
Diagnóstico.	204
Pronóstico.	204
Etiología.	204
Tratamiento.	205
De la metritis crónica.	207
De la metritis interna ó mucosa crónica.	208
Anatomía patológica.	208
Síntomas.	211
Curso.	214
Diagnóstico.	214
Pronóstico.	214
Etiología.	215
Tratamiento.	216
Tratamiento general.	216
Tratamiento local.	217
De la metritis crónica parenquimatosa.	221
Anatomía patológica.	221
Histología.	223
Síntomas.	226
Síntomas subjetivos.	226
Síntomas objetivos.	227
Curso.	228
Complicaciones.	228

	Páginas
Diagnóstico.	228
Pronóstico	229
Etiología.	229
Tratamiento.	230
De las ulceraciones del cuello del útero.	237
Primer grupo. — Ulceraciones benignas.	239
Ulceraciones dependientes de la metritis.	239
Ulceraciones dependientes de erupciones diversas.	240
Segundo grupo. — Ulceraciones de naturaleza contagiosa.	241
Tratamiento.	241
Tumores del útero.	243
Cuerpos fibrosos ó fibro-miomas del útero.	243
Anatomía patológica.	243
1.º Reblandecimiento.	245
a) Edema.	245
b) Degeneración grasosa.	245
c) Degeneración mixomatosa.	245
2.º Induración.	245
3.º Calcificación.	246
4.º Supuración y gangrena.	246
5.º Transformación cancerosa.	246
6.º Degeneración quística.	247
Síntomas y curso	249
Diagnóstico.	252
Pronóstico.	252
Etiología.	255
Tratamiento.	256
Tumores fibro-císticos del útero.	259
Síntomas y curso	260
Diagnóstico.	260
Pronóstico	261
Etiología.	262
Tratamiento.	262
Pólipos del útero.	262
Pólipos fibrosos	262
Anatomía patológica	262
Síntomas.	264
Diagnóstico.	265
Pronóstico	266
Etiología.	267
Tratamiento.	267
Pólipos mucosos.	268
Anatomía patológica	268
Síntomas.	270
Diagnóstico.	271
Pronóstico	271

Etiología	272
Tratamiento	272
Pólipos papilares	272
Síntomas	273
Diagnóstico	273
Pronóstico	273
Tratamiento	274
Pólipos fibrinosos	274
Anatomía patológica	274
Síntomas	274
Tratamiento	274
Cáncer del útero	275
Cáncer del cuello	275
Anatomía patológica	275
Síntomas	278
Diagnóstico	281
Pronóstico	283
Etiología	284
Tratamiento	285
Cáncer del cuerpo del útero	289
Anatomía patológica	289
Síntomas	289
Diagnóstico	290
Etiología	290
Tratamiento	290
Sarcoma del útero	290
Anatomía patológica	290
Síntomas	291
Diagnóstico	292
Pronóstico	293
Etiología	293
Tratamiento	293
Quistes del útero	294
Tubérculos del útero	294
Anatomía patológica	294
Síntomas	295
Diagnóstico	295
Pronóstico	295
Etiología	295
Tratamiento	295
Dislocaciones del útero	296
Desviaciones del útero	296
Anatomía patológica	297
Síntomas	300
Diagnóstico	302
Retroflexión del útero en estado de gestación	303

	Páginas
Pronóstico	304
Etiología	304
Tratamiento	305
Elevacion del útero	310
Descenso ó prolapso del útero	311
Anatomía patológica	311
Síntomas	314
Diagnóstico	315
Pronóstico	316
Etiología	316
Tratamiento	318
Inversion del útero	320
Anatomía patológica	320
Síntomas	321
Diagnóstico	321
Pronóstico	322
Etiología	323
Tratamiento	324

CUARTA PARTE

AFECCIONES DE LOS OVARIOS, DE LAS TROMPAS Y DE LOS LIGAMENTOS ANCHOS

Anatomía del ovario	327
Histología	328
Desarrollo del ovario	334
Fisiología del ovario y de la menstruacion	336
Patología de la menstruacion	344
Menstruaciones precoces y tardías	344
De la amenorrea	346
Etiología	347
Tratamiento	347
De la menorragia	349
Tratamiento	349
De la dismenorrea	349
Síntomas	351
Tratamiento	351
De la dismenorrea membranosa	352
Anatomía patológica	353
Síntomas	354
Diagnóstico	355
Pronóstico	355
Etiología	355
Tratamiento	356

Vicios de conformacion del ovario.	357
Falta de ambos ovariosa	357
Ovarios rudimentarios.	358
Ovarios supernumerarios.	359
Hernias y dislocaciones del ovario.	359
Anatomía patológica	359
Síntomas.	359
Diagnóstico.	360
Etiología.	360
Tratamiento.	360
Hemorragias del ovario.	361
De la ovarítis.	362
Anatomía patológica.	364
Síntomas.	365
Diagnóstico.	365
Pronóstico	365
Etiología.	365
Tratamiento.	366
Tumores del ovario.	366
Quistes del ovario.	366
Anatomía patológica.	366
Desarrollo y modo de proliferacion.	370
Síntomas.	373
Diagnóstico.	375
Pronóstico	378
Embarazo complicando los quistes	380
Etiología.	381
Tratamiento.	381
Ovariectomía.	383
Indicaciones y contraindicaciones	386
Quistes dermoideos del ovario.	387
Anatomía patológica	387
Desarrollo	388
Síntomas.	389
Diagnóstico.	389
Pronóstico	389
Etiología.	389
Tratamiento.	390
Fibroma del ovario.	390
Anatomía patológica.	392
Síntomas.	393
Diagnóstico.	393
Pronóstico	393
Etiología.	393
Tratamiento.	394
Sarcoma del ovario.	394

	Páginas
Anatomía patológica	394
Síntomas	394
Diagnóstico	394
Pronóstico	394
Etiología	395
Tratamiento	395
Papiloma del ovario	395
Encondroma del ovario	395
Tubérculos del ovario	395
Anatomía de la trompa	396
Histología	397
Fisiología de la trompa	398
Desarrollo de la trompa	399
Anomalías y vicios de conformacion de las trompas	399
Estrechez ú obliteracion de las trompas	401
Anatomía patológica	401
Síntomas	402
Diagnóstico	402
Pronóstico	402
Etiología	402
Tratamiento	403
De la salpingitis	403
Anatomía patológica	403
Síntomas	404
Diagnóstico	404
Pronóstico	404
Tratamiento	405
Tumores de las trompas	405
Fibromas ó fibromiomas	405
Lipomas	405
Hidátides de Morgagni	405
Quistes	406
Cáncer	406
Lesiones tuberculosas	406
Anatomía de los ligamentos anchos	406
Histología	407
De las inflamaciones circun-uterinas	408
De la pelviperitonitis (parametritis)	410
Anatomía patológica	410
Síntomas	412
Diagnóstico	416
Pronóstico	416
Etiología	418
Tratamiento	420
Flemon del ligamento ancho (parametritis)	422
Anatomía patológica	424

Síntomas	426
Diagnóstico	429
Pronóstico	430
Etiología	430
Tratamiento	431
Del hematocele circum-uterino	433
Hematocele intraperitoneal	434
Patogenia	434
Anatomía patológica	436
Síntomas	438
Diagnóstico	441
Pronóstico	443
Etiología	443
Tratamiento	444
Hematocele extraperitoneal (pseudo-hematocele de Huguier)	445
Anatomía patológica	445
Síntomas	445
Diagnóstico	445
Pronóstico	446
Etiología	446
Tratamiento	447
Tumores de los ligamentos anchos	447
Quistes de los ligamentos anchos	447
Anatomía patológica	447
Síntomas	448
Diagnóstico	449
Pronóstico	450
Etiología	450
Tratamiento	450
Tumores sólidos de los ligamentos anchos	451
De la esterilidad	452
De los embarazos extra-uterinos	466
Anatomía patológica	466
Síntomas	470
Diagnóstico	472
Pronóstico	473
Etiología	474
Tratamiento	474

QUINTA PARTE

AFECCIONES DE LA MAMA

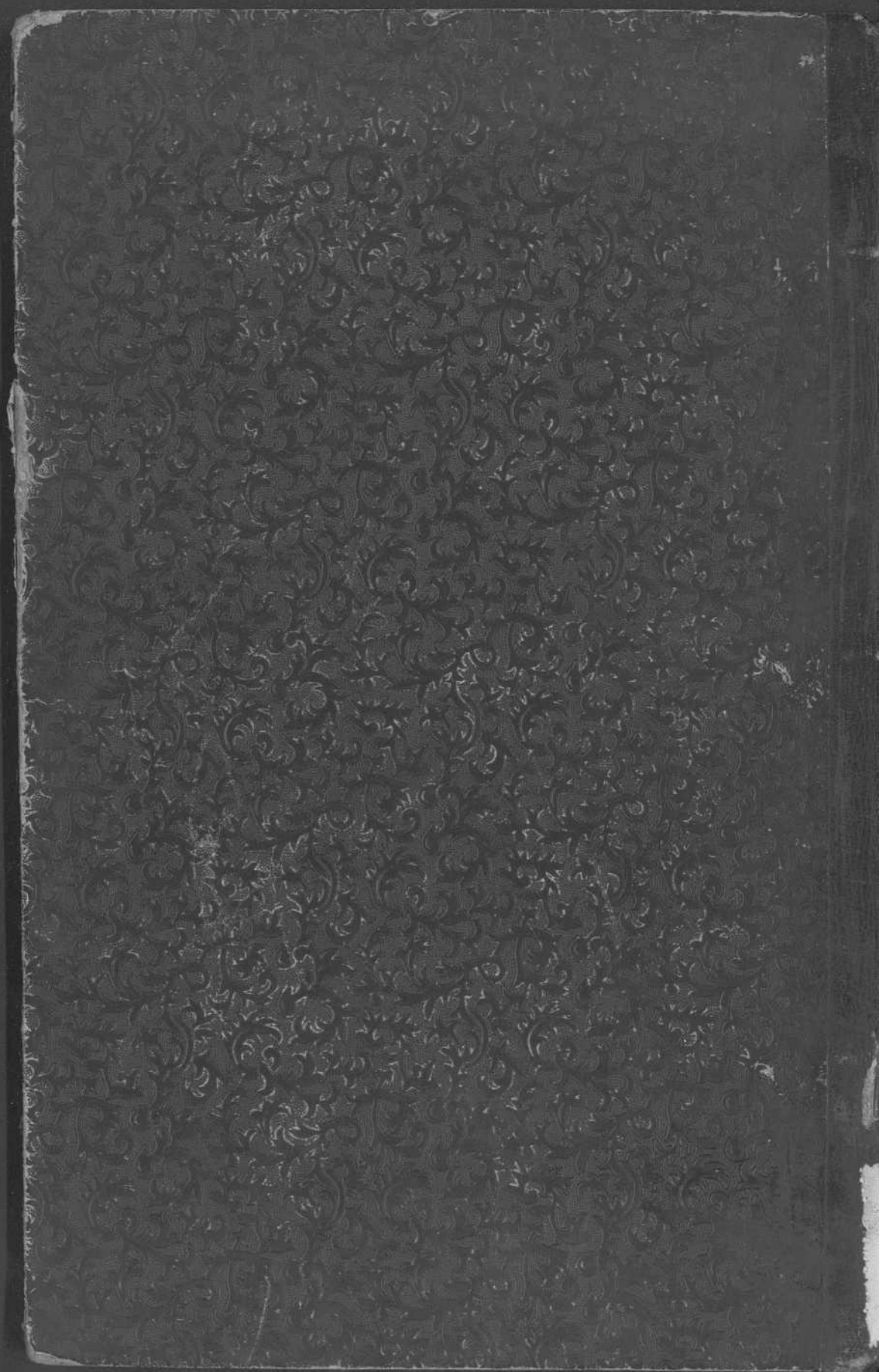
Anatomía de la mama	477
Histología	480

	Páginas
Fisiología de la mama	484
Desarrollo de la mama	493
Anomalías de la mama	494
Anomalías de estructura	494
Falta y estado rudimentario de la mama	494
Mamas supernumerarias (polimastia)	496
Hipertrofia de la mama	497
Anomalías de la secrecion mamaria	499
De la agalactia	500
Tratamiento	501
De la galactorrea	501
Tratamiento	503
Inflamaciones de la mama	504
Inflamaciones y lesiones del pezón	504
Anatomía patológica	504
Síntomas	504
Diagnóstico	505
Pronóstico	505
Etiología	505
Tratamiento	506
Inflamaciones de la mama (mastitis, mamitis, abscesos de la mama)	507
Anatomía patológica	507
Síntomas y curso	508
Diagnóstico	509
Pronóstico	509
Etiología	510
Tratamiento	511

FIN DEL ÍNDICE









L. SINÉTY



GINECOLOGIA



5287

